



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

VURDERINGSINNLEVERING

Emnekode: SYKSB3001 (Bacheloroppgave)

Emnenavn: Sjukepleie, forskning og fagutvikling

Vurdering: Bacheloroppgave

Kandidatnummer: 27

Leveringsfrist: 21.02.2014 kl. 14.00

Vurderingstype: Ordinær

(ordinær eller kontinuasjon)

Fagansvarlig: Bodil Nesse



Smertelindring til rusmiddelavhengige

Bacheloroppgave i sjukepleie • Stord • vår 2014 • kull 2011
Antall ord: 8998

Foto: colourbox.com

SAMMENDRAG

Tittel: Smertelindring til rusmiddelavhengige

Bakgrunn for valg av tema: I sykehuspraksis opplevde jeg at pasienter med rusmiddelavhengighet ikke ble trodd når de fortalte at de hadde smerter. Jeg ønsket å lære mer om hva som ligger bak denne mistilliten og hvordan sykepleier kan tilby denne pasientgruppen god smertelindring.

Problemstilling: ”Hvordan kan sykepleie bidra til lindring av smerter hos rusmiddelavhengige pasienter innlagt ved somatisk avdeling?”

Oppgavens hensikt: Hensikten med oppgaven er å samle kunnskap om smertelindring og finne ut hvordan rusmiddelavhengige pasienter opplever å få lindret sine smerter mens de er innlagt på sykehus. Oppgaven ser på hva sykepleier og rusmiddelavhengige opplever som hindringer for god smertelindring og prøver å skissere mulige løsninger basert på forskning og litteratur.

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie og databasene SveMed+ og CINAHL ble brukt til å søke etter artikler. Søkeordene ”substance-related disorders”, ”pain”, ”pain management”, ”quality of care”, ”nursing”, ”empathy”, ”attitude” og ”hospitalized” fikk opp ulike treff og ialt fem forskningsartikler ble valgt. Disse er presentert i oppgaven og blir drøftet opp mot teori og erfaring.

Resultat: Forskningen avdekker sykepleieres negative holdninger til pasienter med rusmiddelavhengighet og at disse pasientene ofte opplever å ikke bli trodd når de rapporterer om smerte. Sykepleiere mangler dessuten kunnskap om hvordan de kan gi tilstrekkelig smertelindring til denne pasientgruppen.

Oppsummering: For at sykepleiere skal kunne bidra til smertelindring til rusmiddelavhengige pasienter må det holdningsendring og økte kunnskaper til. I tillegg må selve relasjonen mellom pasient og sykepleier vies større oppmerksomhet.

Nøkkelord: smerte, lindring, rusmiddelavhengig, holdninger, kunnskap

ABSTRACT

Title: Pain relief for substance abusers

Background: During my hospital training I found that nurses often mistrusted patients with substance dependence when they said they had pain. I wanted to learn more about what lies behind this distrust and how nursing can offer these patients good pain relief.

Question: "How can nursing contribute to relieve pain for patients with a substance dependency admitted to the somatic department?"

Purpose: This study aims to gather knowledge about pain management and figure out how patients with substance dependency experience pain alleviation while they are hospitalized. It also intends to shed some light on what the nurse and substance abuser perceive as barriers to good pain relief and try to outline possible solutions based on research and literature.

Method: This is a study of literature. Databases used in the search for articles was SveMed + and CINAHL. The keywords "substance-related disorders", "pain", "pain management" , "quality of care" , "nursing", "empathy" , "attitude" and "hospitalized" were used and a total of five research papers were selected. These are presented and discussed in the study.

Results: The research revealed nurses' negative attitudes toward patients with a substance dependency and also uncovered that these patients often experience a lack of trustworthiness when they report pain. Nurses also lack knowledge of how to provide adequate pain alleviation to this patient group.

Summary: In order for nurses to contribute to pain relief for patients with substance abuse issues, dependency, a change in attitudes and an increase in knowledge is essential. In addition, the relationship between patient and nurse must be given greater attention.

Keywords: pain relief, substance dependency, attitudes, knowledge

INNHALDSFORTEGNELSE

1	INNLEDNING	1
1.1	Bakgrunn for tema	1
1.2	Hvorfor er tema aktuelt?	1
1.3	Problemstilling.....	2
1.4	Avgrensing	2
1.5	Presentasjon av teori og struktur.....	2
2	TEORI.....	3
2.1	Sykepleiefaglig perspektiv	3
2.1.1	Joyce Travelbee og menneske-til-menneske-forholdet.....	3
2.1.2	Lindring og omsorg	4
2.1.3	Holdninger	5
2.2	Rus og rusmiddelavhengighet	6
2.2.1	Utbredelse	6
2.2.2	Rus og avhengighet	6
2.2.3	Opioider	7
2.3	Smerter og smertebehandling	8
2.3.1	Medikamentell smertebehandling	9
2.3.2	Ikke-medikamentell smertebehandling	9
2.3.3	Hyperalgesi og allodyni.....	9
2.3.4	Sykepleiers rolle i smertebehandling	10
3	METODE.....	11
3.1	Kvantitativ og kvalitativ metode.....	11
3.2	Litteraturstudie.....	11
3.3	Fremgangsmåte.....	12
3.3.1	Tabell 1 – SveMed+	12
3.3.2	Tabell 2 – CINAHL.....	13
3.3.3	Tabell 3 – CINAHL.....	13
3.3.4	Tabell 4 – CINAHL.....	14
3.4	Metodekritikk	14
3.5	Kritisk vurdering av artiklene.....	15

3.6	Etikk i forskning og oppgaveskriving	17
4	RESULTAT	18
4.1	Artikkel 1 – Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus	18
4.2	Artikkel 2 – Knowing How to Play the Game.....	19
4.3	Artikkel 3 – Nurses’ perception of the quality of care they provide to drug addicts.....	20
4.4	Artikkel 4 – Substance users’ perspective of pain management	21
4.5	Artikkel 5 – Routines and rituals	22
4.6	Oppsummering av funn.....	23
5	DRØFTING.....	24
5.1	Holdninger og lindring	24
5.2	Kunnskap og lindring.....	28
5.3	Avslutning	30
6	REFERANSELISTE.....	32

VEDLEGG 1 – Resultattabell 1

VEDLEGG 2 – Resultattabell 2

VEDLEGG 3 – Resultattabell 3

VEDLEGG 4 – Resultattabell 4

VEDLEGG 5 – Resultattabell 5

1 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for tema

Ved en somatisk avdeling på et sykehus er det pasienter fra alle samfunnslag. Noen av dem er rusmisbrukere. Felles for dem er at de fleste har mye smerter f.eks. etter kirurgi og har behov for smertelindring. I praksis har jeg opplevd at det knytter seg usikkerhet til smertelindring av pasienter med rusmiddelavhengighet.

Forskning viser at pasienter opplever utilstrekkelig smertelindring og at det mangler rutiner blant sykepleiere når det gjelder smertebehandling og kartlegging av smerte (Berntzen, Danielsen og Almås, 2011, s. 370). Forskning viser også at sykepleiere har for lite kunnskaper når det gjelder kartlegging av smerter, dessuten blir smerteproblemet til pasienten ofte undervurdert. En norsk studie, publisert i 1997, viser at kun 18-31 % av sykepleierne vurderer at de har svært bra eller ganske bra kunnskap om smerte (Rustøen & Stubhaug, 2010, s. 138). Li, Andenæs, Undall og Nåden (2012) viser også at kunnskapsnivået er dårlig når det gjelder smertelindring av pasienter med rusmiddelavhengige. En rekke studier viser dessuten at disse pasientene møter negative holdninger hos sykepleiere når de blir lagt inn på sykehus (Li et al., 2012, Blay et al., 2012, Morgan, 2006, Natan et al., 2009 og McCreaddie et al., 2010).

Relevante spørsmål kan være hvordan møte disse pasientene med respekt og omsorg, samtidig som de får tilstrekkelig smertelindring? Med oppgaven ønsker jeg å lære mer om hvordan sykepleiere møter rusmiddelavhengige pasienter med smerter og lindring av smerter og hvilke faktorer som spiller inn når smertelindringen ikke er god nok. Jeg trekker inn begrepene *holdninger* og *kunnskap* opp mot lindring i drøftingsdelen.

1.2 Hvorfor er tema aktuelt?

Tema er aktuelt fordi det utfordrer våre fordommer og holdninger og tvinger oss til å reflektere over om vi gir samme sykepleie til alle pasientgrupper. Tema er også aktuelt fordi forskning viser at sykepleiere har manglende kompetanse når det gjelder smertelindring til alle pasientgrupper.

Lindring som tema vil alltid være aktuelt fordi sykepleierens lindrende funksjon står sentralt i omsorgen.

1.3 Problemstilling

”Hvordan kan sykepleie bidra til lindring av smerter hos rusmiddelavhengige pasienter innlagt ved somatisk avdeling?”

1.4 Avgrensing

Oppgaven veksler mellom begrepene rusmisbruker og rusmiddelavhengig, selv om betydningen er litt ulik. Poenget er at oppgaven omhandler pasienter med et kjent avhengighetsforhold til rusmidler. Rusmidler i oppgaven omfatter lovlige og ulovlige narkotiske stoffer. I oppgaven blir det lagt vekt på rusmidler som hører inn under kategorien opioider. Pasientene i denne studien er mellom 18 og 65 år, er innlagt ved somatisk avdeling på sykehus og har akutte smerter etter eksempelvis kirurgi. Lindring av kroniske smerter vil ikke bli tatt opp her.

1.5 Presentasjon av teori og struktur

I oppgaven blir det presentert teori om smerter, smertebehandling og rus- og opioidavhengighet. Joyce Travelbees sykepleieteori blir lagt til grunn. Videre blir begrepene lindring og holdninger utdypet. Et kapittel om metode og fremgangsmåte ved søk av artikler følger etter teoridelen, før resultatene fra artikkelgjennomgangen blir presentert og til slutt drøftet. Valgt litteratur er foruten fem forskningsartikler hentet fra pensum, fra generelle søk på biblioteket og gjennom tips fra referanselister i artikler og oppgaver.

2 TEORI

2.1 Sykepleiefaglig perspektiv

2.1.1 Joyce Travelbee og menneske-til-menneske-forholdet

Joyce Travelbee (1926-1973) er en sykepleieteoretiker som bygger på et eksistensielt menneskesyn. Hun tar utgangspunkt i at hvert menneske er et enestående individ som har en del erfaringer som er fellesmenneskelige, f.eks. sykdom, lidelse og tap (Kirkevold, 1998, s. 113-114). Teorien har fokus på fagets mellommenneskelige aspekter og ifølge henne er hensikten med sykepleie å hjelpe den syke til å holde ut og mestre sin sykdom og lidelse og hjelpe til med å finne mening i disse erfaringene. Gjennom kommunikasjon må sykepleieren bli kjent med pasienten. Hun sier at like gyldig og nødvendig som det å utføre prosedyrer og gi fysisk pleie, er det å bli kjent med pasienten (Kirkevold, 1998, s. 119-120).

Travelbee (1999, s. 171) mener det er viktig å bygge opp et menneske-til-menneske-forhold mellom pasient og sykepleier. Pasient- og sykepleier-begrepene forkaster hun imidlertid. Hun mener disse begrepene fremhever rollenes felles trekk og visker ut menneskets spesielle trekk. Begrepene gjør menneskene bak generelle og en slik kategorisering fører til stereotypisering (Kirkevold, 1998, s. 114). Travelbee (1999, s. 171-172) mener at å forholde seg til hverandre som ”pasient” og ”sykepleier” umuliggjør at disse kan møtes som unike menneskelige individer. Reell menneskelig kontakt kan bare oppstå når det enkelte individet i interaksjonen opplever den andre som et menneske. Menneske-til-menneske-forhold i sykepleiesituasjonen er et virkemiddel for å oppfylle sykepleiens mål og hensikt. Forholdet må bygges opp målrettet og opprettholdes av den profesjonelle sykepleier, men samtidig er dette en gjensidig prosess. Ifølge Travelbee (1999, s. 211) vil menneske-til-menneske-forholdet føre til opplevelse av forståelse og kontakt.

Menneske-til-menneske-forholdet må bygges opp gradvis, under samhandling og følger visse faser: 1. Det individuelle møtet, 2. Framvekst av identiteter, 3. Empati¹ og 4. Sympati og medfølelse (Travelbee, 1999, s. 172). ”Et menneske-til-menneske-forhold er primært en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom en sykepleier og den hun har omsorg for. Hovedkjennetegnet ved disse erfaringene er at den syke (...) får sine behov ivaretatt” (Travelbee, 1999, s. 177).

Sannsynligvis er det lettere å oppfatte den syke som et menneskelig individ dersom dette er noen vi finner ”tiltrekkende”. Men oppgaven til den profesjonelle sykepleieren er å betrakte alle hun har omsorg for, som menneskelige individer. Hvor ”tiltrekkende” eller ”frastøtende” sykepleieren oppfatter den enkelte som, endrer ikke dette ansvaret. Og i realiteten er det den som er ”lite tiltrekkende” som har størst behov for anerkjennelse og for å bli behandlet som et menneske av sykepleieren (Travelbee, 1999, s. 188).

Fysisk smerte er en form for lidelse og smerte er ikke bare fysisk eller psykisk. Det er fordi effekten av smerten omfatter hele personen. Hele personen lider selv om smerten bare kan lokaliseres til en del av kroppen. Ulike faktorer virker inn på personens smerteopplevelse, og sannsynligvis er måten bl.a. sykepleiere møter en pasient med smerter på medvirkende på hvordan pasienten mestrer smerten. Det kan både hjelpe og hindre pasienten i å mestre smerten (Travelbee, 1999, s. 112-114).

2.1.2 Lindring og omsorg

Lindring betyr “det å lindre el. bli lindret”. Verbet lindre (fra tysk lind(e) ‘linn, myk’) betyr mildne, lette, dempe f.eks. smerter, sorg og nød (Bokmålsordboka, 2010).

Arman, M. og Rehnsfeldt, A. er forfatterne bak *The ‘little extra’ that alleviates suffering* (2007). Artikkelen gir et bilde av hva som kjennetegner god omsorg og viser at de små og tilsynelatende

¹ Travelbee legger noe annet i begrepet empati enn det pensum gjør. Hun mener at resultatet av empati er å kunne forutse individets handling og at empati er avhengig av at de involverte har like erfaringer. Dermed blir muligheten til empati begrenset av ens bakgrunn, selv om det er en intellektuell og nøytral prosess (Kirkevold, 1998, s. 117-118).

ubetydelige tingene kan gjøre at pasienten får bedre lindring for sin lidelse. Studien viser at for å lindre lidelse er “symbolske handlinger” som f.eks. “å gi det lille ekstra” viktig og det kan bidra til å bevare pasientens verdighet og å gi det håp. Videre hevder Arman og Rehnsfeldt (2007) at fravær av nestekjærlighet og medfølelse og for mye fokus på plikt og rutiner kan være til hinder for å lindre lidelse hos pasienten. Ideell omsorg er å se hele mennesket, gi dem respekt og gi individuell omsorg. For å oppnå dette må man ikke bare være profesjonelle omsorgspersoner, men også medmennesker (Arman og Rehnsfeldt, 2007).

Nordtvedt og Grønseth (2011, s. 22) understreker at sykepleiens lindrende funksjon har en sentral plass i omsorgen og at målet er å redusere pasientens fysiske, psykiske og sosiale belastninger. Det er viktig å lindre smerte, men “lindring kan også innebære å få anledning til å uttrykke hvordan sykdom og behandling oppleves og påvirker ens livsutfoldelse” (Nortvedt og Grønseth, 2011, s. 22).

I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det at sykepleiere har ansvar for en praksis som lindrer lidelse og skal ivareta en helhetlig omsorg for den enkelte pasient (Slettebø, 2009, s. 157-158).

2.1.3 Holdninger

Ohnstad (2010, s. 231) slår fast at holdninger er noe sykepleiere og andre i sosial- og helsesektoren hele tiden må arbeide med. De vil møte alle slags ulike mennesker som kan aktivere holdninger de ikke visste de hadde, og disse må de møte med profesjonalitet. Holdninger er noe vi har lært, og er vanskelig å avlære. Holdninger består av tre komponenter: En tankemessig/kognitiv komponent, en følelsesmessig komponent og en atferdskomponent. Dersom komponentene tanker, følelser og atferd er sammenfallende (konsistente) kan vi si at holdningene er stabile og at det skal mye til for å endre holdningene. Men dersom holdningene er inkonsistente, dvs. at komponentene ikke i like stor grad henger sammen, er det mulig å endre holdningene. Faglige holdninger endres stadig grunnet nye kunnskaper og endringer i samfunnets holdninger. Når de som utsettes for negative holdninger forteller sin historie kan perspektivet forandres og de nye kunnskapene kan bidra til endrede faglige holdninger (Ohnstad (2010, s. 232-237).

Rusmiddelavhengighet var tidligere ofte knyttet til moral, og de som slet med dette ble ansett som skyldige i egen lidelse. I dag har denne holdningen i stor grad snudd, men hos noen henger den slags holdninger igjen. Det oppleves som svært krenkende å bli møtt av slike holdninger (Skoglund og Biong, 2012, s. 188).

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere slår fast at sykepleie skal bygge på respekt for det enkelte menneskets liv og verdighet. Sykepleien skal være kunnskapsbasert og den skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene (Slettebø, 2009, s. 157).

2.2 Rus og rusmiddelavhengighet

2.2.1 Utbredelse

Det finnes ingen statistikk som viser nøyaktig utbredelse av rusmiddelavhengige i Norge, og dermed ikke over antall opioidavhengige. Hvert år får ca 800 000 nordmenn foreskrevet vanedannende legemidler. De fleste av disse blir brukt over kortere perioder og med god effekt på psykiske eller fysiske plager. Enkelte pasienter bruker større doser enn anbefalt og over lengre perioder, og risikerer å utvikle toleranse og avhengighet (Meld. St. 30, 2011-2012). I Norge finnes det mellom 8700 og 12300 injiserende misbrukere som har behov for behandling. Rusproblemer er en folkehelseutfordring og det forventes økt forekomst fremover (Biong og Ytrehus, 2012, s. 15).

2.2.2 Rus og avhengighet

Simonsen, Aarbakke og Lysaa (2004, s. 130) definerer rus slik: ”Opplevelse av endret stemningsleie og endret atferd etter inntak av kjemisk eller biologisk substans”.

Rusmidlene kan inndeles etter om de har dempende eller stimulerende effekt på sentralnervesystemet. I tillegg kommer hallusinogener. Misbruk defineres som bruk av lovlige

rusmidler som avviker fra aksepterte sosiale normer og all bruk av ulovlige rusmidler og legemidler for å oppnå rus (Simonsen et al., 2004, s. 130-132).

Rusavhengighet blir definert som sykdomsdiagnose og blir klassifisert etter ICD-10. Det skilles mellom skadelig bruk og avhengighet. Avhengighet kjennetegnes bl.a. med sterk trang til å innta rusmidlet, vanskeligheter med å kontrollere inntaket og inntak av rusmidlet blir prioritert foran andre aktiviteter som før hadde stor verdi (Lossius, 2010, s. 437). Ved rusmiddelavhengighet vil et opphør av tilførsel føre til abstinensreaksjoner. Det er en psykisk og fysisk reaksjon på at konsentrasjonen i blodet kommer under en viss grense – og vil være svært ubehagelig og noen ganger livstruende (Simonsen et al., 2004, s. 130-132).

Tidligere var abstinensproblematikk et fryktet tema ved sykehusinnleggelse, men i dag har de fleste avdelinger rutiner angående abstinensbehandling (Skoglund og Biong, 2012, s. 189). Det er et prinsipp at pasienter som misbruker opioider får sitt basale behov for opioider dekket mens de er innlagt (Skoglund og Biong, 2012, s. 194).

Det er en tydelig sammenheng mellom rusproblemer og psykiske lidelser. En antar at en felles sårbarhet, genetisk, nevrobiologisk eller personlighetsmessig ligger til grunn for mennesker som har en ruslidelse eller en psykisk lidelse (Lossius, 2010, s. 438).

Rusmiddelavhengighet får store konsekvenser for mange og ofte har de både dårlig fysisk, psykisk og sosial helse. Mange opplever å bli stigmatisert og mistenkeliggjort av helsepersonell (og andre pasienter) når de blir innlagt på sykehus (Skoglund og Biong, 2012, s. 186-191).

2.2.3 Opioider

Av opiumsplanten utvinnes naturlige opiatere som morfin og kodein. Opioider kan også fremstilles kunstig, som for eksempel petidin, ketogan og metadon. Disse stoffene brukes også medisinsk, og har sterk smertestillende effekt. Opioidene har en dempende effekt gjennom ulik påvirkning av opioidreseptorene i sentralnervesystemet. Virkningen er smertelindring, demping av respirasjonssenteret, eufori og tretthet. Opioidene gir raskt både fysisk og psykisk

avhengighet. Heroin blir framstilt av morfin gjennom en kjemisk prosess. Heroin tas oftes intravenøst (Simonsen et al., 2004, s. 135-136).

Siden opioider demper smerteopplevelse og hoste har de sin medisinske berettigelse. I tillegg kan de virke angstdempende, sederende og spenningsløsende. Rusopplevelse oppnås ved store doser, og særlig i situasjoner uten smerter (Simonsen et al., 2004, s. 142). Rask nedtrapping eller brå slutt av opioider uten medikamentell støttebehandling vil føre til akutt og sterk fysisk abstinens som vil vare mellom to til fire uker (Hafseng, 1998, s. 83).

2.3 Smerter og smertebehandling

Smerte blir definert som en vond sensorisk og emosjonell opplevelse forbundet med faktisk eller potensiell skade i vev av The International Association for the Study of Pain (IASP). Det blir ofte fokusert på den subjektive, personlige opplevelsen av smerte i sykepleien. Definisjonen som blir anbefalt til bruk i klinisk praksis er ”Smerte er det som den personen som opplever den, sier at det er, og den eksisterer når den personen som opplever den, sier at den gjør det” (Rustøen & Stubhaug, 2010, s. 138).

Smerter kan deles inn i ulike typer: Nociseptive smerter, nevropatiske smerter, idiopatiske smerter og psykogene smerter (Berntzen, Danielsen & Almås, 2011, s. 360). Akutte nociseptive smerter kommer av vevsskade, den varer vanligvis noen dager eller uker (Rustøen og Stubhaug, 2010, s. 146).

At pasienten opplever et fysisk velvære kan påvirke og redusere graden av smerteopplevelsen (Berntzen et al., 2011, s. 362). Angst øker pasientens opplevelse av smerte (Kaasa, 2008, s. 287). Opioidavhengige pasienter har samme rettigheter som andre pasienter, også når det gjelder smertelindring. Her er det viktig med et godt samarbeid mellom helsepersonell og pasient (Skoglund og Biong, 2012, s. 193).

2.3.1 Medikamentell smertebehandling

Legemidlene som brukes i smertebehandling kan deles inn i fire grupper: opioide analgetika, NSAIDS og glukokortikoider + paracetamol, lokalanestetika og andre legemidler med effekt mot smerter (Rustøen & Stubhaug, 2010, s. 156).

2.3.2 Ikke-medikamentell smertebehandling

I tillegg til medikamentell smertebehandling finnes en rekke ikke-medikamentelle alternativer. Rustøen & Stubhaug (2010, s. 163) nevner at musikkterapi kan ha smertelindrende effekt både ved akutte og kroniske smerter, videre er akupunktur og TENS behandlingsmetoder som kan brukes ved smertelindring. Ifølge Rustøen & Stubhaug (2010, s. 175) har ikke-medikamentelle behandlingstilbud fått kritikk fordi studiene av disse ikke er gode nok.

2.3.3 Hyperalgesi og allodyni

Krokmyrdal (2010) gjør i sin mastergradsoppgave fra Høyskolen i Oslo rede for begrepene hyperalgesi og allodyni. Dersom fysiologisk smerte ikke blir tilstrekkelig lindret vil det påføre pasienten ytterligere lidelse. Hvis det går lang tid uten at smerten blir kontrollert, blir pasienten mer sensitiv til smerten. Dette kan føre til hyperalgesi og allodyni. Hyperalgesi er en tilstand der sensitiviteten gjør at smerte oppfattes mye sterkere enn den egentlig er og allodyni er en tilstand der pasienten opplever smerte ved ikke-smertefull stimuli. Studier viser at misbruk av opioider kan gi endringer i smerteintensiteten og føre til hyperalgesi og allodyni (Krokmyrdal, 2010).

Fors (2012) forklarer at allodyni og hyperalgesi nesten betyr det samme. Hyperalgesi er en unormalt smertefull reaksjon på noe som vanligvis oppleves som normalt smertefullt. Allodyni vil si at pasienten opplever brennende smerter pga. av økt følsomhet i deler av nervesystemet. Dermed kan for eksempel berøring utløse smerte (Fors, 2012, s. 101-102).

2.3.4 Sykepleiers rolle i smertebehandling

Sykepleier har en viktig rolle i smertelindring på grunn av sin nærhet til pasienten, men smertelindring krever tverrfaglig samarbeid. God smertelindring er avhengig av hvor godt sykepleier følger opp sitt ansvar for å lindre smerte. Sykepleier må følge opp pasienten og rapportere videre til lege slik at behandling kan iverettes. Videre er det sykepleier som må følge med på om igangsatt behandling virker (Rustøen & Stubhaug, 2010, s. 175). Det relasjonelle forholdet til pasienten og koordinering av tverrfaglig samarbeid er også sykepleieren sitt ansvar når det gjelder smertelindring (Berntzen et al., 2011, s. 257-256).

En viktig oppgave i postoperativ sykepleie er å vurdere tegn til smerte hos pasienten. Sykepleieren skal vurdere smertens lokalisasjon, kvalitet, intensitet, variasjon, hva som lindrer smerten eller gjør den verre og effekten av legemidler (Berntzen, Almås, Bruun, Dørve, Giskemo, Dāvøy og Grønseth, 2011, s. 313)

For å kunne planlegge, sette i verk og evaluere smertebehandling tilpasset den enkelte må pasientens smerter kartlegges grundig. Flere hjelpemidler kan tas i bruk til dette arbeidet, bl.a. spørreskjemaer eller ulike skalaer der pasienten selv vurderer hvor sterk smerte han opplever. VAS (visuell analog skala) og NRS (numerisk ratio skala) er noen eksempler på endimensjonale smertevurderingsskalaer. Videre finnes det flerdimensjonelle skalaer som måler både smerteintensivitet og hvordan smerten påvirker pasienten (Berntzen et al., 2011, s. 362-363). Sykepleieren kan også observere smerten ut fra fysiologiske tegn som forhøyet blodtrykk, hurtigere puls, hurtigere åndedrett, utvidede pupiller og svetting. Samtidig er disse tegnene usikre fordi de så lett påvirkes av stress. Atferd som indikerer smerte hos pasienten er at vedkommende har fokus på smerten, snakker om smerten, gråter og ynker seg, gnir på stedet med smerte, har økende muskelspenninger, rynker pannen og lager grimaser. En forutsetning for at smertelindringen skal være god er at helsepersonell og pasient kan stole på hverandre. Lege og sykepleier må ha tillit til pasienten, samtidig må pasienten tro på at disse ønsker å hjelpe ham (Berntzen et al., 2011, s. 262-263). Mennesker opplever smerter forskjellig, noen tåler mer og andre tåler mindre smerte. Pasienten kan ved mange smertetilstander ha få eller ingen observerbare tegn på smerte (spesielt ved kroniske smertetilstander) (Berntzen et al., 2011, s. 257-258).

3 METODE

En metode er fremgangsmåten vi velger å benytte oss av for å finne kunnskap som kan kaste lys over spørsmål som vi har. Metoden er selve redskapet og hjelper oss i arbeidet med å samle informasjon om valgt tema (Dalland, s. 111-112).

3.1 Kvantitativ og kvalitativ metode

Kvantitative metoder er velegnet når informasjonen vi trenger er målbar i form av tall og størrelser, mens kvalitative metoder egner seg der vi vil undersøke mening og opplevelse hos informantene (Dalland, 2012, s. 112).

3.2 Litteraturstudie

Litteraturstudie kan også kalles litteraturgjennomgang eller forskningsoversikt. Hensikten er å samle kunnskap som bakgrunn for en ny empirisk studie – eller for å beskrive kunnskap som finnes om et spesifikt område. Å gjøre en systematisk litteraturstudie innebærer å følge visse steg: begrunne hvorfor studien gjøres, lage en problemstilling, finne søkeord og lage søkestrategi, velge litteratur fra forskning og vitenskap, vurdere kritisk, kvalitetskontrollere og velge litteratur, analysere og diskutere resultatet, sammenstille og komme med konklusjon (Forsberg & Wengström, 2013, s. 25-27).

Støren (2013, s. 16) påpeker at det er litteraturen du studerer i en litteraturstudie, altså det som av artikkelforfatterne er undersøkt og skrevet om virkeligheten (empirien) og presentert i artikler. Videre er litteraturstudien en systematisering av kunnskap, og det vil si å søke den, samle den, vurdere den og sammenfatte den. Litteraturstudien kan betraktes som en oversiktsartikkel og skal følge IMRaD-strukturen (Innledning, Metode, Resultat, Diskusjon) i tillegg til abstrakt og avslutning (Støren, 2013, s. 15-17).

Det må gå fram hvorfor litteraturen er valgt og hvordan utvalget er gjort (Dalland, 2012, s. 67). En skal være kritisk til kildematerialet som blir brukt og en må vurdere nøye relevans og gyldighet i forhold til problemstilling (Dalland, 2012, s. 72).

3.3 Fremgangsmåte

HSH sine helsefaglige databaser ble brukt til å søke etter artikler. Med bakgrunn i problemstillingen min og for å finne relevante artikler begynte jeg med søkeordene omsorg, sykepleie, rusavhengig, smerte, postoperativ smertebehandling og opioidavhengig. Gjennom SveMed+ fikk jeg opp følgende mesh-termer: empathy, substance-related disorder, opioid-related disorders, postoperative care, pain, pain measurement, nursing care, attitude of health personell, attitude. Jeg brukte databasene SveMed+ og CINAHL og av tabellene under går det fram hvilke søkeord og kombinasjoner av disse som ga meg treff. Dersom ikke nursing var et av søkeordene, forsikret jeg meg om jeg at artikkelen var publisert i en sykepleietidsskrift. Jeg sorterte verken på alder eller på geografi, det gjorde jeg heller manuelt når søkeresultatet kom fram. Valget falt på en amerikansk, en australsk, en israelsk, en norsk og en britisk artikkel. Grunnen til den geografiske spredningen er at det finnes lite nordisk og nord-europeisk litteratur i på dette området i databasene.

3.3.1 Tabell 1 – SveMed+

Søk i SveMed+ 10.01.2014			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S1	Substance-related disorders		2455
S2	Nursing care		5434
S3	Pain management		116
S4	Pain		4591
S5	Attitude of health personell		16
S6	Empathy		501
S7	Opioid-related disorders		2431
S8	#1 AND #2 AND #3		0
S9	#1 AND #2		121
S10	#1 AND #2 AND #4		1
S11	#2 AND #4 AND #7		1
S12	#2 AND #7		121
S13	#2 AND #3 AND #7		0
S14	#1 AND #2 AND #6		5

S15	Attitude		6272
S16	#1 AND #2 AND #15		30
S17	#1 AND #3		1

Fra søk nr S17 SveMed+ ble artikkelen *Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus* av Li, R., Andenæs, R., Undall, E. & Nåden, D. (2012) valgt da jeg så at det var en relevant og sykepleiefaglig artikkel fra Sykepleien Forskning.

3.3.2 Tabell 2 – CINAHL

Søk i CINAHL 20.01.2014			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S1	Substance abuse		27043
S2	Hospitalized		15505
S3	Pain		118439
S4	Pain management		19131
S5	Nursing		451384
S6	Attitude		77911
S7	Quality of care		104959
S8	#1 AND #3 AND #5 AND #7		7
S9	#1 AND #2 AND#3 AND #5 AND #6 AND #7		0
S10	#1 AND #2 AND #5		25

Fra søk nr 10 på CINAHL fant jeg flere interessante artikler, men valget falt på *Knowing How to Play the Game: Hospitalized Substance Abusers' Strategies for Obtaining Pain Relief* av Morgan, B.D. (2006).

3.3.3 Tabell 3 – CINAHL

Søk i CINAHL 21.01.2014			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)

S1	Substance abuse		27075
S2	Hospitalized		15525
S3	Quality of care		105236
S4	Nursing		451988
S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4		2

Fra søk nr 5 på CINAHL kunne en av ialt to artikler brukes, nemlig *Nurses' perception of the quality of care they provide to hospitalized drug addicts: Testing the Theory of Reasoned Action* av Natan, M.B., Beyil, V. og Neta, O. (2009).

3.3.4 Tabell 4 – CINAHL

Søk i CINAHL 22.01.2014			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S1	Substance user		439
S2	Pain management		19160
S3	Hospitalization		21909
S4	S1 AND S2 AND S3		0
S5	S1 AND S2		6

Fra søk nr 5 på CINAHL fant jeg *Substance users' perspective of pain management in the acute care environment* av Blay, N., Glover, S., Bothe, J., Lee, S. og Lamont, F. (2012) og *Routines and rituals: A grounded theory of the pain management of drug users in acute care settings* av McCreaddie, M., Lyons, I., Watt, D., Ewing, E., Croft, J., Smith M., Tocher, J. (2010).

3.4 Metodekritikk

Når jeg valgte artikler til oppgaven vektla jeg å få med perspektivet både til pasient og til sykepleier. Jeg ønsket både kvalitativ og kvantitativ forskning for å få ytterligere variasjon i datamaterialet. Alle aktuelle artikler er av nyere dato, den eldste er fra 2006. Jeg ønsket fortrinnsvis forskning fra Norden eller Nord-Europa, men her var utvalget lite. Derfor har studiene stor geografisk spredning, og en må ta høyde for at det kan være kulturelle forskjeller.

Når det er sagt kan det nevnes at resultatene fra den norske og den britiske studien ikke er veldig avvikende fra de resterende studiene.

I studien fra Israel svarte sykepleierne annerledes enn i studien fra Norge. Det kan ligge kulturelle årsaker til grunn, men studien kan også være offer for ”forskningseffekten”. Dalland (2012, s. 207) forklarer at denne effekten kan oppstå når personer opptrer og svarer annerledes enn de vanligvis ville gjort, når de vet at de blir observert.

Opprinnelig hadde oppgavens problemstilling fokus på ”omsorg”, men et stykke uti skriveprosessen ble det endret til ”lindring”. Da var artiklene allerede på plass og fremdeles relevante. Det er årsaken til at ”lindring” ikke er blant søkeordene.

En litteraturstudie på bakgrunn av fem forskningsartikler kan gi et uriktig bilde av virkeligheten, da det kan finnes store mengder forskning som ikke har blitt oppdaget eller valgt. Det som etter min mening er urovekkende er at det er så tilfeldig hvilke søkeord man får treff på. Om søkeordet endres litt får man helt andre treff, men som kan være like aktuelle. Det finnes heldigvis muligheter for å utvide søket ved å velge ’cited by’ og ’related articles’.

Språkmessig kan det også være en utfordring å få tak i det korrekte resultatet. Mye av forskningen er publisert på engelsk, og det vil være rom for misforståelser og at mening forsvinner i oversettelsen.

3.5 Kritisk vurdering av artiklene

Artikkelen *Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus* Li, R., Andenæs, R., Undall, E. & Nåden, D. (2012) omhandler en studie med beskrivende tverrsnittsdesign med hensiktsmessig utvalg. Studien er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Studien undersøker handlinger, holdninger og kunnskap når rusmiddelavhengige blir innlagt i sykehus. Resultatene finner jeg relevante for min oppgave. Artikkelforfatterne har med et avsnitt der de selv påpeker styrker og svakheter med studien, noe som er positivt.

Knowing How to Play the Game: Hospitalized Substance Abusers' Strategies for Obtaining Pain Relief av Morgan, B.D. (2006) omhandler en kvalitativ studie med grounded theory-metode. Datainnsamling og analyse er parallelle prosesser. Artikkelen er vurdert med utgangspunkt i sjekkliste for kvalitative studier, hentet fra Kunnskapssenteret (2008). Det ble ikke gjort rede for etiske betenkeligheter eller hvorvidt studien er godkjent av noen etisk komite, men deltakerne fikk grundig informasjon i forkant av studien. Det ble imidlertid gjort grundig rede for bakgrunn for studien, hensikt med studien og fremgangsmåten. Artikkelen er publisert på bakgrunn av en doktorgradsavhandling. Funnene i studien er nyttige for meg, da det er viktig for min oppgave å få fram pasientens perspektiv og synspunkt.

Nurses' perception of the quality of care they provide to hospitalized drug addicts: Testing the Theory of Reasoned Action av Natan, M.B., Beyil, V. og Neta, O. (2009) er en israelsk studie. Etter å ha lest artikkelen grundig kom jeg fram til at jeg kan bruke den selv om Israel har en del kulturelle forskjeller fra Norge. Den peker dessuten på noe viktig, nemlig hvordan sykepleiere oppfatter at de gir omsorg til rusmisbrukere som er innlagt i sykehus. Pasientene i denne artikkelen har ikke nødvendigvis smerter, men den fokuserer på holdninger mot rusmisbrukere og er derfor relevant for oppgaven. Studien og spørsmålsskjema er godkjent av forskningsetisk komite. Kvantitativ metode er hensiktsmessig da studien vil sammenligne og måle avvik mellom intensjoner og faktisk atferd hos sykepleierne.

For å vurdere kvaliteten på studien til Blay, N., Glover, S., Bothe, J., Lee, S. og Lamont, F. (2012), *Substance users' perspective of pain management in the acute care environment*, la jeg Studien bruker blandet metode, både kvalitativ og kvantitativ. Det er gjort nøye rede for hvordan utvelgelsen av deltakere er gjort og det ble brukt lang tid på å finne deltakere som fylte kriteriene. Bare en fra utvalget falt fra, det blir ikke gitt noen grunn for dette. Studien er godkjent av forskningsetisk komité. Andre kilder ble brukt for å underbygge data som kom fram. Selv om studien har litt ensidig fokus på medikamentell behandling er den viktig å ha med siden den har rusmisbrukere sitt perspektiv.

Studien til McCreddie, M., Lyons, I., Watt, D., Ewing, E., Croft, J., Smith M., Tocher, J. (2010), *Routines and rituals: a grounded theory of the pain management of drug users in acute care*

settings ble på bakgrunn av Kunnskapscenterets sjekkliste for kvalitative studier (2008) funnet god nok til oppgaven. Det er imidlertid ikke særlig grundig beskrevet hvordan utvalget ble rekruttert. Informasjonsark ble delt ut, men det går ikke fram om deltakerne ble informert om mulighet for å trekke seg underveis. Mål og hensikt med studien er tydelig. Studien er godkjent av forskningsetisk komité. Kvalitativ tilnærming er hensiktsmessig for å få fram opplevelser knyttet til interaksjon mellom pasient og sykepleier. Artikkelen ble valgt fordi den ble funnet relevant innholdsmessig og dessuten fordi den var nordeuropeisk.

3.6 Etikk i forskning og oppgaveskriving

Et viktig forskningsetisk prinsipp er at hensynet til enkeltpersonen alltid skal veie tyngre enn hensynet til samfunns- eller forskningsnytt, og særlig når det gjelder svake grupper som f. eks. pasienter. Dette slår Helsinkideklarasjonen fast (Brinchmann, 2010, s. 208).

Å delta i en studie skal være frivillig og deltakerne skal ha informasjon om hva studien går ut på, hva hensikten er og om det innebærer noen risiko å delta. De skal også få informasjon om at de kan trekke seg når som helst (Brinchmann, 2010, s. 210-211). Videre er kravet om konfidensialitet sentralt. Deltakerne skal være trygge på at anonymiteten deres blir ivaretatt (Brinchmann, 2010, s. 214).

Viktige etiske momenter i en litteraturstudie er å velge studier som er godkjent av forskningsetisk komite eller der det er gjort etiske overveielser og å vise til alle artikler som inngår i studien og oppgi alle kilder. Dessuten skal artikler som inngår i en systematisk studie arkiveres på et trygt sted i ti år. Studien skal presentere alle resultat, de som støtter studiens hypotese og de som ikke gjør det. Det er uetisk å utelate artikler som ikke støtter forskerens syn (Forsberg & Wengström, 2013, s. 69-70).

Alle artikler i denne oppgaven viser at de har blitt godkjent av forskningsetisk komite, så nær som en. Den som ikke kan gjøre rede for godkjenning er skrevet på bakgrunn av en doktoravhandling, og dermed trekker jeg den konklusjon at de etiske redegjørelser kan ha blitt glemt eller utelatt. Artikkelen er peer reviewed, altså vurdert av flere fagfeller.

4 RESULTAT

4.1 Artikkel 1 – Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus

Den norske studien *Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus* av Li, Andenæs, Undall og Nåden (2012) søker å kartlegge handlinger, kunnskap og holdninger hos leger og sykepleiere som behandler smerte hos opioidavhengige innlagt i sykehus. Studien er kvantitativ og har et beskrivende tverrsnittdesign med et hensiktsmessig utvalg. Alle leger og sykepleiere ansatt ved seks medisinske, tre kirurgiske og tre anestesi-/intensivavdelinger ved fire norske sykehus i fire ulike helseregioner. Spørreskjema ble utarbeidet spesielt for denne studien og ialt 375 sykepleiere og 81 leger fikk utdelt spørreskjema. 72 % av de utsendte spørreskjema ble besvart. Tre forskningsspørsmål søktes besvart: I hvilken grad utføres sentrale handlinger når opioidavhengige pasienter med smerte er innlagt i sykehus? Hvordan vurderer leger og sykepleiere sin kunnskap om rusmisbruk og smerte? Hvilke holdninger har leger og sykepleiere til opioidavhengige pasienter med smerte?

Studien viste bl.a. at leger oftere enn sykepleierne kartla pasientens rusmisbruk og at totalt 38 prosent (både leger og sykepleiere) gjorde dette. Totalt 23,2 prosent oppga at de brukte smertekartleggingsverktøy ofte. Helsepersonellet vurderte sin egen kunnskap om opioidavhengighet og smerte i gjennomsnitt mellom 2,16 og 3 (på en skala der 1=lite kunnskap og 5= mye kunnskap). 55,7 prosent av sykepleierne var enige i påstanden om at opioidavhengighet er en sykdom. 56,1 prosent av sykepleierne svarte at de ofte føler seg manipulert av opioidavhengige og 29 prosent av sykepleierne og 36,8 prosent av legene svarte både og på påstanden om at opioidavhengige prøver å lure dem når de ber om smertestillende. Resultatene i studien indikerer at det kan være behov for tiltak med tanke på holdningsendring og undervisning som kan øke kunnskap hos helsepersonell innen området. Studien konkluderer med at siden leger og sykepleieres holdninger til en viss grad trekker pasientens troverdighet i tvil, er det nødvendig med videre studier som kartlegger hvorvidt opioidavhengige virkelig får tilstrekkelig smertelindring når de er innlagt i sykehus.

4.2 Artikkel 2 – Knowing How to Play the Game

Artikkelen *Knowing How to Play the Game: Hospitalized Substance Abusers' Strategies for Obtaining Pain Relief* av Morgan (2006) søker å beskrive rusmisbrukeres opplevelser knyttet til smertebehandling når de er innlagt ved sykehus. Bakgrunnen for denne amerikanske studien er at andre studier viser at alle pasienter innlagt i sykehus får utilstrekkelig smertebehandling og at problemet er enda større hos pasienter med rusavhengighet.

Artikkelen er skrevet med bakgrunn i Morgans doktoravhandling ved Boston College fra 2003. Studien er kvalitativ og en har brukt en "grounded theory"-tilnærming for å utvikle en teoretisk modell som kan forklare problemer knyttet til rusmisbrukere som opplever utilstrekkelig smertelindring når de er innlagt på sykehus. Modellen blir kalt "Knowing how to play the game" og underveis i studien blir svarene knyttet til kategorier som vokser fram. Eksempler på kategorier kan være "Beeing an addict", "Treating me like a junkie", "Feeling respected/not respected", "Strategies to get pain relief" osv.

14 menn og fire kvinner mellom 32 og 60 år deltok, alle med en smertefull medisinsk tilstand. Det ble benyttet et semistrukturert spørreskjema, etterhvert som modellen ble utviklet ble deltakerne vist resultatene og fikk svare på om det var i overenskomst med det de hadde ment. En fokusgruppe bestående av 5 sykepleiere vurderte modellen etterhvert.

Forskningsspørsmålene i studien var: Hvordan takler rusmisbrukere smertefulle medisinske tilstander under sykehusopphold? Hvilke problemer møter denne pasientgruppen når de prøver å få tilstrekkelig hjelp i forhold til smerter under oppholdet? Hvordan forstår rusmisbrukere deres interaksjon/samhandling med personale rundt spørsmål om smerte?

Funn i studien viser bl. a. at rusmisbrukere bruker ulike strategier for å oppnå smertelindring, basert på hvordan interaksjonen mellom dem og personalet er. Deltakerne har problemer med få anerkjennelse og behandling for sine smerter.

Den teoretiske modellen viser at pasienter med smerter og rusavhengighet har behov for helsepersonell som er respektfulle og har kompetanse om smertebehandling og rusmiddelavhengighet. Studien konkluderer med at det er viktig å ha en realistisk målsetting for oppnåelig smertelindring. Bruk av ikke-mediakamentelle tiltak bør implementeres i sykepleie til

alle pasienter med smerte og spesielt rusmisbrukere. Artikkelforfatteren mener at modellen må testes ut i andre kontekster og blant annet testes på flere kvinner.

4.3 Artikkel 3 – Nurses' perception of the quality of care they provide to drug addicts

Natan, M.B., Beyil, V. og Neta, O. (2009) er forfatterne bak *Nurses' perception of the quality of care they provide to hospitalized drug addicts: Testing the Theory of Reasoned Action*. Studien bruker kvantitativ metode og har et korrelasjonelt design der en vil undersøke hvordan sykepleieres holdninger og subjektive normer påvirker forholdet mellom tilsiktet og faktisk omsorg til rusmisbrukere, basert på teorien om overveid handling (TRA) av Fishbein og Ajzen. 135 sykepleiere svarte på spørreskjema, alle var ansatt ved medisinsk avdeling ved tre ulike sykehus. Studien ble utført i Israel. Forskningsspørsmålet var: Står sykepleieres holdninger og subjektive normer i forhold til deres tilsiktede og faktiske omsorg til rusmiddelavhengige. Utvalget besto av 19 menn og 116 kvinner. Det ble utformet spørsmålsskjema i henhold til TRA sine retningslinjer og dette ble testet ut på et lite utvalg i forkant av studien.

Noen av resultatene i studien var at sykepleierne hadde moderat negative holdninger til pasienter med rusmiddelavhengighet. Det ble oppdaget en negativ korrelasjon mellom sykepleieres stereotype oppfatninger og deres faktiske atferd. Sykepleierne i studien mener ikke at pasientene sine lidelser er selvforskyldt eller at de fortjener dårligere omsorg, men de innrømmer at pasientgruppen kan være vanskelig å jobbe med. Videre mener deltakerne at de har gode evner til å yte omsorg og sykepleie til rusmisbrukere, og at de har nok kunnskaper om deres problemer, men at de er engstelige for å bli utsatt for vold og manipulasjon. De er også moderat engstelige for å bli smittet av HIV og hepatitt.

Studien konkluderer med at Fishbein og Ajzens modell (TRA) utgjorde en hensiktsmessig ramme for å undersøke forbindelsen mellom sykepleieres intensjoner om å gi ikke-diskriminerende omsorg av god kvalitet og deres holdninger, normativ innstilling og atferd. Studien avdekker sykepleieres stereotype holdninger til pasienter med rusproblemer og understreker viktigheten av å sette i verk tiltak som kan endre dette.

4.4 Artikkel 4 – Substance users' perspective of pain management

I artikkelen til Blay, N., Glover, S., Bothe, J., Lee, S. og Lamont, F. (2012), *Substance users' perspective of pain management in the acute care environment*, var målet å utforske rusmisbrukeres perspektiver når det gjelder smertebehandling i akuttavdeling ved sykehus. Dette er en prospektiv utforskende studie som bruker både kvantitativ og kvalitativ metode. Kvalitative data ble brukt til å utforske subjektive meninger fra rusmisbrukerne og kvantitative data ble brukt bl.a. til å identifisere foreskrevne smertestillende medikamenter. Utvalget ble rekruttert ved hjelp av ulike metoder, de var over 18 år og hadde brukt foreskrevne eller illegale stoffer minst tre ganger per uke i minst tre sammenhengende måneder. De ble lagt inn via akuttmottak pga skade eller traume. Deltakerne var i utgangspunktet 28, men den ene nektet å delta. Av de 27 gjenværende var 22 menn og 5 kvinner. Alle var innlagt i fire døgn eller mer og ble intervjuet etter 24, 48, 72 og 96 timer. Ikke alle deltakerne var tilgjengelig for intervju på hvert tidspunkt. Studiens forskningsspørsmål var som følger: Var du fornøyd med din smertebehandling ved innleggelse på sykehus? Hvis du var misfornøyd med smertebehandlingen, hva kunne vært gjort bedre? Har medisinen (tabletter/injeksjoner/PCA) du har fått mot smertene vært effektiv? I tillegg spurte forskerne om hvilke analgetika pasienten fikk foreskrevet.

Resultatene viste at fem deltakere ikke fikk noen form for analgesi ved innleggelse. 54,9 % av deltakerne sa de var fornøyd med smertebehandlingen ved innleggelse. Det var varierende hvor fornøyde deltakerne var på de ulike målingstidspunktene, men de var minst fornøyde etter 96 timer, da var tilfredsheten sunket til 43,8 %. Den viktigste grunnen til at deltakerne var misfornøyde med smertebehandlingen var at de fikk foreskrevet et medikament som de mente ikke passet eller at dosen var for liten. Andre deltagere rapporterte at det tok lang å få smertestillende og opplevde at det kunne henge sammen med negative holdninger til dem. Noen rusmisbrukere hadde negative smertebehandlingserfaringer, mens andre verdsatte innsatsen til personalet for å hjelpe dem med smertelindringen. Det går ikke fram av studien om smertekartleggingsverktøy ble brukt eller om det ble prøvd ikke-medikamentelle tiltak.

Studien konkluderer med at den gir innsikt i akutt smertebehandling fra rusmisbrukeres perspektiv. Totalt konkluderes med at rusmisbrukere var fornøyd med gjennomføringen av smertebehandling og i noen grad roste helsepersonells bestrebelser i å avhjelpe deres smerter.

Dette til tross for at foreskrevet analgesi ikke alltid var effektivt. En kilde til frustrasjon var forsinkelser i administrasjon av medisin og negativ innstilling fra ansatte. Forskerne foreslår at rusmisbrukere som er innlagt får omfattende og rutinemessig vurdering av smerter med tanke på at denne sårbare gruppen skal få nødvendig smertebehandling.

4.5 Artikkel 5 – Routines and rituals

Studien til McCreaddie, M., Lyons, I., Watt, D., Ewing, E., Croft, J., Smith M., Tocher, J. (2010), *Routines and rituals: a grounded theory of the pain management of drug users in acute care settings* er kvalitativ med grounded theory-design og retter søkelyset på hva som hindrer god smertelindring av rusmisbrukere i akuttavdeling ved tre sykehus i Storbritannia. Utvalget består av 11 pasienter med rusproblemer og 5 fokusgrupper med ialt 22 deltakere. Disse består av bl.a. sykepleiere og tidligere rusmisbrukere. Inklusjonskriteriene til rusmisbrukerne som skulle delta var at de var engelskspråklige, rusmisbrukere eller tidligere misbrukere, brukte flere typer narkotiske stoff, hovedsakelig heroin, medisinsk tilstand som medfører akutt smerte, nylig innleggelse i akuttavdeling i en periode de var rusavhengig. Innleggelse pga overdose, mental tilstand som innebar at de ikke var samtykkekompetente, psykisk krisetilstand, kun alkoholmisbruk og svært alvorlig smerte var eksklusjonskriterier.

Studien kom fram til en teori som hevder at sykepleiere og rusmisbrukere sliter med moralsk relativisme og deres respektive rutiner og ritualer i smertebehandlingen. Moralsk relativisme tilsier at det ikke finnes noen korrekte koder eller atferd, og at det ikke finnes noen objektiv standard for moral. Konsekvensen er at individer har ulike moral og koder som passer med deres perspektiv til enhver tid.

Rusmisbrukerne i studien forventet at helsepersonellet skulle vise medfølelse og at sykehuset var der for å hjelpe. De forventet ikke at personale skulle dømme dem eller se ned på dem. Rusmisbrukerne så på helsepersoneller som enten “god” eller “dårlig”, på samme måte omtalte sykepleiere noen pasienter som “vanskelige pasienter”. Sykepleiere rapporterte at stadig avvikende oppførsel kan føre til redusert toleranse eller “etisk erosjon” og tidligere negative erfaringer med rusmisbrukere som følgelig kan forverre stigma og sensitivitet.

Sykehusrutiner kolliderer med pasientens behov for ritualer (f.eks. uenighet om klokkeslett for subsitusjonsbehandling). Sykepleiere med videreutdanning og stor kunnskap på området var mer motiverte og mer sensitive. Som konklusjon foreslår studien moralsk relativisme som en prosess og et fenomen som forklarer smertebehandling av rusmisbrukere i akuttavdeling. Forskerne mener at sykepleiere må gjenvinne grunnleggende og holdbare aspekter av kommunikasjon og samhandling og at de da kan behandle rusmisbrukere som *mennesker*, og ikke som *problemer*.

4.6 Oppsummering av funn

Her presenteres punktvis hovedfunnene fra de fem artiklene presentert over.

Sykepleiere og helsepersonell

- mangler rutiner for smertekartlegging
- trenger mer kunnskap angående rusmisbrukere og opioidavhengighet
- har negative holdninger til rusmiddelavhengige pasienter
- synes det er vanskelig å forholde seg til denne pasientgruppen
- har manglende tillit til uttalt smerteopplevelse
- opplever at de gir dårligere omsorg
- er engstelige for vold og manipulasjon
- er redde for å bli smittet av hiv og hepatitt (egentlig manglende kunnskap)

Pasientenes opplevelser

- negative holdninger, mangel på respekt og mistillit fra helsepersonell
- sykepleiere mangler kunnskap om smertebehandling og rusavhengighet
- er mer fornøyd med opioider som smertestillende enn annen analgetika
- mener at forsinkelser i administrasjon av smertestillende skyldes negativ innstilling
- utvikler strategier for å oppnå smertelindring basert på interaksjon
- rutiner ved sykehuset kolliderer med pasientens behov for ritualer
- varierende forventinger til helsepersonells holdninger
- varierende grad av tilfredshet med smertebehandlingen

5 DRØFTING

Basert på funn fra forskning er det særlig to kategorier som skiller seg ut, nemlig *holdninger* og *kunnskap* (herunder rutiner). Disse to kategoriene blir i det følgende drøftet opp mot lindring.

5.1 Holdninger og lindring

Forskning viser at pasienter med rusmiddelavhengighet møter negative holdninger hos sykepleiere når de blir lagt inn på sykehus (Li et al., 2012, Blay et al., 2012, Morgan, 2006, Natan et al., 2009 og McCreaddie et al., 2010). Dette støttes av Skoglund og Biong (2012, s. 191), som hevder at mange rusmiddelavhengige pasienter innlagt på sykehus opplever å bli stigmatisert og mistenkeliggjort. Disse holdningene kan bl. a. føre til forsinket administrasjon av smertestillende medikamenter (Blay et al., 2012). Som en av deltakerne i studien uttrykker det: "Came in by ambulance and did not get any pain relief. Felt like I had to beg for pain relief before xray". Flere av deltakerne etterlyste en mer punktlig utdeling av smertestillende og opplevde forsinkelser i medikamentadministreringen som et mulig resultat av negative holdninger mot dem (Blay et al., 2012). En deltaker fortalte at hvis han spurte etter smertestillende ble han behandlet som en "junkie", de ville ikke øke dosen (etter 24 timers innleggelse) (Blay et al., 2012). Disse uttalelsene vitner om helsepersonell som ikke tar pasientens smerter på alvor eller manglende tillit til pasientenes smerterapportering. Skoglund og Biong (2012, s. 194) fremholder at god smertelindring bør gå foran frykten for overmedisinering, og at en konsekvens av for dårlig smertelindring kan føre til at pasienten forlater sykehuset før behandlingen er avsluttet.

Flere av sykepleierne i studien til Li et al. (2012) sier de føler seg lurt når pasienter med opioidavhengighet ber om smertestillende og over halvparten av de spurte føler seg ofte manipulert. Jeg tenker at dette henger sammen med holdninger. En hører ofte at "en kan ikke stole på en rusmisbruker" og ifølge Skoglund og Biong (2012, s. 193) er det en vanlig oppfatning at rusmiddelavhengige pasienter "manipulerer" for å oppnå rus. Men som Li et al. (2012) slår fast er den profesjonelle tilnærmingen å *tro* på pasienten og ikke tvile på at han har smerter når han sier det. Dette er i tråd med det Rustøen og Stubhaug (2010, s. 138) fremholder: "Smerte er det som den personen som opplever den, sier at det er, og den eksisterer når den personen som opplever den, sier at den gjør det". Berntzen (2011, s. 256) mener det er et tankekors at den som

eier smertene i så stor grad er avhengig av omgivelsenes tolkning av hva som er en passende reaksjon på dem.

Jeg har også i praksis erfart at det stilles spørsmålstegn ved hvor stor smertepåvirkningen egentlig er hos pasienter med avhengighetsproblematikk når de ber om smertestillende (opioider). Sykepleierne kjenner mistillit til pasienten når smertepåvirkning ikke er fremtredende og når de samtidig vet at pasienten har en avhengighetsdiagnose.

Selv om smerte oftest ledsages av fysiologiske tegn, er disse usikre da de lett påvirkes av stress. I tillegg opplever mennesker smerter forskjellig (Berntzen et al., 2011, s. 356). Berntzen et al., (2011, s. 356) understreker at for å kunne ha en god smertelindring er det avgjørende at helsepersonell og pasient kan stole på hverandre.

Sykepleieren har valget mellom å tvile på eller ha tillit til pasientens opplevelse. Dersom hun ikke registrerer pasientens uttrykk for smerte eller ikke stoler på pasientens utsagn og smerteopplevelse er det sykepleieren som hindrer god smertelindring. Å ikke bli trodd kan føles verre enn selve smerten (Berntzen et al., 2011, s. 356-357).

Noen deltakere i studien til Morgan (2006) forteller at det faktum at sykepleiere hørte på og trodde dem (når de fortalte om sin smerte) ga lindring i seg selv. Arman og Rehnsfeldt (2007) påpeker noe av det samme når de sier at nestekjærlighet og medfølelse kan være med på å lindre lidelse hos pasienten.

Travelbee (1999, s. 114) fremholder at måten sykepleieren møter personer med smerte sannsynligvis er avgjørende for hvordan personen mestrer smerten. Travelbee understreker hvor vanskelig det oppleves for en person med smerter å ikke bli trodd. Hun fremholder at sykepleieren ”må velge personens persepsjon av smerte” og på den bakgrunn finne måter å lindre smerten på (Travelbee, 1999, s. 115).

Å bli kjent med pasienten er like nødvendig som å utføre prosedyrer, ifølge Travelbee. Ved å bygge opp et menneske-til-menneske-forhold mellom pasient og sykepleier kan disse møtes som

unike menneskelige individer, fremholder hun. Dette forholdet er avgjørende for at sykepleieren skal kunne oppfylle sykepleiens mål, som å lindre pasientens smerte (Kirkevold, 1998, s. 119-120).

Mange av uttalelsene i studien til Morgan (2006) vitner om en distanse mellom pasient og sykepleier som viser at et menneske-til-menneske-forhold, slik Travelbee beskriver, ikke finner sted. Travelbee (1999, s. 187) hevder at den profesjonelle sykepleieren skal betrakte alle hun har omsorg for som menneskelige individer. Videre endres ikke dette ansvaret av hvor "tiltrekkende" eller "frastøtende" sykepleieren oppfatter enkelte pasienter som. (Travelbee, 1999, s. 188) Holdninger farger vår oppfatning av pasienter, og sykepleiere kan oppfatte f.eks. rusmisbrukere som "lite tiltrekkende". Men Travelbee (1999, s. 188) understreker at det er nettopp disse pasientene som trenger anerkjennelse mest.

Sykepleiere har plikt til å yte sykepleie som bygger på respekt, verdighet og barmhjertighet (Slettebø, 2009, s. 157) og dette er uforenlig med å behandle pasienter med en negativ og forhåndsdommende innstilling.

Skoglund og Biong (2012, s. 190) mener at det er avgjørende at sykepleieren ser forbi en "støyende fasade" og finner mennesket bak rusmisbrukeren. Ingen mennesker er *bare* rusmiddelavhengige, de er mennesker som *er* noe og som har ressurser. Disse sidene må sykepleieren se etter og framheve. Natan et al. (2009) avdekker sykepleieres stereotype holdninger til rusmiddelavhengige pasienter og det er nettopp disse stereotypiene Travelbee er redd skal være til hinder for et menneske-til-menneske-forhold. Gjennom interaksjon skal sykepleier og pasient bli så godt kjent med hverandre at grunnlaget for å yte best mulig sykepleie blir lagt (Travelbee, 1999, s. 173). Og nettopp det er et hovedpoeng i konklusjonen til McCreaddie et al. (2010) når de hevder at sykepleiere gjennom kommunikasjon må finne tilbake til god interaksjon med rusmiddelavhengige pasienter med det resultat at de nærmer seg dem som *mennesker* og ikke som *problemer*. Noe av det samme er Berntzen et al. (2011, s. 356) inne på når de peker på at sykepleierens ansvar for å lindre pasientens smerter også omfatter det relasjonelle forholdet til pasienten.

Negative holdninger er ikke forenlig med prinsippet om at denne pasientgruppen skal behandles individuelt og etter samme faglige og fagetiske standard som andre pasienter, slik Skoglund og Biong (2012, s. 193) fremholder. Det er ikke noe unntak når det gjelder smertelindring, og her er det viktig med et godt samarbeid mellom helsepersonell og pasient (Skoglund og Biong, 2012, s. 193).

Morgan (2006) avdekker manglende respekt og holdninger blant flere sykepleiere og en pasient forteller at han føler seg "totally disrespected". Sykepleierne ser på ham og lager grimaser, de skyver ham unna, de vil ikke bli heftet, de har ikke tid. Og de lar det skinne gjennom at grunnen til at de behandler ham sånn er at han er skyld i sin tilstand selv. En annen rusmisbruker i studien til Morgan (2006) beskriver sykepleieres holdninger på denne måten: "I've had nurses in hospitals tell me you're just looking for drugs and a place to sleep... Tell me that I'm using the system. They say you don't look like you're in much pain... I've gotten pretty harsh responses a few times... They say, you don't like it, there's the door..." En annen forteller at han ser tvilen tydelig i ansiktet til sykepleieren (Morgan, 2006).

Disse uttalelsene kan muligens henge sammen med holdninger som henger igjen fra tidligere da rusmiddelavhengighet ofte var knyttet til moral og at disse menneskene ble ansett som skyldige i egen lidelse (Skoglund og Biong, 2012, s. 188).

Ingen nye funn fra forskningsartiklene som er brukt i oppgaven sier noe om at sykepleierne mener pasientens tilstand er selvforskyldt, selv om studienes litteraturgjennomgang sier at denne holdningen finnes. Tvertimot uttaler sykepleierne i studien til Natan et al. (2009) eksplisitt at de mener at pasienter med rusmiddelavhengighet *ikke* er skyld i sin egen lidelse og at disse pasientene fortjener samme omsorg som andre. Samtidig innrømmer de at de ikke gir god nok omsorg til denne pasientgruppen.

5.2 Kunnskap og lindring

Som nevnt trekker flere sykepleiere den rusavhengige pasients rapportering av smerte i tvil (Li et al., 2012, Morgan, 2006, Blay et al., 2012 og McCreaddie, 2010) og årsaken behøver ikke bare kunne ligge i holdninger. Det kan også være mangel på kunnskap som ligger til grunn, for eksempel kunnskaper om hvor store doser smertestillende medikamenter denne pasientgruppen trenger for å bli smertelindret. Skoglund og Biong understreker at de som misbruker opioider trenger betraktelig høyere doser av opioider enn andre pasienter (2012, s. 194). Dette henger sammen med toleranseutviklingen. Når sykepleiere skal vurdere smerte hos en opioidavhengig pasient trenger hun kunnskaper om at misbruk av opioider kan gi endringer i smerteopplevelsen. Dermed kan altså smerten hos en rusmiddelavhengig være større enn hos en pasient uten avhengighetsproblematikk (Krokmyrdal, 2010). Dette støttes av Blay (2012) som fremholder at opioidtolerante pasienter rapporterer høyere smerteintensitet (enn andre) og at deres behov for opioidanalgetikum kan være hele tre ganger større enn hos den generelle befolkningen.

Krokmyrdal (2010) hevder at sykepleiere kan få en bedre forståelse av konsekvensene av opioidmisbruk dersom de har kunnskap om fysiologiske årsaker til smerte. Videre understøtter Krokmyrdal (2010) at kjennskap til hyperalgesi og allodyni har betydning for forståelsen av rusmiddelavhengiges opplevelse av smerte.

Leger og sykepleiere vurderer sin kunnskap om opioidavhengighet og smerte som middels eller lav, mellom 2,26 og 3 på en skala fra 1 til 5 (Li et al., 2012). Også andre studier etterlyser kompetanse og kunnskap om smertebehandling og rusmiddelavhengighet (Morgan, 2006, McCreaddie, 2012). Blay et al. (2012) sier rett ut at begrensninger i kunnskaper hos helsepersonell kan påvirke deres vurdering og styring av behovet for smertelindring hos rusmiddelavhengige pasienter. Stikk i strid med disse funnene sier de fleste sykepleierne i studien til Natan (2009) at de har nok kunnskaper om problemer som har med rusmisbruk å gjøre. Krokmyrdal (2010) peker på sin side på at forskning tyder på mangelfulle kunnskaper blant sykepleiere når det gjelder smertevurdering, avhengighet, smertepåvirkning og farmakologi.

Berntzen (2011, s. 356) hevder derimot at sykepleiere ofte har kunnskap om smerter og smertelindring, men at på tross av dette blir ikke pasienten tilstrekkelig smertelindret. Muligens mangler den relasjonelle faktoren i smertelindringen og at sykepleier gir god omsorg og utfører de små tingene som betyr så mye for bedre lindring, slik Arman og Rehnsfeldt vektlegger (2007).

Det er også viktig for sykepleier å ha kunnskap om hvilke faktorer som medvirker på pasientens smerteopplevelse, som f. eks. følelsen av fysisk velvære som kan redusere graden av smerteopplevelse (Berntzen et al., 2011, s. 362) og angst som kan øke graden av smerteopplevelse (Kaasa, 2008, s. 287). En ytterligere faktor Travelbee (1999, s. 114) trekker fram er at måten sykepleiere møter pasienter med smerter på sannsynligvis også er medvirkende på hvordan pasienten mestrer smerten.

Som nevnt tidligere mener sykepleierne i studien til Natan et al. (2009) at rusmiddelavhengighet ikke er selvforskyldt. Dette står i kontrast til studien til Li et al. (2012) der et knapt mindretall av respondentene er usikre eller uenige i at rusmiddelavhengighet er en sykdom. Her ligger manglende kunnskap til grunn. Ifølge Lossius (2010, s. 437) blir rusavhengighet definert som en sykdom etter ICD-10-klassifikasjonen. Men på spørsmål om rusmisbruk er en sykdom svarer altså sykepleierne i gjennomsnitt 2,45 på en skala der 1=helt enig og 5=helt uenig (Li et al., 2012). “Dette kan muligens sees i sammenheng med den allmenne oppfatning at holdninger er vanskelige å endre, og at ny kunnskap ikke er integrert i helsepersonells holdningsdannelse” (Kelleher, S. sitert i Li et al., 2012). Ohnstad (2010, s. 237) fremholder at faglige holdninger stadig er under endring og at nye kunnskaper kan endre holdninger. Noen ganger bidrar vitenskapen med kunnskap og andre ganger er det holdningsendringer i samfunnet som tvinger fram endringer i faglige holdninger. Holdninger kan endres når vi får ny kunnskap og ved at følelser eller atferd endres. Det er nok at en av komponentene endres, enten følelsene, tankene eller atferden, for å skape ustabilitet i holdningene. Denne ustabiliteten er grunnlaget for holdningsendring (Ohnstad, 2010, s. 243). Ohnstad (2010, s. 237) understreker samtidig at det ikke er sikkert at nye kunnskaper vinner gjennom i de etablerte holdningene, slik tilfellet kan være når det gjelder helsepersonells holdninger til rusmiddelavhengige pasienter.

Sykepleierne i studien til Natan (2009) er moderat redde for smittefare (HIV og hepatitt), og dette vitner om at de trenger å friske opp kunnskapen sin om smitteoverføring. Andreassen, Fjellet, Wilhelmsen og Stubberud (2011, s. 62) påpeker at sykepleiere trenger kunnskap om hvordan smitte overføres og hvilke forholdsregler som må tas for å unngå smitte. Både hepatitt og HIV smitter hovedsakelig via blod og kroppsvæsker, og ikke gjennom vanlig sosial kontakt (Andreassen, 2011, s. 89-93). Frykten disse sykepleierne har (Natan et al., 2009) vil kunne skape

en avstand til pasientene som kan vanskeliggjøre etableringen av et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 1999, s. 171).

Li (2012) og Blay (2012) etterlyser mer rutinemessig kartlegging og vurdering av smerte hos rusmisbrukere. Fra funn i studien til Li (2012) går det fram at bare 23,2 % av legene og sykepleierne oppga at de brukte smertekartleggingsverktøy ofte.

Berntzen (2011, s. 356) slår fast at sykepleiere generelt i for liten grad forstår betydningen av og gjennomfører systematisk smertekartlegging. Både smerteskalaer og vurderingsskjema blir lite brukt og ifølge Berntzen (2011, s. 357) er det en stor utfordring å få til en mer nøyaktig vurdering av smerte. En er redd en møter motstand hos sykepleiere som frykter at daglig bruk av smertekartleggingsverktøy kan gå ut over det individuelle perspektivet i omsorgen – eller ta for mye tid (Berntzen, 2011, s. 357). Det er Arman og Rehnsfeldt (2007) også redde for. De hevder at for mye fokus på plikt og rutiner kan være en hindring for å lindre lidelse hos pasienten. McCreaddie et al. (2010) er på sin side opptatt av at rutiner på sykehuset kan kollidere med den rusmiddelavhengige pasientens behov for sine ritualer.

Blay et al. (2012) avdekker at 54,9 % av respondantene var fornøyde med smertebehandlingen ved innleggelse, men at dette tallet sank til 43,8 % etter 96 timers innleggelse. Det kan være mange årsaker til dette. Men det disse tallene også forteller er at det var svært mange som *ikke* var fornøyde med smertebehandlingen, og det må tas på alvor.

Siden sykepleier har en sentral rolle i smertelindring til pasienten er det avgjørende at hun innehar tilstrekkelige kunnskaper rundt emnet. McCreaddie (2010) peker på at sykepleiere med videreutdanning eller med mye kunnskaper om rusmiddelavhengige pasienter og smertelindring var mer motiverte og sensitive enn de andre sykepleierne.

5.3 Avslutning

Resultatene fra studiene til Morgan (2006), Natan (2009), McCreaddie (2010), Blay (2012) og Li (2012) indikerer hva som hindrer at sykepleie kan bidra til lindring av smerte hos rusmisbrukere, og dermed har vi noe av svaret på problemstillingen. Samtlige studier viser at en

holdningsendring må til blant sykepleiere for å kunne ivareta pasienter med rusmiddelavhengighet og smerter på en bedre måte. Sykepleiers holdninger påvirker lindring av smerte hos rusmiddelavhengige pasienter. Holdninger som gir utslag i manglende tillit er en av grunnene til at pasienten ikke får den smertebehandlingen han trenger.

Kunnskap er nødvendig for å endre holdninger. Både kunnskaper om smerter, rusmiddelavhengighet, og ikke minst kunnskaper om å bygge en god relasjon til pasientene. Dermed er både kunnskaper og holdninger avgjørende for lindring av smerter hos pasienter med rusmiddelavhengighet. Litteratur og forskning viser at smertekartlegging bør utføres i større grad, og det viktigste da er at dette blir utført på *alle* pasienter og ikke bare rusmisbrukere. Det vil i så fall kunne føre til ytterligere stigmatisering og mistenkeliggjøring.

Noe av det viktigste for sykepleieren når hun skal bidra til smertelindring hos rusmiddelavhengige er kanskje å prøve å nærme seg mennesket bak diagnosen.

6 REFERANSELISTE

Andreassen, G.T., Fjellet, A.L., Wilhelmsen, I.L., og Stubberud, D. G. (2011). Sykepleie ved infeksjonssykdommer. I H. Almås, D.G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie, bind 1*. (4. utg., s. 61-105). Oslo: Gyldendal akademisk.

Arman, M. og Rehnsfeldt, A. The 'Little Extra' that alleviates suffering. (2007). *Nursing Ethics 14 (3): 372-386*.

Berntzen, H., Almås, H., Brun, A.M.G., Dørve, S., Giskemo, A., Dåvøy, G & Grønseth, R. (2011). Perioperativ og postoperativ sykepleie. I H. Almås, D.G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie, bind 1*. (4. utg., s. 274-338). Oslo: Gyldendal akademisk.

Berntzen, H., Danielsen, A. & Almås, H. (2011). Sykepleie ved smerter. I H. Almås, D.G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie, bind 1*. (4. utg., s. 356-398). Oslo: Gyldendal akademisk.

Biong, S. og Ytrehus, S. (2012) Rusproblemer – en utfordring for samfunnet, helsetjenesten og den enkelte. I S. Biong og S. Ytrehus (Red.) *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. (s. 15-29). Oslo: Akribe.

Bokmålsordboka. (2010). Hentet fra <http://www.nob-ordbok.uio.no/perl/ordbok.cgi?OPP=lindre&bokmaal=+&ordbok=bokmaal>

Blay, N., Glover, S., Bothe, J., Lee, S. og Lamont, F. (2012). Substance users' perspective of pain management in the acute care environment, *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession 42 (2): 289-97*.
DOI:<http://dx.doi.org/10.5172/conu.2012.42.2.289> .

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Fors, E.A. (2012). *Hva er smerte*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. (3. utg.). Stockholm: Natur och kultur.
- Hafseng, K. (1998). *Legemiddelavhengighet*. Kristiansand: Høyskoleforlaget-
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier – analyse og vurdering*. (2. utgave.) Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Krokmyrdal, K.A. (2010). *Sykepleieres kompetanse om smerte og smertelindring hos pasienter med opioidavhengighet rusmisbruk*. Mastergradsoppgave fra Høyskolen i Oslo). Hentet fra <https://oda.hio.no/jspui/handle/10642/625>
- Kunnskapssenteret (2008, 14. mai). *Sjekkliste for vurdering av kvalitativ forskning*. Hentet fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktøy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler>
- Kaasa, S. (2008). Smertediagnostikk. I S. Almås (Red.) *Palliasjon*. (2. utgave, s. 286-310). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Li, R., Andenæs, R., Undall, E. og Nåden, D. (2012). Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus. *Sykepleien Forskning*, 7(3), 252-260.
DOI: 10.4220/sykepleienf.2012.0131
- Lossius, K. (2010) Rusmidler. I F. Skårderud, S. Haugsgjerd og E. Snänicke (Red.) *Psykatriboken – sinn-kropp-samfunn*. (s. 433-445). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Meld. St 30 (2011-12) <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2011-2012/meld-st-30-20112012/2.html?id=686018>

McCreaddie, M., Lyons, I., Watt, D., Ewing, E., Croft, J., Smith M., Tocher, J. (2010), Routines and rituals: a grounded theory of the pain management of drug users in acute care settings. *Journal of Clinical Nursing* 19 (19/20): 2730-40.

Morgan, B.D. (2006). Knowing How to Play the Game: Hospitalized Substance Abusers' Strategies for Obtaining Pain Relief. *Pain Management Nursing*, 7(1), 31-41

Natan, M.B., Beyil, V. og Neta, O. (2009). Nurses' perception of the quality of care they provide to hospitalized drug addicts: Testing the Theory of Reasoned Action. *International Journal of Nursing Practice* 15 (6): 566-73.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-172X.2009.01799.x>

Nesvåg, S. (2012). Ulike forståelser og perspektiver på problematisk rusmiddelbruk og avhengighet. I S. Bing og S. Ytrehus (Red.) *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. (s. 55-77). Oslo: Akribe.

Nortvedt, P. Og Grønseth, R.. (2011). Klinisk sykepleie – funksjon og ansvar. I H. Almås, D.G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie, bind 1*. (4. utg., s. 17-32). Oslo: Gyldendal akademisk.

Ohnstad, A. (2010). Holdninger – i et skeivt lys. I T.J. Ekeland, O. Iversen, G. Nordhelle og A. Ohnstad *Psykologi for sosial- og helsefagene*. (2. utgave, s. 231-244). Oslo: Cappelen Damm.

Rustøen, T. og Stubhaug, A. (2010). Smerter. I U. Knutstad (Red.). *Sentrale begreper i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 2*. (3. utgave, s. 137-181). Oslo: Akribe.

Simonsen, T., Aarbakke, J. og Lysaa, R. (2004). Illustrert farmakologi – bind 1. Bergen: Fagbokforlaget.

Skoglund, A. og Biong, S. (2012) Sykepleie til personer med opioidavhengighet i somatisk sykehus. I S. Bing og S. Ytrehus (Red.) *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. (s. 186-201). Oslo: Akribe.

Slettebø, Å. (2009). Forskningsetikk. I B.S. Brinchmann (Red.) *Etikk i sykepleien* (2. utg. s. 207-222). Oslo: Gyldendal akademisk.

Slettebø, Å. (2009). *Sykepleie og etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Støren, I. (2013). *Bare søk: Praktisk veiledning i å gjennomføre litteraturstudier*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.

VEDLEGG 1 – Resultattabell 1

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat
Li, R., Andenæs, R., Undall, E. & Nåden, D. (2012) “ <i>Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus</i> ”	Hensikten er å kartlegge helsepersonells kunnskaper, handlinger og holdninger til rusmisbrukeres smertebehandling i sykehus.	Denne norske, kvantitative studien har et beskrivende tverrsnittsdesign basert på survey med hensiktsmessig utvalg. Det ble utarbeidet et spørreskjema tilpasset forsknings-spørsmålene.	Utvalget besto av sykepleiere og leger ved kirurgisk, medisinsk, intensiv- og anesthesi-avdelinger ved fire sykehus. Totalt 435 spørreskjema ble sendt ut.	Et mindretall oppga at de kartla pasientens rusmisbruk, 52 % brukte aldri smertekartleggings-verktøy, et flertall av sykepleierne følte seg manipulert av opioidavhengige pasienter og et mindretall trodde på pasientens smerteformidling. Studien konkluderer derfor med at det er behov for videre studier der en undersøker om opioidavhengige faktisk får tilstrekkelig smertelindring når de er innlagt i sykehus.

VEDLEGG 2 – Resultattabell 2

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat
Morgan, B. D. (2006) <i>"Knowing How to Play the Game: Hospitalized Substance Abusers' Strategies for Obtaining Pain Relief"</i>	Å identifisere og utforske rusmisbrukere sin erfaring med smertelindring under sykehusopphold.	Amerikansk studie der kvalitativ metode ble brukt, grounded theory, der 18 deltakere ble intervjuet. De semi-strukturerte intervjuene varte fra 30 minutter til 1,5 time.	18 deltakere, 14 menn og 4 kvinner, plukket ut ved et offentlig sykehus i en by. Utvalget var engelskspråklige, over 18 år, hadde en medisinsk tilstand som tilsa akutte og/eller kronisk smerte og hadde et dokumentert rusmisbruk.	Deltakerne av studien beskrev sin interaksjon med helsepersonell, sin opplevelse av manglende respekt fra helsepersonellet side og sin utvikling av strategier for å få smertelindring. Flere deltakere beskrev også helsepersonellets manglende kunnskap om både smertebehandling og rusavhengighet. Studien tilbyr en forklarende modell for problemet med utilstrekkelig smertebehandling, som er problematisk både for sykepleiere og pasienter.

VEDLEGG 3 – Resultattabell 3

Artikkel	Hensikt	Metode og data-innsamling	Utvalg	Resultat
Natan, M.B., Beyil, V. og Neta, O. (2009) <i>"Nurses' perception of the quality of care they provide to hospitalized drug addicts: Testing the Theory of Reasoned Action"</i>	Å undersøke hvordan sykepleieres holdninger og subjektive normer påvirker forholdet mellom tilsiktet og faktisk omsorg til rusmisbrukere, basert på helse-atferds-modellen Teorien om overveid handling.	Kvantitativ metode, korrelasjonell design, der 135 sykepleiere besvarte et spørreskjema. Studien ble utført i Israel, ved tre sentrale sykehus.	Av 200 spørreskjema ble 135 levert inn. Dette tilsier svarprosent på 86. Alle var ansatt ved medisinsk avdeling der det ofte var innlagt rusmisbrukere. 85,9 % kvinner, gjennomsnittsalder 38,6 år, gjennomsnittlig 15 års erfaring i yrket, alle var utdannet sykepleiere.	Studien viser bl.a. at sykepleierne hadde moderat negative holdninger til rusmisbrukere. Sykepleiere med stereotype oppfatninger av rusmisbrukere vurderer kvaliteten på omsorgen til rusmisbrukerne som dårligere enn til andre pasienter. De fleste sykepleierne er uenige i påstander om at rusmisbrukernes helsetilstand er selvforskyldt og ikke fortjener pleie og omsorg av høy kvalitet, men innrømmer at pasienter som misbruker rusmidler er "spesielt vanskelige pasienter". Studien konkluderer bl.a. med at det er viktig å endre sykepleieres stereotype oppfatninger av pasienter med rusmisbruk.

VEDLEGG 4 – Resultattabell 4

Artikkel	Hensikt	Metode og data-innsamling	Utvalg	Resultat
Blay, N., Glover, S., Bothe, J., Lee, S. og Lamont, F. (2012) <i>"Substance users' perspective of pain management in the acute care environment"</i>	Å utforske rusmisbrukeres perspektiver av smertebehandling i akutt-avdeling ved sykehus.	Australsk, prospektiv utforskende studie med blandet metode der det ble brukt både kvantitativ og kvalitativ tilnærming, gjennom spørreskjema.	I utgangspunktet 28 deltakere, derav én ombestemte seg før igangsetting. 22 menn med gjennomsnittsalder på 38 og 5 kvinner med gjennomsnittlig alder på 44. Rekruttert på ulike måter gjennom en periode på 15 måneder.	Studien gir innsikt i akutt smertebehandling fra rusmisbrukeres perspektiv. Pasientene uttrykte frustrasjon over forsinket administrering av medikamenter og negativ innstilling fra ansatte. Samtidig var flere fornøyde med gjennomføring av smertebehandling, til tross for at det ofte ble forordnet feil type eller dose smertestillende i forhold til opplevd smertenivå.

VEDLEGG 5 – Resultattabell 5

Artikkel	Hensikt	Metode og data-innsamling	Utvalg	Resultat
McCreaddie, M., Lyons, I., Watt, D., Ewing, E., Croft, J., Smith M., Tocher, J. (2010), <i>“Routines and rituals: a grounded theory of the pain management of drug users in acute care settings”</i>	Kartlegge oppfatninger og strategier blant rusmisbrukere og sykepleiere med hensyn til smertebehandling i akuttavdeling.	Britisk kvalitativ studie, grounded theory som omfatter konstant komparativ metode for data-innsamling og analyse. Totalt data omfattet 11 intervjuer, fem fokusgrupper og notater.	11 rusmisbrukere og fem fokusgrupper (med ialt 22 deltakere) som besto av sykepleiere + eksperter på områdene smerte og rus, samt tidligere rusmisbrukere.	Studien belyser hvilke faktorer som gjør smertebehandling av rusmisbrukere problematisk. Sykehusets organisatoriske rutiner utfordrer pasientens ritualer og vice versa. Studien understreker behovet for at sykepleiere må engasjere seg mer følelsesmessig med denne “vanskelige pasientgruppen” og foreslår hvordan problematisk interaksjon kan forebygges eller håndteres.