

BACHELOROPPGÅVE

Se meg, slik du ser andre. Hjelp meg, slik du hjelper andre.

Hvilken betydning har holdninger blant sykepleiere for smertelindring til rusavhengige pasienter innlagt i sykehus?

Av: Marita Monsen, kandidatnummer 63

What implications does the attitudes among nurses have on the pain management of hospitalized substance abusers?

Emnekode og navn:
SK 152. Bachelor Thesis

Innleveringsdato:
02.05.2014

Tal ord:
7000

Rettleiar:
Siv Iren Juklestad

Sammendrag

Tittel: Betydningen av holdninger blant sykepleiere, i møte med rusavhengige pasienter innlagt på sykehus

Problemstilling: Hvilken betydning har holdninger blant sykepleiere for smertelindring til rusavhengige pasienter innlagt i sykehus?

Formål: Oppgavens hensikt er å undersøke hvordan holdninger blant sykepleiere kan ha innvirkning på den rusavhengiges pasients smertelindring, hvilket ansvar sykepleiere har i møtet med pasienten, samt den rusavhengiges pasients egne reaksjoner knyttet opp mot dette.

Metode: Litteraturstudie som metode er laget som mal for oppgaven. Forskning og teori på området er gjennomgått og utvalgt på bakgrunn av relevans for oppgavens hensikt. Artiklene som er anvendt i oppgaven, er funnet i databasen CINAHL og Sykepleien Forskning.

Konklusjon: Litteratur viser at rusavhengige pasienter ofte kommer inn under en uheldig stigmatisering fra samfunnet. Studiene som blir anvendt i oppgaven bekrefter at en finner moraliserende holdninger, fordommer og stigmatisering også blant sykepleiere. Mange av pasientene blir underbehandlet for smerte mens de er innlagt i sykehus. Ønske om smertestillende blir ofte oppfattet som russøkende atferd. Det er ulike faktorer som spiller inn ved mangelfull smertelindring. Blant annet ser en at sykepleiers negative erfaringer med disse pasientene, mangelfull smertekartlegging og kunnskap er faktorer som kan føre til manglende smertebehandling. Som sykepleier har man et lovpålagt ansvar overfor pasientene en møter, i praksis innebærer dette at sykepleier skal anvende sykepleieprosessen i møte med den smertepåvirkede pasienten, og at sykepleier jobber kunnskapsbasert. Ved at sykepleieren tar seg tid til å bli kjent med personen bak rusen og viser omsorg uansett hva en mener om pasienten, vil dette bedre samarbeidet mellom sykepleier og pasient og gi pasient følelsen av integritet, menneskeverd og inkludering.

Abstract

Title: Implications of attitudes among nurses, in the encounter with the drug user at the hospital

Problem formulation: What implications does the attitudes among nurses have on the pain management of hospitalized substance abusers?

Aim: The purpose of this thesis is to examine how the attitudes among nurses could affect the pain management of drug addicted patients, what responsibilities nurses have when meeting patients, and drug addicted patients own reactions linked to this.

Method: Literature study is the primary method used in this thesis. Research and theory in the applicable field are reviewed and selected on the basis of relevance to the purpose of the thesis. The articles used are found in CINAHL and Sykepleien Forskning

Conclusion: Literature shows that drug addicted patients often come under an unfortunate stigma from society. The studies that are used in the thesis confirm that one finds moralizing attitudes, prejudice and stigma among nurses as well. Many of the patients are not being treated sufficiently for pain while they are hospitalized. Desires for painkillers are often perceived as addictive behavior. There are various factors that lead to inadequate pain relief. Among those, we see that the nurse's negative experiences with drug addicted patients and inadequate pain assessment and knowledge, are factors that can lead to a lack of pain management. As a nurse you have a legal responsibility to the patients you encounter, which in practice means that the nurses should apply the nursing process when facing a patient in pain, and work knowledge-based. When nurses takes the time to get to know the person behind the addiction and showing care no matter what they thinks of the patient, this will improve cooperation between nurse and patient and give the patient the feeling of integrity, dignity and inclusion.

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	1
1.1 INTRODUKSJON	1
1.2 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	1
1.3 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING	2
1.3.1 Avgrensning og presisering av valgt problemstilling	2
1.3.2 Begrepsavklaring	2
2.0 FREMGANGSMÅTE	3
2.1 HVA ER FREMGANGSMÅTE?	3
2.1.1 Litteraturstudie som fremgangsmåte.....	4
2.2 SØKE OG UTVALGSPROSESSEN.....	4
2.3 KILDEKRITIKK	4
2.4 ETISKE OVERVEIELSER.....	5
3.0 VALGT TEORI FOR Å BELYSE PROBLEMSTILLING	6
3.1 FUNN/RESULTAT FORSKNING.....	6
3.1.1 Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus.....	6
3.1.2 Knowing how to play the game: Hospitalized substance abusers' strategies for obtaining pain relief.....	7
3.1.3 Routines and rituals: a grounded theory of the pain management of drug users in acute care settings.....	7
3.2 KORT OM RUSAVHENGIGHET	8
3.3 HOLDNINGER TIL RUSAVHENGIGE	8
3.3.1 Utvikling av holdninger.....	9
3.3.2 Holdninger, funksjon og atferd	10
3.4 STIGMA	10
3.5 BEHANDLING AV SMERTER	11
3.5.1 Sykepleiers rolle i behandling av smerter	11
3.5.2 Kort om smertebehandling til opioidavhengige.....	12
4.0 DRØFTING	13
4.1 SYKEPLEIERS ANSVAR I MØTE MED DEN RUSAVHENGIGE PASIENT	13
4.2 SYKEPLEIERS PROFESJONELLE OG PERSONLIGE HOLDNINGER	13
4.3 SYKEPLEIERS MØTE MED DEN SMERTEPÅVIRKEDE PASIENT	15
4.4 UTFORDRINGER VED SMERTELINDRING	16
4.4.1 Frykten for å bli lurt	17
4.4.2 Sykepleiers kunnskap.....	18
5.0 SVAKHET OG STYRKE	19
6.0 KONKLUSJON	19
7.0 REFERANSELISTE	21

1.0 Innledning

1.1 Introduksjon

”Når vi har smerter, har vi smerter.. Akkurat som om det finnes en god grunn for oss til å ha smerter. Gi oss medisiner og la oss være i fred. Vi har smerter.. Ikke vær så slem. Vis kjærlighet til oss. Hvis det var barna deres, far eller mor, søster eller bror, ville de hatt et hjerte. Behandle oss som du ville behandlet familien din” (Sitert i en studie av Morgan, 2006).

I juni 2012 fremla Helse- og omsorgsdepartementet den første rusmeldingen på 15 år. I stortingsmelding nr. 30 legger regjeringen fram sine mål og tiltak for en helhetlig rusmiddelpolitikk. I meldingen foreslår regjeringen tiltak som skal sikre tidligere innsats og bedre samhandling mellom tjenestene, for å gi den enkelte best mulig hjelp. Regjeringen påpeker at det må arbeides for at rusavhengige blir møtt med respekt og på tross av rusproblematikk, opplever seg som en del av samfunnet (Meld. St. 30 (2011-2012), 2012).

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har valgt temaet sykepleie til rusavhengige innlagt i sykehus, fordi jeg i min praksis på sykehus har sett eksempler på nedlatende holdninger til rusavhengige. Sykepleierne på avdelingen var redd for å bli manipulert av rusavhengige pasienter, og tilsvarende funn kommer frem i studien til Li, Andenæs, Undall & Nåden (2012). En annen faktor som er avgjørende for valget av tema, er mitt møte med rusavhengige pasienter i praksis i psykisk helsearbeid. Mange av pasientene der fortalte meg at de hadde blitt behandlet med lite respekt de gangene de hadde vært innlagt på sykehus. Mange av dem fortalte også at de følte at sykepleierne hadde gjort seg opp en mening om dem, før de hadde blitt kjent. Det er viktig å påpeke at jeg ikke er noe rusliberal, men jeg ble likevel ydmyk i mitt møte med disse pasientene, og undret meg over om jeg selv hadde signalisert slike holdninger. Det var dette som gjorde at jeg fikk interesse for å fordype meg i hvordan våre holdninger kan påvirke smertelindring til rusavhengige pasienter.

1.3 Presentasjon av problemstilling

Hvilken betydning har holdninger blant sykepleiere for smertelindring til rusavhengige innlagt i sykehus?

1.3.1 Avgrensning og presisering av valgt problemstilling

Pasientgruppen er rusavhengige innlagt på sykehus med en somatisk lidelse. Begrepet rusavhengighet blir ofte brukt som en samlebetegnelse for alkohol- og narkotikaavhengighet. Denne oppgaven vil omhandle narkotikaavhengighet, men jeg har likevel valgt å bruke begrepet rusavhengighet i oppgaven. I følge SIRUS (2010) er det viktig hvordan en ordlegger seg i rusmiddelfeltet. Rusmisbruk og rusavhengighet blir ofte brukt om hverandre, til tross for at det ikke betyr det samme. Pasientgruppen i oppgaven vil være rusavhengige som primært bruker opioider, men ofte med et blandingsbruk.

I oppgaven baserer jeg rusavhengighet på problematisk bruk av narkotika (Problem Drug Use). Med dette tar jeg utgangspunkt i Europeisk overvåkingssenter for narkotika og rusmisbruk (EMCDDA) sin definisjon: "Tilbakevendende bruk av narkotika som forårsaker faktiske skader (negative konsekvenser) for personen (inkludert avhengighet, men også andre helse, psykologiske og sosiale problemer), eller bruk av narkotika som gir personen høy sannsynlighet/risiko for å få slike skader" (EMCDDA, udatert).

Jeg er bevisst på at det er mange aspekter og momenter som kan komme inn under temaet, og at rusavhengighet er et sammensatt problem. Blant annet er dobbeltdiagnoser vanlig blant rusavhengige (Biong & Ytrehus, 2012). Men for å avgrense problemstillingen og omfanget i oppgaven vil jeg ikke ta for meg psykiske lidelser relatert til rusavhengige.

1.3.2 Begrepsavklaring

I min problemstilling har jeg anvendt begrepene holdninger, smertelindring og rusavhengige/rusavhengighet. For å gi en bedre forståelse av hva oppgaven handler om, vil jeg her gi en nærmere forklaring på disse begrepene.

Bunkholdt (2012) definerer begrepet holdninger slik: "En holdning er en relativt varig måte å organisere tanker, følelser og *atferdstilbøyeligheter* på, og er knyttet til verdispørsmål om samfunnet; en etnisk gruppe eller annet" (s.188). Videre skriver forfatteren at en holdning består av tre komponenter: en tankekomponent, en følelseskomponent og en

atferdstendens eller atferdstilbøyelighet. Våre holdninger er forskjellig sammensatt med hensyn til disse tre komponentene (Bunkholdt, 2012).

Smerte er en sammensatt opplevelse, og den vanligste årsaken til at pasienter er i kontakt med helsevesenet. International Association for Study of Pain beskriver smerte på denne måten (Referert i Almås, Berntzen & Danielsen, 2011): "Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse", videre sier de at smerte alltid er subjektiv. Ordet smertelindring betyr å lindre/ta bort smertene til personen ved hjelp av datasamling, observasjon, kartlegging og vurdering av pasientens smerte, samt administrering av smertelindrende tiltak (Almås et. al, 2011).

Rusavhengighet kan settes som diagnose når følgene av rusmiddelbruk påvirker en persons livssituasjon og livsførsel på en ødeleggende måte. Verdens helseorganisasjons ICD (International Classification of Diseases) brukes i Norge, for diagnostisering av rusavhengighet. Avhengighet defineres diagnostisk når kognitive, atferdsmessige og fysiologiske fenomener utvikler seg etter gjentatt bruk av rusmidler. Vedkommende har vanligvis et sterkt ønske om å innta rusmidler, vansker med å kontrollere bruken og fortsetter med bruk til tross for skadelige konsekvenser (Meld. St. 30 (2011-2012), 2012). I tillegg er toleranseutvikling et tegn på avhengighet. Med toleranseutvikling menes at personen må øke mengden rusmidler for å oppnå samme ruseffekt (Lossius, 2011).

2.0 Fremgangsmåte

2.1 Hva er fremgangsmåte?

For å skaffe oss bedre eller ny kunnskap bruker vi ulike fremgangsmåter. Vi velger ulike fremgangsmåter etter hva vi mener er den beste måten å skaffe data og belyse spørsmålet vårt på en interessant måte. Ordet fremgangsmåte blir også definert som metode, Vilhelm Aubert definerer metode slik:

"En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder" (Sisert i Dalland, 2007, s. 83).

Vi skiller mellom kvalitativ og kvantitativ metode. Den kvantitative metoden er når forskeren skaffer seg systematisk sammenlignbar informasjon om flere undersøkelsesenheter og deretter blir opplysningene uttrykt i form av tall, og til slutt analyseres mønsteret i tallmaterialet. Den kvalitative metoden har større fokus på opplevelser og meninger, som ikke kan tallfestes eller måles (Dalland, 2007).

2.1.1 Litteraturstudie som fremgangsmåte

Et systematisk litteraturstudie går ut på å formulere et spørsmål man ønsker å finne svar på, og deretter besvare spørsmålet systematisk gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning. For å gjøre et systematisk litteraturstudie, må det finnes nok antall studier av god kvalitet om det aktuelle temaet (Forsberg & Wengstrøm, 2013). Litteraturstudie som metode er laget som mal for denne oppgaven.

2.2 Søke og utvalgsprosessen

I søkeprosessen har jeg anvendt følgende databaser: CINAHL, PubMed, Medline og SveMed. Jeg brukte databasen Svemed+ for å finne gode forslag til engelske søkeord.

For å finne artikler i databasene kan man bruke søkeord alene eller sammen. Hvis man ønsker å kombinere søkeord bruker man vanligvis funksjonen AND og OR. Funksjonen AND gir treff på BEGGE søkeordene. Funksjonen OR gir treff på artikler som inneholder ENTEN det ene ELLER det andre søkeordet. Jeg har i søkeprosessen brukt funksjonen AND og kombinert to til fire søkeord.

Søkeord jeg brukte for å finne artiklene var: Pain treatment, pain management, drug addicts, drug abuse, addicts, drug use, nurses, quality, care, substance misusers, substance abuse, attitude. Jeg valgte disse søkeordene fordi de søker å dekke problemstillingen og oppgavens rammer. Jeg valgte ut de artiklene jeg syntes virket interessante, og leste sammendragene. Jeg så etter om pasientenes perspektiver kom frem eller om studien hadde fokus på sykepleiernes perspektiver, da jeg ønsket å bruke artikler som fikk frem både pasientenes og sykepleiernes perspektiver.

2.3 Kildekritikk

Dalland (2007) skriver at kildekritikk er en metode som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Når man bruker kildemateriale, er det viktig å være i stand til å forholde seg kritisk til

det materialet man bruker i oppgaven, og kildekritikken er et hjelpemiddel til dette. Det finnes to sider ved kildekritikk. Det første handler om hjelp til å finne litteratur som best belyser problemstillingen. Den andre handler om å vurdere og gjøre rede for litteraturen man har brukt i oppgaven.

På bakgrunn av dette er litteraturen jeg anvender i oppgaven i all hovedsak primærlitteratur. Noen av bøkene er pensumlitteratur, men jeg har også valgt å supplere med annen litteratur som har relevans for problemstillingen. For å finne god litteratur har jeg søkt i Bibsys, samt fått tips om relevante bøker fra kollegaer og venner.

Ved valg av bøker har jeg i utgangspunktet ønsket å bruke de nyeste utgavene, men siden noe av litteraturen har vært utlånt, har ikke dette alltid vært mulig å gjennomføre. Bøkene som blir mest brukt i oppgaven er Vigdis Bunkholdt (2002): Psykologi, Kari Lossius (2011): Håndbok i rusbehandling, Erving Goffman (2009): Stigma og Margo McCaffery & Alexandra Beebe (1996): Smerter. Men som nevnt tidligere, suppleres det også med annen relevant litteratur.

Ved søk i databaser etter forskning som belyser problemstilling, har jeg i hovedsak vektlagt nyere forskning. En artikkel som blir anvendt i oppgaven er fra 2006 og er derfor eldre enn kravet jeg har satt, men jeg har likevel valgt å ta den med fordi den får tydelig fram pasientenes perspektiver. Artikkene er hentet fra tidsskriftene: Journal of Clinical Nursing, Pain Management Nursing og Sykepleien Forskning. Artikler som er publisert i disse tidsskriftene har gjennomgått en fagfelle vurdering (peer review). Hensikten med fagfelle vurdering er å kvalitetssikre forskningsbidrag før publikasjon, og vurdere deres aktualitet og relevans for leserne (Store norske leksikon, udatert). Selv om tidsskriftene som er nevnt over er anerkjente innen sykepleie, valgte jeg likevel å foreta en egen vurdering av artikkene ved hjelp av sjekklister fra Kunnskapscenteret (Kunnskapscenteret, 2008). Sjekklister har jeg systematisk fylt ut og basert vurderingene på de kriteriene som sjekklister krever.

2.4 Etiske overveielser

I følge Forsberg og Wengstrøm (2013) finnes det etiske retningslinjer å gå etter når man søker etter litteraturstudier. Det skal ikke forekomme fusk eller plagiater, ved at man bruker andre sitt arbeid og gjøre det til sitt eget ved å unngå og kilde og henvise. Jeg skal i denne

oppgaven bruke teori som er skrevet av andre. Jeg skal gjøre teksten om til min egen, så godt som mulig. I noen tilfeller er det vanskelig å forandre helt på det forfatteren har skrevet, det er da viktig at jeg kilder konkret og godt nok, slik at leseren forstår at det ikke er meg som har skrevet det, men en annen. Videre forteller Forsberg & Wengstrøm (2013) at det er viktig at man presenterer alle funn i forskningsartiklene, og ikke bare de av egen interesse.

3.0 Valgt teori for å belyse problemstilling

I denne delen vil jeg presentere teori og funn i forskningsartikler, som belyser følgende problemstilling: Hvilken betydning har holdninger blant sykepleiere for smertelindring til rusavhengige innlagt i sykehus?

3.1 Funn/resultat forskning

Her vil jeg presentere funnene som kommer frem i forskningsartiklene. Artiklene inngår som en del av teorien, og gir sammen med litteratur, et bredere grunnlag for drøftingen i oppgaven.

3.1.1 Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus

Av: Rita Li, Randi Andenæs, Eva Undall & Dagfinn Nåden (2009). I: Sykepleien Forskning. 03/12, s. 252-259.

Studien gikk ut på å kartlegge helsepersonellens handlinger, kunnskaper og holdninger til opioidavhengige med smerte innlagt i norske sykehus. Forskerne ønsket å få svar på i hvilken grad sentrale handlinger utførtes når opioidavhengige pasienter med smerter var innlagt i sykehus, hvordan sykepleiere og leger vurderte sin kunnskap om rusmisbruk og smerte og hvilke holdninger leger og sykepleiere hadde til opioidavhengige pasienter med smerte. Av 435 utsendte spørreskjema, ble 312 besvart.

Funnene viser at et mindretall av respondentene oppga at de kartla pasientenes rusmisbruk. Over halvparten brukte aldri smertekartleggingsverktøy. Resultatene viste et egenvurdert kunnskapsnivå på under 3,0 (fempunktsskale med 5 som høyeste verdi). Bare halvparten av respondentene ga opioidsustitusjon for å forhindre abstinenser. Over halvparten av sykepleierne var enige i påstanden om at opioidavhengighet var en sykdom.

Konklusjonen fra studien viser at helsepersonellens holdninger til en viss grad synes å trekke pasientenes troverdighet i tvil. Det presiseres også at det er behov for videre studier for å undersøke om opioidavhengige pasienter faktisk får adekvat smertebehandling når de er innlagt i sykehus.

3.1.2 Knowing how to play the game: Hospitalized substance abusers' strategies for obtaining pain relief

Av: Betty D. Morgan (2006). I: Pain Management Nursing. Vol 7, No 1, s. 31-41.

Studien er kvalitativ og metoden er grounded theory. Formålet med denne studien var å innhente teori, som kan bidra til økt kunnskap når det gjelder smertelindring til rusavhengige pasienter innlagt i sykehus, basert på deltakernes egne perspektiver. 18 personer deltok i studien (14 menn og 4 kvinner). Alle hadde et misbruk av flere enn et rusmiddel.

Modellen "Knowing how to play the game" ble opprettet av forsker. Modellens hovedpunkter omhandler pasientenes egne synspunkter, når det gjelder graden av forståelse og respekt de opplever å få fra sykepleiere de møter på sykehus. Modellen inneholder også hvordan pasientene går frem for å få lindret smertene sine og opprettholde tilstrekkelig smertelindring.

Deltakerne beskrev sitt samspill med sykepleiere, egne oppfatninger av sykepleiernes respekt eller mangel på respekt overfor dem. De beskrev også deres utvikling av strategier for å få tilstrekkelig smertelindring. Problemet med utilstrekkelig smertelindring er problematisk både for pasienter og sykepleiere, og denne modellen er ment som et verktøy til sykepleiere som jobber med smertelindring til denne pasientgruppen.

3.1.3 Routines and rituals: a grounded theory of the pain management of drug users in acute care settings

Av: May McCreaddie, Debbie Watt, Elspeth Ewing, Jeanette Croft, Marion Smith og Jennifer Tocher (2010). I: Journal of Clinical Nursing. 19, s. 2730-2740.

Hensikten med studien var å undersøke oppfatninger og strategier som ble brukt blant sykepleiere og rusavhengige pasienter i forhold til smertelindring i akutte pleiesituasjoner.

I studien ble det utført intervjuer med 11 rusavhengige pasienter, og det ble opprettet 5 fokusgrupper bestående av tidligere rusavhengige og sykepleiere. Resultatene fra

intervjuene viste at deltagerne opplevde problemer med relativisme når det gjaldt smertelindring i akutte pleiesituasjoner. Det viste også at rusavhengige pasienter hadde forventninger om omsorgsfull og empatiske pleie, og at det forelå moraliserende holdninger blant dem selv. Sykepleierne rapporterte at idealet om omsorg og gjensidigheten av omsorgen var redusert. Kompliserende faktorer ved opioid-indusert hyperlagesi var blant annet rusavhengiges individuelle følsomhet, angst og følelsen av stigmatisering. Videre funn viste at sykepleiernes og sykehusets rutiner i forhold til forebygging av abstinenssymptomer og smertelindring ikke ble prioritert tilstrekkelig, noe som førte til at den medisinske behandlingen og pasientens behandlingsforløp kunne bli negativt påvirket.

Konklusjonen fra studien viser mange utfordrende faktorer, som kan spille inn når det kommer til smertelindring i akutte pleiesituasjoner, både blant rusavhengige pasienter og sykepleiere. Det viste seg at teknologiske løsninger som urinprøver, sjekklister og kartleggingsverktøy for smerte, kurs og kompetanseutvikling ved smertelindring ikke var tilstrekkelig.

3.2 Kort om rusavhengighet

Alle mennesker kan utvikle avhengighet, men man ser ofte at barn med alvorlig angst, depresjoner, ubehandlet ADHD, spiseforstyrrelser, alvorlige traumer, relasjonsskader og tilknytningsproblemer er mer utsatt for å utvikle rusproblemer enn andre (Lossius, 2011). Utvikling av rusavhengighet er sosialt urettferdig, og barn som vokser opp under de mest problematiske hjemmeforholdene sliter ofte med tilknytning til skolen, marginale nettverk, problemer med å utvikle gode relasjoner til venner og tro på egne krefter. Når disse ungdommene eksponeres for rus, har de vanligvis en større risiko for å utvikle rusproblemer enn andre ungdommer med gode oppvekstvilkår (Lossius, 2011). Tidligere ble rusmiddelavhengige sett på som skyldige i sin egen lidelse. Denne holdningen har snudd, men en ser fortsatt at for mange henger slike ydmykende møter med helsetjenesten igjen, og at slike holdninger fortsatt finnes hos enkelte (Biong & Ytrehus, 2012).

3.3 Holdninger til rusavhengige

Lossius (2011) sier at rusavhengighet er en av våre aller største helsepolitiske utfordringer, og at rusmiddelavhengighet derfor engasjerer mennesker og på mange måter er allemannseie. De fleste har en mening om hvorfor rusavhengighet oppstår og hva de rusavhengige må gjøre for å få kontroll på problemene sine. Rusavhengige blir ofte

eksponert i media, og publikum får følge utslåtte mennesker på sin vandring etter nye rusmidler. Lossius (2011) påpeker videre at media ofte presenterer historiene i et "oss og dem"-perspektiv, slik at publikum kan glemme at det handler om "oss alle". Videre forteller Lossius at historiene publikum får ta del i har mangel på nyansering. Rusavhengige er like forskjellige som oss andre, og de fleste har et brennende håp om at det er mulig å forandre seg.

I tillegg påpeker Lossius (2011) at det er få pasientgrupper som risikerer å bli skrevet ut fra behandlingstilbudet sitt når man viser symptomene sine. Man hadde for eksempel aldri skrevet ut en suicidal pasient i det øyeblikket han forsøkte å ta livet sitt. Rusavhengige får også tilbakefall, og de kan komme til å innta rus mens de er i behandling. Inntar man rus mens man er i behandling, er sjansene stor for at man blir skrevet ut. Lossius (2011) sier videre at rusavhengige kanskje har mindre akseptable symptomer og at det er en mulighet for at vi fremdeles ser på rusrelaterte tilbakefall som mer viljestyrte enn andre tilbakefall, og at vi kanskje tenker at ruspasienter er mer løgnaktige og manipulerende enn andre mennesker.

3.3.1 Utvikling av holdninger

De første holdningene og grunnlaget for flere senere holdninger, får vi i familien. Deretter blir vi påvirket av skolen, jevnaldrende, yrkesgrupper og andre interessegrupper.

Massemedia som aviser, radio og TV kan også påvirke våre holdninger, i tillegg til de selvstendige erfaringene vi gjør. Bunkholdt (2002) mener at motiv spiller en stor rolle i holdningsdannelsen og at vi lærer noen holdninger fordi de hjelper oss med å oppnå goder. Andre holdninger har vi fordi de henger sammen med sentrale verdier, og man bekrefter sin identitet ved å uttrykke sine holdninger og verdier. Dersom man ønsker å endre bestemte holdninger man har, er det viktig å erkjenne hvorfor man har disse holdningene i utgangspunktet.

Det finnes prosesser som er viktige når vi tilegner oss holdninger: Imitering, Identifisering og Integrering. Ved integrering skjer det en sterk forankring av våre sentrale holdninger og i en del tilfeller kan vi se at bestemte typer holdninger fører i bestemte retninger. Integreerte holdninger kan ha sin opprinnelse i gruppemedlemskap og kan ha blitt dannet ved identifisering med gruppen (Bunkholdt, 2002). At bestemte holdninger fører i bestemte

handlinger ser man igjen i funn i studium. Man ser i studium at sykepleieres bestemte nedlatende holdninger til rusavhengige pasienter, fører til at mange av pasientene blir underbehandlet for smerte mens de er innlagt (Li et. al, 2012. Morgan, 2006 og McCreaddie et. al. 2010).

3.3.2 Holdninger, funksjon og atferd

Våre holdninger hjelper oss til å mestre de forskjellige oppgaver og miljøer vi står overfor. En viktig funksjon ved holdninger er tilpasning. Ved tilpasning tilegner man seg en holdning, for å få aksept i en bestemt gruppe. Man kan ha ulike holdninger til rusavhengige. Man kan for eksempel mislike dem, men ikke tørre å vise det åpent, fordi man er redd for følgene. Eller man kan like dem, men unnlate å gi uttrykk for det, fordi man er redd for å vekke oppsikt og/eller være alene om den (Bunkholdt, 2002). Når man i studiene til Morgan (2006), Li et. al. (2012) og McCreaddie et. al. (2010) ser at enkelte nedlatende holdninger går igjen hos et flertall hos sykepleiere, kan man se en sammenheng med Bunkholdt's (2002) teori om at man tilpasser seg en gruppe, for å få aksept.

En annen viktig funksjon er kunnskap og orientering. Holdninger som tjener denne funksjonen er preget av tanker, og holdningene kan endre seg, dersom man får ny informasjon om det holdningen er knyttet til (Bunkholdt, 2002). Funn i studie av Li et. al. (2012) viser at sykepleiere hadde lite kunnskap om smertebehandling til rusavhengige. Blant annet svarte under halvparten av deltagerne at de var enige i påstanden om at langvarig bruk av opioider førte til overfølsomhet for smerte, mens 45,3 prosent svarte at de ikke visste. Samtidig viser studien at 20,8 prosent av sykepleierne var enige eller nokså enige i påstanden om opioidavhengige forteller sannheten når de formidler smerte. Noe som bekrefter Bunkholdt's (2002) teori om at mangel på kunnskap, kan føre til bestemte holdninger.

3.4 Stigma

Bare ved å se på et menneske kan vi sannsynligvis være i stand til å forutsi hvilken kategori han tilhører, samt hvilke egenskaper han besitter, eller nærmere sagt han "sosiale identitet". Vi støtter oss til disse førsteinntrykkene og gjør dem om til normative forventninger. Vi vet ikke alltid at vi har stilt disse kravene, før vi tvinges til å spørre oss selv om mennesket man

står ovenfor fyller disse kravene vi ubevisst har satt (Goffman, 2009). Dersom personen ikke tilfredsstillt kravene samfunnet forventer, kan personen komme inn under stigmatisering.

Goffman (2009) skiller mellom tre typer stigma: Kroppslige feil, karaktermessige feil og slektsbetinget stigma. Karaktermessige feil kan være viljesvakhet, dominerende eller unaturlige lidenskaper, forræderske og kompromissløse overbevisninger eller uærlighet. Rusmisbruk, alkoholisme, homoseksualitet og psykisk sykdom er i følge Goffman (2009) noen av egenskapene som inngår under denne typen stigmatisering.

Personer med en stigmatisert lidelse, som for eksempel rusavhengighet, kan oppleve negativ respons både fra omgivelsene og hjelpeapparatet. Stigma kan være en medvirkende årsak til at det eksisterer fastlåste og negative holdninger i hjelpeapparatet (Biong & Ytrehus, 2012). I studien til Li et. al. (2012), Morgan (2006) og McCreaddie et. al. (2010) kommer det frem at pasientene blir møtt med negative holdninger, noe som kan sees i sammenheng med Biong & Ytrehus's teori om at stigmatisering kan være en medvirkende årsak til at det eksisterer negative holdninger i hjelpeapparatet.

3.5 Behandling av smerter

Som sykepleier bør en ha kunnskap om ulike typer smerter og hvilke behandlingsmetoder som fungerer best på de forskjellige smertene, for at pasienten skal få optimal smertelindring.

3.5.1 Sykepleiers rolle i behandling av smerter

Sykepleier spiller en stor rolle for pasientens smertelindring. Sykepleiers rolle i behandlingen av pasienter med smerte vil i følge McCaffery & Beebe, (1996) og Almås et. al (2011) være:

1. Vurdering og identifisering av problemet

Innsamling av objektive som blodtrykk, puls og respirasjon gir et bilde på pasientens fysiologiske smertereaksjoner. Men for å kartlegge pasientens smerter grundig, bruker man smertekartleggingsverktøy/vurderingsskjemaer. Ved å bruke validerte kartleggingsinstrumenter, kan man sikre at dataene en samler inn blir mer korrekte og pålitelig. For at vurderingsskjemaene skal ha noen nytteverdi, er det nødvendig at sykepleier bruker dem aktivt i smertereistreringen og i evalueringen av effekten av smertelindrende tiltak (Almås et. al, 2011).

2. Planlegging

I denne fasen planlegger sykepleieren tiltak, behandling og pleie. Her setter man opp et mål og angir de prioriteringene som både pasienten og sykepleieren skal arbeide etter (McCaffery & Beebe, 1996).

3. Tiltak

I denne fasen iverksetter sykepleier tiltakene en har kommet frem til. Dette innebærer å sørge for pleie gjennom blant annet administrering av medisiner, undervisning og veiledning til pasienten, rådgivning og stell (McCaffery & Beebe, 1996).

4. Evaluering av tiltak

I denne fasen må sykepleier sammen med pasient evaluere om tiltakene en har satt i verk fungerer eller ikke. Dette innebærer om pasientens tilstand er endret til det bedre eller verre eller om det er uforandret (McCaffery & Beebe, 1996).

Punktene ovenfor er en del av sykepleieprosessen hvor en planlegger metoder for hvordan man kan gi god sykepleie til pasienten. McCaffery & Beebe, (1996) sier at den vanskeligste og viktigste siden ved å hjelpe en pasient med smerter, er å akseptere at det bare er pasienten som kan føle smerten og at smerte alltid er subjektivt. Siden pasienten med smerter er den eneste autoriteten på om han har smerter, er det nødvendig med gjensidig tillit. Sykepleieren og legen må ha tillit til pasientens smerteopplevelse, og pasienten må stole på at legen og sykepleieren tror ham og ønsker å hjelpe ham (Almås et. al, 2011).

3.5.2 Kort om smertebehandling til opioidavhengige

Rus- eller abstinenssymptomer kan skjule sykdom, og det kan være vanskelig å utrede kliniske problemstillinger. Pasientens smerter skal derfor alltid tas alvorlig. Pasienter som er avhengig av opioider, trenger betydelig høyere doser av opioider enn personer som ikke er avhengig av opioider (Biong & Ytrehus, 2012). Den norske legeforening har utarbeidet retningslinjer for smertebehandling, med et eget kapittel om smerter hos rusmiddelbrukere. I retningslinjene kommer det blant annet frem at mange rusavhengige har økt smertesensitivitet og at hovedprinsippet i behandling av rusavhengige pasienter, er at pasienten trenger sitt basale opioiddose-behov dekket. Ofte er utgangspunktet for

dosebehovet som oftest ukjent, men Metadon 30 mg er ofte tilstrekkelig for å sikre mot alvorlige abstinensreaksjoner (Legeforeningen, 2009).

4.0 Drøfting

I denne delen vil jeg anvende nevnt teori og forskning, for å drøfte følgende problemstilling: Hvilken betydning har holdninger blant sykepleiere for smertelindring til rusavhengige innlagt i sykehus?

4.1 Sykepleiers ansvar i møte med den rusavhengige pasient

Som nevnt innledningsvis fremla Helse- og omsorgsdepartementet i Juni, den første rusmeldingen på 15 år. I St.meld. nr. 30 stadfestes det at rusavhengighet skal betraktes som et helseproblem og møtes med hjelp og respekt (Meld. St. 30 (2011-2012), 2012). Som sykepleier er man underlagt helsepersonelloven sin utøvelse av sykepleie. I pasient- og brukerrettighetsloven § 1.1, blir det slått fast at lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter. Loven skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). I tillegg har Norsk Sykepleierforbund utarbeidet yrkesetiske retningslinjer. Disse retningslinjene utdyper hvordan sykepleierens menneskesyn og grunnleggende verdier bør vernes i praksis, og gir et konkret bilde på hva vi som sykepleiere bør strekke oss etter for å sikre god praksis innenfor profesjonen. I retningslinjene skriver de blant annet: "Sykepleiefagets begrunnelse er mennesket selv og respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdiget skal prege praksis. Sykepleie skal fortsatt baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene" (NSF, 2011).

4.2 Sykepleiers profesjonelle og personlige holdninger

Morgan (2006), Li et.al. (2012) og McCreaddie et. al. (2012) viser alle til at rusavhengige er en pasientgruppe med sammensatte helsemessige utfordringer og at de har økt forekomst av psykiske og sosiale problemer. I samfunnet, og spesielt i media får rusavhengige ofte tildelt negative egenskaper. Lossius (2011) påpeker at rusavhengige ofte blir eksponert i media og at alle har en mening om hvorfor de har rusproblemer og hvordan de kan bli kvitt problemene. Fekjær holdt i 2002 et foredrag på journalistenes sommerkonferanse. I

foredraget forteller han at Dagbladet omtalte et drap i Ammerud under overskriften "Drepte i hasjrus", mens med liten skrift kom det frem at drapsmannen hadde drukket ti halvliterer med øl, og røykt en pipe hasj (Fekjær, 2002). Jeg finner det ikke vanskelig å forstå hvorfor mange har nedlatende holdninger til rusavhengige, når det stadig blir servert slike overskrifter. Det er ikke sjeldent at rusavhengige blir presentert i media, og publikum får et bilde av hvordan de rusavhengige er. De fremstilles som slitne, møkkete, med knekk i knærne og slørete blikk. Historiene media presenterer, har vanligvis et "oss-dem"-perspektiv (Lossius, 2011). Både Bunkholdt (2002) og Fekjær (2002) sier at media påvirker våre holdninger direkte og indirekte. Media blir slik jeg ser det, en viktig statsmakt som har stor innvirkning på befolkningen. Media blir en bidragsyter til hvordan folk ser på rusavhengige personer og medias portrettering av rusavhengige kan gi opphav til stigmatisering og fordommer.

Goffman (2009) påpeker at narkotikabruk er en av de karaktermessige feil som kan føre til stigmatisering. Samfunnet og enkeltpersoner plasserer den rusavhengige i en kategori og tilegner han egenskaper. På den måten tilegner man personen en tilsynelatende sosial identitet, som ikke nødvendigvis har sammenheng med personens faktiske sosiale identitet. Personer som opplever stigmatisering kan i følge Goffman (2009) respondere ved å opptre fiendtlig, med mistenksomhet, nedstemthet eller utvikle depresjon. Dette samsvarer med det jeg har opplevd i praksis, hvor jeg har fått høre av pasienter at de følte selvbildet ble dårligere når de ble stigmatisert fra samfunnet og at de mange ganger trodde på sykepleierne når de sa at de var selvforskyldt alle sine lidelser. Dette understøttes også blant annet av studien til McCreaddie et. al. (2010) hvor pasientene i tillegg til sykepleierne oppholdt en moralsk dom overfor seg selv og sin livsførsel.

Når en på bakgrunn av teori og forskning vet at de fleste rusavhengige har hatt en traumatisk oppvekst og vanskelige levekår, finner jeg det vanskelig å forstå hvordan en som sykepleier og helsepersonell kan utsette pasientene for ytterlige stigmatisering i en sårbar situasjon. Jeg finner det og vanskelig å akseptere at pasientene blir behandlet annerledes og ikke blir tatt på alvor når det gjelder smerter, til tross for at Norsk sykepleieforbund påpeker i sine yrkesetiske retningslinjer at sykepleie skal baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene (NSF, 2011). Og pasient- og brukerrettighetsloven § 1,1 påpeker at loven skal ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og

menneskeverd (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Er det ikke en menneskerettighet å bli tatt på alvor når man formidler smerter, uavhengig av hvilken bakgrunn man har? Og bør ikke enkelte holdninger legges til side, når man som sykepleier er underlagt helsepersonelloven sin utøvelse av sykepleie?

Våre personlige holdninger kan være positivt for sykepleieryrket. Bunkholdt (2012) sier at positive holdninger til omsorg og ansvar for svakstilte går igjen hos et flertall av personer som jobber i helsesektoren. Men en kan og ha personlige holdninger, som ikke samsvarer med det yrkesetiske ansvaret en har for pasientene. Dersom man møter en person på personlig plan, som man ikke går overens med, kan man velge å ikke forholde seg til denne personen. Men i vårt yrke som sykepleier kan man ikke velge å ikke forholde seg til pasienter man ikke går overens med. Jeg mener det er helt greit å ikke gå overens med alle og oppnå like godt kontakt med alle pasientene en møter, problemene oppstår derimot når sykepleier viser en negativ atferd ovenfor pasienter eller når sykepleiers personlige holdninger overstyrer de profesjonelle holdningene knyttet til yrket. Negative holdninger en har ovenfor menneskegrupper bør ikke inkluderes i den profesjonelle holdningen, da alle pasienter har rett på samme behandling.

4.3 Sykepleiers møte med den smertepåvirkede pasient

I min praksis på sykehus hadde vi en pasient som var innlagt med to infiserte sår og blodforgiftning. Pasienten var også opioidavhengig, og brukte heroin daglig. Pasienten var ofte amper, fordi han mente han ikke fikk de smertestillende han hadde rett på, og sykepleierne snakket på kontoret om hvor vanskelig denne *typen pasienter* var, og at han bare spurte om smertestillende for å oppnå rus. De sa også at de gledet seg til han skulle reise, fordi han var så amper, og at *disse pasientene* stort sett alltid var sånn. Sykepleierne oppnådde lite kontakt med pasienten, og jeg opplevde at de holdt tilbake smertestillende til pasienten, fordi de måtte "*være litt forsiktige med hva de ga til en sånn pasient*". I tillegg brukte sykepleierne aldri smertekartleggingsverktøy, for å kartlegge pasientens smerter. De brukte derimot smertekartleggingsverktøy på andre pasienter på avdelingen.

Dette er ikke uvanlig og en del kan nok kjenne seg igjen i dette. Li et. al. (2012) Morgan (2006) og McCreaddie et. al. (2010) viser til i sine studier at rusavhengige pasienter opplevde holdninger hos mange av sykepleierne som moraliserende, stigmatiserende og at de ikke trodde på smertene pasientene formidlet. En respondant sier blant annet: "Det har vært

sykepleiere på sykehus som har sagt til meg at jeg bare er ute etter gratis dop og et sted å sove.. De sier at jeg utnytter systemet og at det ikke ser ut som at jeg har så mye smerter...". En annen respondant sier: "Jeg føler fullstendig mangel på respekt. De ser på deg og viser det uttrykket. De snakker om deg, og du kan høre det. De bryr seg ikke om deg, og har ikke tid til deg, fordi du har forårsaket dette selv, som hun sa til meg". I tillegg ser en også at tidligere erfaringer har stor innvirkning på hvordan en møter pasientene. I studien til McCreddie et. al. (2010) sa en respondant at han følte sykepleieren hadde gjort seg opp en mening om ham, før hun i det hele tatt hadde blitt kjent med ham. Dette samsvarer med det jeg opplevde i praksis, da sykepleierne sa at *disse pasientene* stort sett alltid var amper.

Teorien forteller oss hvordan vi skal gå frem for å behandle personer med smerter. McCaffery og Beebe (1996) sier at det å identifisere et problem ved hjelp av smertekartleggingsverktøy er en vesentlig rolle for sykepleiere i behandling av smerter. Og legeforeningen (2009) påpeker at hovedprinsippet i behandling av rusavhengige pasienter er at pasienten trenger sitt basale opioiddose-behov dekket, for å oppnå smertelindring. I studien til Li et. al (2012) viser det seg at over halvparten av respondantene aldri anvendte smertekartleggingsverktøy og bare halvparten ga opioids substitusjon for å forhindre abstinenser, noe som også samsvarer med det jeg har opplevd i praksis. Videre viser funnene i studien til Li et. al. (2012) blant annet at over 70 % svarte at de mente opioidavhengige trengte store doser opioider for å få effekt, og under halvparten svarte at de erstattet pasientens daglige bruk av opioider. Jeg spør meg selv spørsmålet: Hvordan kan en som sykepleier si at en vet at disse pasientene trenger større doser opioider, og likevel ikke erstatte pasientens daglige bruk av opioider? En kan samtidig spørre seg selv om det er mangel på kunnskap eller negative holdninger som gjør at det er slik i praksis.

4.4 utfordringer ved smertelindring

Det kan være utfordrende å møte rusavhengige pasienter med smerter. McCaffery & Beebe (1996) påpeker at den vanskeligste og viktigste siden ved å hjelpe en pasient med smerter er å akseptere at det bare er pasienten som kan føle smerten og at smerte alltid er subjektivt. Det kan oppleves som negativt for pasienten når sykepleier ikke kan måle smerte, fordi pasienten er avhengig av å bli trodd og ikke har muligheten til å bevise smertene. Slik jeg ser det er det enda vanskeligere for rusavhengige pasienter å være innlagt med smerter, da de er utfor en uheldig stigmatisering i utgangspunktet, som setter dem i bås som

manipulerende. Jeg mener da at de har enda mindre sjanse for å bli trodd enn pasienter som ikke er rusavhengig. McCaffery & Beebe (1996) sier at målene i behandling av personer med rusavhengighet er å lindre smerten og forebygge abstinens. McCaffery & Beebe (1996) påpeker videre at sykepleier alltid skal respondere positivt når pasienten gir uttrykk for smerter, og at den profesjonelle måten å forholde seg på er å tro på pasientens formidling av smerter, eller la tvilen komme pasienten til gode. Funn i studien til Morgan (2006) viser at sykepleierne mange ganger ikke lot tvilen komme pasienten til gode, og at pasientene derfor lagde strategier for å få optimal smertelindring.

4.4.1 Frykten for å bli lurt

Når en aktiv rusmisbruker er innlagt for en smertefull tilstand kan det være vanskelig å hjelpe pasienten. Helsepersonell kan frykte at man underbygger avhengigheten ved å administrere narkotiske stoffer og at man blir lurt av misbrukeren slik at han kan skaffe seg mer narkotika (McCaffery & Beebe, 1996). Disse påstandene understrekes av studien til Li et. al. (2012), der funnene blant annet viser at over halvparten av sykepleierne svarte at de følte seg manipulert av opioidavhengige pasienter og at et mindretall på bare 20,8 prosent trodde på pasientens smerteforbidling. McCaffery & Beebe (1996) sier videre at siden smerte alltid er en subjektiv opplevelse vil det alltid kunne foreligge en frykt for å bli lurt og tvil på om pasienten snakker sant. Jeg mener likevel ikke at faren for å bli lurt rettferdiggjør å tvile på en pasient og holde tilbake smertelindring. Intuisjon gir ikke en faglig tilnærming til pasienter med smerter.

Jeg vil igjen påpeke viktigheten av sykepleieprosessen i behandlingen av smerter. For å forebygge sjansen for å bli manipulert og forhindre erfaringer som kan gi opphav til negative holdninger, bør sykepleier bruke smertekartleggingsverktøy for å registrere smerter. Verktøyet bidrar til et reelt bilde på pasientens smerter. Sykepleieprosessen går ut på å identifisere et problem ved hjelp av kartleggingsverktøy, deretter planlegge tiltak sammen med pasient, som sykepleier og pasient skal arbeide mot, videre iverksetter en tiltakene, og til slutt vurderer en om tiltakene en har satt i verk har fungert eller ikke (McCaffery & Beebe, 1996).

I fortellingen min fra praksis, ser man at sykepleierne ikke anvendte sykepleieprosessen, da de ikke brukte smertekartleggingsverktøy. På den måten fikk ikke pasienten muligheten til å gi uttrykk for sine smerter, på lik linje med de andre pasientene. Kanskje oppholdet til

pasienten hadde blitt bedre dersom sykepleierne hadde anvendt disse hjelpemidlene. Og kanskje hadde sykepleierne anvendt smertekartleggingsverktøy om deres holdninger hadde vært bedre. I studien til McCreaddie et. al. (2010) viste også funnene at kartlegging av pasientens rusbruk, smerter og forebygging av abstinenssymptomer ikke ble prioritert optimalt. Noe som igjen medførte at pasientens behandlingsforløp kunne bli negativt påvirket. Studien til Li et. al. (2012) tar opp at mangel på kunnskap er en av grunnene til at sykepleiere velger bort å bruke smertekartleggingsverktøy hos pasienter som er rusavhengig.

4.4.2 Sykepleiers kunnskap

Det er ikke bare holdninger som påvirker smertelindring til rusavhengige. Mangel på kunnskap er en viktig faktor, som er avgjørende ved smertelindring til rusavhengige pasienter. Forskning viser at sykepleiere har for lite kunnskap om denne pasientgruppen. Vi ser blant annet i studien til Li et. al. (2012) at 45,3 prosent av sykepleierne svarte 'vet ikke' på spørsmål om langvarig bruk av opioider førte til overfølsomhet for smerte, mens under halvparten (47,6 prosent) var enige i påstanden.

I følge NSF (2011) skal sykepleiere jobbe kunnskapsbasert. Med dette menes det at sykepleier skal holde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget funksjonsområde. Sykepleier skal bidra til fagutvikling og forskning, og til at ny kunnskap innarbeides og anvendes i praksis. Som sykepleier har en et forpliktende ansvar å innhente tilstrekkelig kunnskap om ulike pasientgrupper. Når en vet at rusavhengige er en pasientgruppe, med hyppige sykehusinnleggelser, er det slik jeg ser det, vår plikt å ha tilstrekkelig kunnskap for å bedre kunne hjelpe disse pasientene. De fleste sykehus har interne nettsider hvor man kan holde seg oppdatert på forskning og faglitteratur. Haukeland Universitetssykehus har for eksempel et ressurshefte som gis ut to ganger i året. Heftet heter "Lommerus" og inneholder oppdatert kunnskap innen forskning og faglitteratur innen behandling av rusavhengige innlagt på sykehus (Helse Bergen, 2010). Heftet er en ressurs i arbeidet med denne pasientgruppen.

At sykepleier tilegner seg kunnskap om rusavhengige pasienters smertefysiologi og smertelindring til denne pasientgruppen, mener jeg kan være forebyggende ved mistanke om russøkende atferd eller manipulering. Jeg mener derfor at arbeidet med å tilegne seg kunnskap er desto viktigere når det kommer til denne pasientgruppen.

5.0 Svakhhet og styrke

Ved søk i databaser, lyktes jeg ikke å finne oversiktsartikler som var relevant for problemstillingen. At oppgaven inneholder enkeltstudier, kan være en svakhhet for oppgaven, da oversiktsartikler oppsummerer kunnskapsgrunnlaget og gir en bedre oversikt over hvordan ting faktisk er. Jeg vil likevel påpeke at artiklene jeg har med får frem gode drøftingspunkt for oppgaven, og artiklene bekrefter det jeg opplevde i praksis, som jo var hovedgrunnen til at jeg ønsket å skrive om dette temaet.

En annen svakhhet kan være at artiklene er på engelsk. Artiklene er nøye gjennomgått, og samtlige har blitt lest opp til flere ganger. Men det kan likevel være at jeg har "mistet" viktige poeng underveis, på grunn av utfordrende språk.

En styrke ved oppgaven er at jeg mener selv at problemstillingen blir godt besvart i oppgaven. Jeg ønsket å finne ut om holdningene våre til rusavhengige hadde betydning for smertelindringen de fikk. I oppgaven kommer det tydelig frem at holdningene våre har stor betydning, sammen med andre faktorer, noe som blir bekreftet både i teori og funn i studier.

En annen styrke ved oppgaven er at jeg har et vidt spekter av søkeord for å finne forskning, jeg mener derfor at jeg har søkt godt og nøye, og ikke unnlatt noen vesentlige ord. Jeg har også foretatt en egen vurdering av forskningsartiklene, selv om artiklene har vært oppe til vurdering i etisk komite.

6.0 Konklusjon

Det er mange påvirkninger som er med på å forme våre tanker, følelser og atferd, noe som ofte kommer til uttrykk i våre holdninger (Bunkholdt 2002). Jeg har i oppgaven vist at rusavhengige pasienter ofte kommer inn under en uheldig stigmatisering fra samfunnet. Alle forskningsartiklene som er anvendt i oppgaven, Li et. al. (2012), McCreddie et. al. (2010) og Morgan (2006) bekrefter at det finnes moraliserende holdninger, fordommer og stigmatisering rettet mot disse pasientene. De negative holdningene sees ofte ved smertelindring. Pasientene blir ofte sett på som manipulerende og etterspørselen etter smertelindring blir ofte oppfattet som russøkende atferd. En ser at betydningen av holdninger spiller en stor rolle i smertebehandling til disse pasientene. Men det er også andre faktorer som kan ha betydning ved smertelindring til rusavhengige pasienter. Blant

annet ser vi at tidligere erfaringer, frykten for å bli lur, mangelfull smertekartlegging og sykepleieres kunnskap i forhold til rusavhengige pasienter er faktorer som har betydning i smertebehandlingen av denne pasientgruppen.

I begynnelsen av oppgaven har jeg nevnt rusmeldingen som ble lansert i 2012. Rusmeldingen har vært med på å rette fokuset på at rusavhengighet er et komplisert og sammensatt problem (Meld. St. 30 (2011-2012), 2012). Forhåpentligvis vil økt kompetanse kunne bidra til at holdninger på sikt bedres og endres blant helsepersonell, og at samfunnet kan se rusavhengige som en del av samfunnet.

Som sykepleier foreligger det et yrkesetisk og lovpålagt ansvar overfor pasienten, som omhandler at vi skal møte pasienter med respekt og fremme pasientens menneskeverd (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999) og NSF (2011). Som sykepleier må man være bevisst på at våre personlige holdninger kan påvirke pleien pasienten får. Li et. al. (2012), McCreaddie et. al. (2010) og Morgan (2006) viser til at det er behov for ytterligere forskning på dette feltet. Samtlige av dem understreker viktigheten av at sykepleier jobber kunnskapsbasert og opprettholder de yrkesetiske retningslinjene i sin utøvelse av sykepleie. "Sykepleierens fundamentale plikt er å vise omsorg for mennesker som lider, uansett hva årsaken til lidelsen måtte være.." – står det i NSF's retningslinjer. Hvis sykepleieren tar seg tid til å bli kjent med personen bak rusen og viser omsorg uansett hva en mener om pasienten, vil dette bedre samarbeidet mellom sykepleier og pasient og gi pasient følelsen av integritet, menneskeverd og inkludering. For samfunnet handler tross alt om "oss alle", ikke "oss og dem".

7.0 Referanseliste

- Almås, H. Berntzen, H. & Danielsen, A. (2011). *Sykepleie ved smerter*. D.G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Biong, S. & Ytrehus, S. (2012). *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. Oslo: Akribe
- Bunkholdt, V. (2002). *Psykologi: En innføring for helse- og sosialarbeidere* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Den Norske Legeforening (2009). *Retningslinjer for smertelindring*. Hentet 14 april 2014. Fra <http://legeforeningen.no/pagefiles/42355/retningslinjer%20smertebehandling%20dnlf.pdf>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (udatert). *High-risk drug use key epidemiological indicator*. Hentet 25 mars 2014. Fra <http://www.emcdda.europa.eu/activities/hrdu>
- Fekjær, H.O (2002). *Media og rusmidler*. Hentet 15 april 2014. Fra <http://www.fekjaer.org/media.htm>
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur & Kultur
- Goffman, E. (2009). *Stigma: Om afvigerens sociale identitet*. Danmark: Samfundslitteratur
- Helse Bergen (2010). *Viktig lommerus*. Hentet 22. April 2014. Fra <http://www.helse-bergen.no/aktuelt/nyheter/Sider/viktig-lommerus.aspx>
- Kunnskapssenteret (2008). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler*. Hentet 29 mars 2014. Fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktøy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskingsartikler>

- Li, R., Andenæs, R., Undall, E. & Nåden, D. (2012). Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus. *Sykepleien Forskning*, 7(3), 252-260. doi: 10.4220/sykepleienf.2012.0131
- Lossius, K. (2011). *Håndbok i rusbehandling: Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. Oslo: Gyldendal akademisk
- McCreaddie, M., Imogen, L., 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, 2730-2740. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03284.x
- Meld. St. 30 (2011-2012). (2012). *Se meg!: En helhetlig rusmiddelpolitikk, alkohol – narkotika – doping*. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2011-2012/meld-st-30-20112012.html?id=686014>
- 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.
- Norsk sykepleierforbund (2008). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 7 april 2014. Fra https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. Hentet fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Sirus (2013). *The drug situation in Norway 2013*. Hentet 25 mars 2014. Fra http://www.sirus.no/filestore/Import_vedlegg/Vedlegg_publicasjon/drugsit_norway13.pdf
- Store norske leksikon (udatert). *Fagfelle vurdering*. Hentet 25 mars 2014. Fra <http://snl.no/fagfelle vurdering>