

BACHELOROPPGAVE

Hvordan kan sykepleiere sine holdninger være til hinder for god smertebehandling?

Av

Kandidatnummer 44 - Henrik Hauge Hove

How can nurses' attitude be a challenge for correct pain treatment?

Bachelor Sykepleie heltid

SK152

November 2016

6613 ord 19 sider

Veiledet av Runar Tengel Hovland

Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)

Jeg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane tillatelse til å publisere oppgaven (Skriv inn tittel) i Brage hvis karakteren A eller B er oppnådd.

Jeg garanterer at jeg er opphavsperson til oppgaven, sammen med eventuelle medforfattere. Opphavsrettslig beskyttet materiale er brukt med skriftlig tillatelse.

Jeg garanterer at oppgaven ikke inneholder materiale som kan stride mot gjeldende norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og navn og sett kryss:

Kandidatnummer 44, Henrik Hauge Hove

JA NEI

Sammendrag

Tittel

«Hvordan kan sykepleier sine holdninger være til hinder for god smertebehandling?»

Bakgrunn for valg av tema

Etter å vært i praksis ved medisinsk og kirurgisk avdeling ved et sykehus opplevde jeg vanskeligheter rundt å smertelindre rusmisbrukere. Jeg opplevde en stor forskjell på hva vi hadde lært teoretisk i forhold til hva som ble utøvd i praksis. Denne forskjellen er grunnen til valget av tema.

Problemstilling

«Hvordan kan sykepleier sine holdninger være til hinder for god smertebehandling?»

Fremgangsmåte

Dette er en litteraturstudie, hvor jeg har brukt faglitteratur, pensumlitteratur, fagartikler, retningslinjer, lover og forskning til å besvare min problemstilling. Jeg fant frem til forskning ved å søke i ulike databaser. Jeg har benyttet meg av 6 vitenskapelige forskningsartikler, 4 kvantitative forskningsartikler og 2 oversiktsartikler.

Oppsummering

Det er mange faktorer som spiller inn på god smertebehandling, og hos denne pasientgruppen kan det være flere. Det viser seg fra forskningen at rusmisbrukere i flere tilfeller ikke får optimal smertelindring ved innleggelse. Forskningen peker på at det kan være en kombinasjon av dårlige holdninger, og manglende informasjon og opplæring som årsak. Det kan også tyde at manglende etisk refleksjon hos sykepleiere, vil påvirke smertebehandlingen. Retningslinjer på hvordan en rusmisbruker med smerter skal behandles i helsevesenet er utformet. Retningslinjene blir ifølge forskningen ikke brukt i like stor grad som ønskelig.

I teorien og drøftingen presenterer jeg en del informasjon om hvordan smerter, smertebehandling, holdninger og etiske prinsipper kan påvirke situasjonen. Smertebehandlingen til rusmisbrukere er et komplisert problem, med mange påvirkende faktorer. Det kan lett forstås hvorfor dette blir et problem som ikke er enkelt å løse.

***“We were all humans until
race disconnected us,
religion separated us,
politics divided us and
wealth classified us.”***

- *Unknown author*

Innholdsfortegnelse

1.0	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg	1
1.2	Problemstilling.....	1
1.3	Avgrensning.....	2
1.4	Formålet med oppgaven	2
1.5	Begrepsavklaring	2
1.6	Disposisjon.....	2
2.0	Metode	3
2.1	Vurdering av metode.....	3
2.2	Søkeprosessen.....	3
2.2	Valg av litteratur	4
2.3	Kildekritikk.....	4
2.4	Vurdering av forskning og faglitteratur.....	5
3.0	Teori.....	6
3.1	Smerter & Behandling	6
3.1.1	Smerter	6
3.1.2	Smertebehandling	6
3.1.3	Avhengighet.....	7
3.1.4	Retningslinjer for god smertebehandling til rusmisbrukere	7
3.2	Holdninger, handlinger og etikken bak	8
3.3	Lover og føringer	8
3.3.1	Yrkesetiske retningslinjer	8
3.3.3	Loven	9
3.4	Presentasjon av forskning	9
3.4.1	Acute Pain Management for Patients Receiving Maintenance Methadone or Buprenorphine Therapy	9

3.4.2	Health care professionals knowledge and attitudes regarding substance use and substance users.	9
3.4.3	Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus.....	10
3.4.4	Sykepleieres kompetanse om smerte og smertelindring hos pasienter med opioidavhengig rusmisbruk	10
3.4.5	Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne	11
3.4.6	The Role of Physician and Nurse Attitudes in the Health Care of Injecting Drug Users.....	11
4.0	Drøfting.....	12
4.1	Presentasjon av drøftingstema	12
4.2	Drøftingen	12
4.2.1	Min opplevelse	12
4.2.2	Frykten for å feile?.....	13
4.2.3	Bruk eller misbruk?.....	14
4.2.4	Handlingene og holdningene	14
4.2.5	Hva sier etikken	16
4.2.6	Veien videre.....	16
5.0	Avslutning.....	18
	Bibliografi	19

1.0 Innledning

I dette kapitlet gjør jeg rede for mitt valg av tema, videre presenterer jeg problemstillingen min. Jeg inkluderer avgrensning av oppgaven og dens formål. Sentrale begreper som tas i bruk i oppgaven defineres også i dette kapitlet, før en disposisjon til slutt.

1.1 Bakgrunn for valg

I Norge anslås det at mellom 10 til 15% av befolkningen kommer til å ha en rusavhengighet i løpet av livet. Mange av de vil ha behov for helsehjelp, for å håndtere problem rundt avhengigheten eller komme seg ut av den (Skurtveit, Nesvåg, Handal, & Evje, 2016).

Som sykepleier skal man følge mange prinsipper. Ikke skade-prinsippet forteller sykepleiere om viktigheten med mineralisering av smerter og ubehag (Nortvedt, 2014, s. 96). Sykepleierne har en fundamental plikt i å lindre lidelse, fremme helse og forebygge sykdom (Norsk sykepleieforbund, 2011). Gjennom rettferdighetsprinsippet kommer det frem at alle pasienter har en lik rett til omsorg. Omsorgen er avhengig av vedkommende pleiebehov og medisinske behov, og skal gis uavhengig av pasientens sosiale status og andre helsedeterminanter (Nortvedt, 2014, s. 98).

Gjennom min praksis har jeg opplevd at rusmisbrukere ikke alltid får tilstrekkelig smertebehandling. Jeg har opplevd at pasienter kan ligge med sterke smerter, men at personalet holder tilbake på smertestillende medikament. «Han får vente til i morgen, og ta det opp med legen» er en kommentar jeg har hørt flere ganger på en ortopedisk avdeling.

Jeg opplevde at en persons rusmisbruk registreres i journalsystemet, og det ble et stort fokus på pasients rusmisbruk i rapportsituasjoner. Da jeg skulle i kontakt med pasientgruppen, fikk jeg høre i rapporten at «pasienten bare tenker på rus», «vedkommende manipulerer» og at jeg skulle «passe meg for slike typer». De opplevelsene fikk meg til å stille meg selv spørsmålet, er det virkelig slik rusmisbrukere skal behandles ved ett sykehus i Norge?

1.2 Problemstilling

Jeg har valgt å formulere problemstillingen min ut i fra egen erfaring, og fra de situasjonene jeg opplevde i praksis. Det jeg hadde lært i fra teorien om smertebehandling stemte ikke overens med det jeg opplevde i praksis. Problemstillingen har jeg derfor valgt å formulere som:

«Hvordan kan sykepleier sine holdninger være til hinder for god smertebehandling?»

1.3 Avgrensning

For å få avgrenset oppgaven opp mot pasientgruppen vil jeg fokusere på opioidmisbrukere. De skal være i en alder mellom 18 og 60 år, med kjent opioidavhengighet. De skal være innlagt på en somatisk avdeling i Norge, med symptom som gir sterke smerter. Jeg vil også fokusere på sykepleier sin rolle i smertebehandlingen.

1.4 Formålet med oppgaven

Det jeg vil med denne oppgaven er å se nærmere på hva som er god smertebehandling for denne pasientgruppen. Jeg vil også undersøke om jeg står alene med mine observasjoner. Jeg vil prøve å besvare hvorfor denne pasientgruppen ikke alltid får den behandlingen de har krav på.

1.5 Begrepsavklaring

Jeg ønsker å avklare noen sentrale begrep i forhold til problemstillingen. Disse begrepene blir brukt videre i oppgaven, og en avklaring vil gjøre at oppgaven lettere kan forstås av leser og den kan leses uavbrutt.

Rusmisbruker – En person som bruker ulike kjemiske stoffer for å oppnå en rusvirkning, eller for å få problem på avstand (Dansk Lægemiddel Information & Felleskatalogen).

Smerter – Sensorisk ubehag på grunn av fysisk eller kjemisk vevsskade (Høgh, 2015, s. 19)

Holdninger – Ett vedvarende beredskap til å reagere positivt eller negativt ovenfor spesielle objekter, ideer og verdier (Teigen, 2012).

Smertebehandling – Ett regime for å fjerne ubehag grunna i fysisk eller kjemisk vevsskade (Jensen, 2015, s. 235).

1.6 Disposisjon

Opgaven er videre delt inn i fire kapitler. I kapittel to skal jeg presentere metoden jeg har valgt for å finne aktuell teori i forhold til problemstillingen. I Kapittel tre skal jeg presentere faglitteratur og forskningen jeg har funnet. Kapittel fire omhandler drøftingstema og åpner for en diskusjon rundt problemstillingen. I kapittel fem har jeg en liten konklusjon og avslutning på oppgaven.

2.0 Metode

Jeg har valgt å utføre en litteraturstudie fordi det bygger på allerede kjent kunnskap, som dermed kan utvide vår kunnskap (Dalland, 2007). I en litteraturstudie skal man søke opp, lese og sammenligne faglitteratur og forskning som er relevant i forhold til problemstillingen (Dalland, 2007). Dette kapittelet omhandler hvordan jeg har gått fram for å gjennomføre litteratursøket og hvordan jeg har brukt forskningen jeg har funnet.

2.1 Vurdering av metode

Om litteraturstudie har vært den beste metoden for å løse problemstillingen kan diskuteres. Styrker ved en litteraturstudie er at man kan finne en sammenheng mellom tidligere forskning og litteratur. En må deretter vurdere teorien man har jobbet seg frem til og trekke en konklusjon fra teorigrunnet (Dalland, 2007, s. 64). Det å bruke andre sin forskning medfører visse svakheter. Man må tolke forskningen og informasjonen de har funnet frem og det kan oppstå feil. Hvordan informasjonen er funnet frem er ikke alltid like tilgjengelig, og det kan være vanskelig å bedømme om informasjonen er funnet frem på best mulig måte (Dalland, 2007, s. 66). I en litteraturstudie får man heller ikke mulighet til å snakke med intervjuobjekter o.l., for slik å lage seg et større bilde og dermed bedømme slike problem selvstendig. (Dalland, 2007, s. 67).

2.2 Søkeprosessen

Litteratursøk kan være en tidkrevende prosess, og det er viktig å søke etter de riktige termene. Det er ikke tilstrekkelig å ha riktige søkeord, man må også kombinere søkeordene i riktige databaser for å få gode treff med relevant informasjon (Dalland, 2007, s. 80). For å finne faglitteratur som kunne hjelpe meg å belyse min problemstilling valgte jeg å bruke høgskolens bibliotek. Høgskolen har et godt faglig bibliotek med teori om smerter og etikk.

For å finne forskning på internett brukte jeg ulike databaser. Databasene ble jeg opplyst om gjennom høgskolen. For å finne gode søkeord på engelsk brukte jeg svemed+. Jeg søkte på ordene «smertebehandling», «rusmisbruk», «smerte», «innlagt». I disse søkene fikk jeg opp flere artikler med Mesh-termer som «drug users», «pain management», «illicit drug users» og «addict» som hjalp meg å søke videre på engelsk. For å finne forskning på norsk brukte jeg databasene oria.no, sykepleien.no, og svemed+ .Jeg brukte svemed+, pubmed/medline, cochrane.lib, academic search elite og cinchal.com for å søke i engelske databaser etter forskning og retningslinjer.

Jeg begynte med å søke med en eller to av søkeordene for å se om databasen inneholdt noe relevant til søket. Hvis jeg så en artikkel av interesse, på dette første søket, leste jeg summary av artikkelen og lagret den til senere. Dersom jeg ikke fant noe relevant, men mange treff på mitt søkeord jobbet jeg meg innover, og la til norske søkeord og/eller engelske. Når jeg nådde tre-fire søkeord hadde jeg gjennomsnittlig 20 resultat, og leste over tittel og summary på disse. Jeg hadde et søkeord «ortopedisk» eller «orthopedics», men når jeg brukte dette søkeordet, i kombinasjon med mine andre søkeord, fant jeg ingen artikler i noen av databasene. Jeg bygde opp en søkestreng av mesh-termene og søkeordene, der ord med samme betydning ble samlet med «OR» og de ulike ordene skilt med «AND». Slik jobbet jeg meg innover i databasene til resultatlisten var liten og relevant.

På denne måten fant jeg de fleste artiklene. I svemed+ fant jeg to artikler: «Sykepleieres kompetanse om smerte og smertelindring hos pasienter med opioidavhengig rusmisbruk» (Krokmyrdal, 2010) og “Health care professionals’ knowledge and attitudes regarding substance use and substance users” (Kelleher, S, 2007). Gjennom sykepleien.no sin søkemotor fant jeg to artikler, “Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus» (Li, Undall, Andenæs, & Nåden, 2012) og «Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne» (Granheim, Raaum, Cristophersen, & Dihle, 2015). I academic search elite fant jeg «The role of physician and nurse attitudes in health care of injecting drug users» (Brener, Hippel, Kippax, & Preacher, 2010). Resultatet er seks forskningsartikler som jeg har brukt i oppgaven. Gjennom tilfeldige googlesøk og graving i mesh-termer fant jeg frem til en artikkel «Acute pain management for patients receiving maintenance methadone or buprenorphine therapy» (Alford, Compton, & Samet, 2006).

2.2 Valg av litteratur

Jeg endte opp med å finne frem til ulik pensumlitteratur, faglitteratur, fagartikler, vitenskapelige forskningsartikler og fagartikler. Jeg har brukt mye primærlitteratur og litt sekundærlitteratur. I de seks forskningsartiklene jeg har valgt er det fire enkeltstudier og to oversiktsartikler. De fire enkeltstudiene jeg har funnet er alle kvantitative. De har alle benyttet seg av spørreskjemaer rettet mot både helsepersonell og rusmisbruker for å besvare spørsmålet de stiller seg i sin forskning. I oversiktsartiklene har de brukt rusmisbrukere sin opplevelse opp mot det kvantitative forskningen. De sammenligner tidligere forskning, teori og observasjoner fra praksis.

2.3 Kildekritikk

Jeg har gjort en vurdering av relevansen og troverdigheten til litteraturen jeg har brukt for å belyse min problemstilling.

Da jeg vurderte forskningsartiklene jeg benyttet meg av, brukte jeg sjekklister for kritisk vurdering av forskning. Sjekklister har jeg funnet på kunnskapssenteret sine nettsider (Kunnskapssenteret, 2014). Jeg brukte sjekklister for å understreke at forskningen jeg har brukt i min oppgave er god, og ikke minst, troverdig. De forskningsartiklene jeg har valgt har blitt valgt ut fra relevans i forhold til min problemstilling og det at de presenterer funnene sine på en god måte. Å gjennomgå en sjekklister for troverdighet og kvalitetssikkerhet ble en god måte å sikre artiklene sine funn på. I alle enkeltstudiene jeg har funnet er det et eget kapittel som inneholder egenkritikk av studien. Dette viser til at forfatteren ser sine egne styrker og svakheter. Styrker jeg har funnet i studien er at funnene peker i samme retning, det er studier fra flere land med samme verdigrunnlag som i Norge, studiene er uavhengige og artiklene er fra nyere tid. I et annet perspektiv kan noen av styrkene ses som svakheter. Ansvarsområder for sykepleiere og holdninger kan variere i de forskjellige landene. Dette har jeg vært klar over når jeg har valgt artikler og jeg har måtte lese om det har påvirket artikkelen. Forskningen jeg har funnet varierer i alder, den strekker seg fra 2006/2007 frem til 2015.

2.4 Vurdering av forskning og faglitteratur

En styrke med studiene jeg har funnet, er at de er gjort i Norge, USA, Australia, Storbritannia og Frankrike. Dette gjør at studiene dekker flere deler av verden og ikke bare holder seg til ett eller to land. På den andre siden kan det være forskjeller når det gjelder blant landene. Det kan være forskjellige ansvarsområder, retningslinjer, kultur, arbeidsområde mellom de forskjellige landene. Dette har jeg vært klar over når jeg har benyttet meg av disse artiklene. De fleste av artiklene mine er fra nyere tid som gjør at de ikke står i fare for å være foreldet. De eldste jeg har er fra 2006 og 2007, som gjør at de kanskje befinner seg i grenseland fra å være 'ny forskning'. Dette er noe jeg har tatt i betraktning når jeg leste de eldste artiklene, og syntes de likevel var relevante nok til å inkluderes i min oppgave. Når jeg skulle søke etter faglitteratur som var relevant for min problemstilling, fant jeg ut at det var vanskelig å finne. Jeg brukte bøker om rusmisbruk, smerter, holdninger, etikk og lignende. Dette kan være en svakhet siden faglitteraturen ikke alltid var direkte knyttet opp til min problemstilling. Litteraturen jeg har benyttet hadde likevel relevant informasjon i egne kapitler for å belyse problemstillingen.

3.0 Teori

I dette kapittelet skal vi se hva faglitteraturen kan lære oss, for å kunne besvare problemstillingen. Deretter vil jeg presentere forskningen jeg har funnet. Dette teorigrunnlaget skal vi ta med oss videre til kapittel 4. for å drøfte problemstillingen.

3.1 Smerter & Behandling

Dette del-kapittelet omhandler hva som skjer med kroppen ved smerter, og hvordan man kan behandle dette på en god måte.

3.1.1 Smerter

Smerter blir definert som en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse. Smerter er forbundet med aktuell eller potensiell vevsskade, men kan også være knyttet til fysiologiske forandringer som følge av vevsskaden (Høgh, 2015, s. 19). Smerter kan ses på som en funksjon av tre faktorer; psykisk, sosialt og fysisk. Den totale opplevelsen av smerte påvirkes av en kombinasjon av disse tre faktorene. Dermed får man en personlig og individuell opplevelse av smerte (Jensen, 2015, ss. 45-46). I denne oppgaven er det fysisk smerte som er i fokus. Den fysiske smerten er i all hovedsak vev og nerveskader i kroppen. Fysisk smerte har som hensikt å fremme overlevelse for individet. Smerten hemmer bevegelse i skadet sted, og dette fremmer tilheling (Jensen, 2015, s. 47).

Smertens karakter avgjør smertebehandlingen til fysiske smerter. For å avdekke smertens omfang må den kartlegges. I Norge bruker vi Visual Analog Scale (VAS) eller noe tilsvarende for å kartlegge smerte (Pickering, 2015, s. 141). I dette systemet skal pasienten selv vurdere smerten i en skala fra 1 til 10, hvor 1 er smertefri og 10 er uutholdelige smerter. Dette kartleggingsverktøyet er mye brukt, lett å visualisere og bruke for både pasient og behandler (Pickering, 2015, s. 146).

3.1.2 Smertebehandling

For å behandle sterke smerter er det ofte nødvendig med smertestillende medikamenter, og jeg vil fokusere på dette feltet av smertebehandling. Medikamentene kan deles inn i flere grupper, og er ofte satt inn i en «smertetrapp». Smertetrappen er et trappesystem; Behandling starter på trinn 1 og beveger seg oppover til smertelindring er oppnådd (Slørdal & Rygnestad, 2013, ss. 346-347). Smertelindrende medikament plasseres i de ulike trinnene og øker i styrke ettersom man beveger seg oppover i trappen. Medikamentene i smertetrappen har egne retningslinjer som også skal opprettholdes (Slørdal & Rygnestad, 2013, s. 341). På toppen av smertetrappen behandles man med opioid-preparat, som blir regnet som en av de sterkeste smertestillende preparatene som er tilgjengelig (Slørdal & Rygnestad, 2013, ss. 346-347).

Opiater er en samlet betegnelse for legemiddel fra opiumvalmuen, og de syntetiske preparat med samme egenskaper. Opiater er i mange situasjoner første valg av smertestillende for å få tilfredsstillende smertebehandling. Det kan skje en utvikling av toleranse med gjentatt og langvarig bruk av opiat. Opioidforbruk kan føre til en slitasje på reseptorene som opioid knytter seg til, og denne slitasjen kaller vi toleranse (Jensen, 2015, s. 247). Den smertestillende effekten avtar gravis og det kan bli nødvendig med øke i dose på grunn av toleransen (Slørddal & Rygnestad, 2013, ss. 346-347).

Hos en rusmisbruker blir sedasjon og eufori effekten av opiatet viktig. Rusmisbrukere kan bruke opiat for å oppnå en rus. Det er denne rusbruken som kan skape en toleranse hos rusmisbrukere. Den smertestillende effekten til opiat har ikke alltid like god effekt på den opioidavhengige (Jensen, 2015, s. 247).

Toleransen spiller en viktig rolle når rusmisbrukere kommer inn på et sykehus. Våre sterkeste opiat som kan smertelindre sterke smerter hos pasienter, er ikke alltid tilstrekkelig for rusmisbrukere. Det kan derfor være nødvendig å gi en høyere dose, hvis indikasjonen for denne dosen er til stede. Denne dosen blir ofte så stor at opiatet får en euforisk og sederende effekt (Jensen, 2015, s. 247).

3.1.3 Avhengighet

Avhengighet kan deles inn i to former. Man kan få en fysisk avhengighet, som innebærer en kroppslig avhengighet til substansen, som gir abstinenser ved opphør. I tillegg er man utsatt for å utvikle en psykologisk avhengighet, dette er når brukeren har tilvent seg substansen og individet har sterke ønsker og behov for den (Jensen, 2015, s. 248). Opioidavhengighet er en kombinasjon av begge, da opioid fører til både fysisk og psykisk avhengighet (Jensen, 2015, ss. 248-249). Pasientgruppen vår i problemstillingen har da både en fysisk og psykisk avhengighet mot de substansene som blir brukt til å smertestille ved et sykehus.

3.1.4 Retningslinjer for god smertebehandling til rusmisbrukere

I Norge i dag regnes rusmisbruk som ett samfunnsproblem (Schøitz, 2012). Soma-gruppen, har i regi av Oslo universitetssykehus laget en klar behandlingsplan med et smertebehandlingsregime for opioid rusmisbrukere. Denne behandlingsplanen har faste døgndoser, eventuelle medikamenter, informasjon om bruk og vanlig virkning (Soma-gruppen, 2006). Retningslinjene inneholder også informasjon om anbefalte tiltak ved problem. Denne planen er utviklet i hovedsak for behandlende lege, men informasjonen den inneholder om virkning, eventuell medisin og bivirkninger kan brukes av sykepleiere (Soma-gruppen, 2006). Denne informasjonen gir helsepersonell et godt innblikk i en god behandling av pasientgruppen. Behandlingsplanen har som formål å unngå abstinenser, lindre plager, gi adekvat smertebehandling og fullføre behandlingen (Soma-gruppen, 2006). Sykepleiere sin

rolle i denne behandlingsplanen er å gi faste medikamenter og eventuelle medikament, ved riktig indikasjon.

3.2 Holdninger, handlinger og etikken bak

Holdninger er noe vi alle har, vi tar det med oss gjennom oppveksten. Holdningene har en forankring i tidligere erfaring og opplevelser. Disse holdningene blir altså formet ut fra miljøet rundt oss (Nortvedt, 2014, s. 58)

I sykepleiens etikkhistorie har det alltid vært fremhevet at sykepleiere skal ha gode holdninger til pasienten. Det blir sett på som fundamentalt for å utøve god sykepleie (Nortvedt, 2014, s. 58). I dydsetikken legges det vekt på hvilke intensjoner og holdninger som preger en handling, dette regnes som viktigere enn handlingen selv (Nortvedt, 2014, s. 60). For å handle godt å gi mest mulig av det gode må man vektlegge holdninger og sinnelag. Sinnelaget og de holdningene man utøver handlinger med, kan ha mye å si for om en handling er etisk riktig (Nortvedt, 2014, s. 65).

Normer og erfaringer er med på å styre handlinger. Samtidig har ett individs holdninger mye å si da holdningene i stor grad påvirker utførelse av oppgaver (Myers, 2010, s. 128). Sosial psykologien viser til at ett ytre press på hvordan en oppgave skal gjennomføres, kan være med på å minske en holdning sin innvirkning på handlingen (Myers, 2010, s. 129).

Sykepleiere har ett sterkt moralsk ansvar for de sårbare i samfunnet, der i blant personer med rusproblematikk (Nortvedt, 2014, s. 55). Sykepleier skal også hjelpe med helseproblem uavhengig av pasientens oppførsel og oppfatninger (Nortvedt, 2014, s. 54). Dette går igjen i rettferdighetsprinsippet som er blitt et sentralt prinsipp i nåtidens helsevesen. Lik behandling uansett bakgrunn står sentralt i utførelsen av sykepleie og går igjen i de yrkesetiske retningslinjene (Nortvedt, 2014, s. 98).

3.3 Lover og føringer

I dette delkapittelet skal vi se på hvilke lover og øvre føringer som kan være aktuelle for problemstillingen og hva de kan fortelle oss om hvordan helsepersonell er pliktig til å handle.

3.3.1 Yrkesetiske retningslinjer

Sykepleie skal bygges på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap (Norsk sykepleieforbund, 2011). Ifølge yrkesetiske retningslinjer er alle som utøver sykepleie pliktige til å jobbe ut fra dette prinsippet. Det åpner for at erfaring skal være en veiledende faktor, mens forskning og nyere kunnskap også skal være viktige i utøvelse av faget (Norsk sykepleieforbund, 2011).

3.3.3 Loven

I Kapittel 2, § 4 i helsepersonelloven står det at helsepersonell skal jobbe med faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp (helsepersonelloven, 2001). Sykepleieren er lovpålagt å handle ut fra faglig forsvarlighet og med omsorg.

I narkotikaforskriften §5 er rusmisbrukere definert som kriminelle (Narkotikaforskriften, 2013). Har et individ et konsum av opiater, uansett form vil de etter denne loven være kriminelle. For rusmisbrukeren betyr dette at ved å bruke opiater har de allerede fått et stempel som kriminell av samfunnet.

3.4 Presentasjon av forskning

Den forskningen jeg har funnet, viser at helsepersonell sine holdninger setter pasienten sine intensjoner i tvil (Kelleher, S, 2007). Det viser seg også at sykepleiere synes det er vanskelig å gi smertestillende til denne pasientgruppen (Li, Undall, Andenæs, & Nåden, 2012). Det generelle inntrykket viser også at det kan være kunnskapsmangel hos helsepersonell som jobber med å smertelindre rusmisbrukere (Kelleher, S, 2007). Dette problemet går igjen i forskningsartiklene til (Kelleher, S, 2007), (Krokmyrdal, 2010) og (Li, Undall, Andenæs, & Nåden, 2012). (Krokmyrdal, 2010) sin forskningsartikkel tar også for seg at smertekartlegging som verktøy ikke blir brukt tilstrekkelig mot denne pasientgruppen. De fleste forskningsartiklene vil ikke stille noen fast konklusjon og sier selv at dette problemet burde forskes videre på.

3.4.1 Acute Pain Management for Patients Receiving Maintenance Methadone or Buprenorphine Therapy

En oversiktsartikkel av Alford et. Al (2006) (Alford, Compton, & Samet, 2006). Artikkelen tar for seg akutt smertelindring for rusmisbrukere som gjennomgår legemiddel assistert rehabilitering.

Artikkelen viser at opioidavhengigheten utløser ulike faktorer som påvirker smerteopplevelsen. Samtidig kompliseres bestemmelse av adekvat smertelindring. Det kommer frem at høye hyppige doser analgetika vil være nødvendig for å oppnå smertelindrende effekt. Artikkelen indikerer også at uavbrutt LAR-behandling og god smertelindring vil være med på å sikre en vellykket behandling av smerter hos pasienten, da dette vil være betryggende for vedkommende.

3.4.2 Health care professionals knowledge and attitudes regarding substance use and substance users.

En litteraturstudie av Kelleher (2007). Hensikten med den empiriske studien var å kartlegge helsepersonells kompetanse innenfor rusmisbrukere og rusmisbruk. Litteraturstudiet indikerer at

kunnskapsnivået hos helsepersonell i forhold til rusmisbrukere og rusmisbruk, kan påvirke behandlingen gitt til denne pasientgruppen negativt.

3.4.3 Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus

Forskningsartikkel skrevet av Li et. Al (2012). Artikkelen ønsker å kartlegge helsepersonellens holdninger, handlinger og kunnskap i forhold til opioidavhengige innlagt med smerter på sykehus. Forskningsartikkelen har tatt i bruk en kvantitativ studie.

I studiet kom det frem at mange helsepersonell tviler på rusmisbrukere sine intensjoner. Ett mindretall av deltakerne (38%) oppgav kartlegging av pasientens rusmisbruk. Samtidig svarte omtrent halvparten (47%) at de, for å forhindre abstinenser, gav opioidsustitusjon. Om lag 52% oppgav at de ikke benytter seg av smertekartleggingsverktøy blant denne pasientgruppen. Studien viste at det er stor mistro til pasientens smertefor midling, da 20,8% sykepleiere og 26,3% av legene oppgav å tro på dette. Teamet konkluderte med at det var holdningene til helsepersonell som trakk pasienten sin troverdighet under tvil. Frykten hos helsepersonell for å bli manipulert av rusmisbrukere er sterk.

3.4.4 Sykepleieres kompetanse om smerte og smertelindring hos pasienter med opioidavhengig rusmisbruk

Av Krokmyrdal (2010). Studien er en tverrsnittsspørreundersøkelse. Hensikten var å kartlegge sykepleiernes kompetanse innenfor smerter og smertelindring for opioidavhengige pasienter ved sykehus. Det ble tatt i bruk kvantitativ metode for å gjennomføre studien.

Studien fikk frem at kompetansen hos sykepleierne ofte beskrives som erfarings basert, og ikke kunnskapsbasert, når det kommer til smertelindring og smerter hos opioidavhengige pasienter. Sykepleierne uttrykte å ha mye sympati for rusmisbrukerne. Samtidig som at grunnleggende positive holdninger hos sykepleierne kom frem, viste det seg at holdningene ikke var like positive når det kom til vurdering av rusmisbrukerens smerteopplevelse. Studien antyder at kunnskapsmangel og organisatoriske utfordringer kunne være noen av barrierene mot smertebehandling for personer med opioidavhengig rusmisbruk. Det de fant ut var at opptil 85% av personell de spurte hadde manglende kunnskap til å smertelindre opioidavhengige.

Den forskningen jeg har presentert her er valg grunna relevans og at flere andre gav samme informasjon. Det de presenterer åpner for en diskusjon av hva som egentlig skjer.

3.4.5 Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne

Av Granheim et. Al. (2015). Dette er en tverrsnittstudie der data ble samlet inn ved bruk av et spørreskjema, det ble tatt i bruk kvantitativ metode. Hensikten med oppgaven var å kartlegge sykepleiere og sykepleiestudenters kunnskap og holdninger knytt til smerte og smertelindring hos voksne.

Studien viser at det er ett økt behov for kompetanse hos studenter og hos sykepleierne. I spørreundersøkelsen kommer det frem at ulike holdninger knytt til bruk av opiat eksisterer. Sykepleierne og studentene viste redsel for at smertelindring med opiat skulle føre til medikamentavhengighet. Flertallet av deltakerne mente at der pasienten spurte etter mer smertestillende var det som følge av at pasienten ikke var smertestilt. Studien viste tydelig at deltakerne var redde for respirasjonsdepresjon og opioidavhengighet. Samtidig kom det frem ett avvik i koblingen mellom teoretisk kunnskap og praktisk handling. Studien viser at det ett stort forbedringspotensial i forhold til smertehandteringskompetansen.

3.4.6 The Role of Physician and Nurse Attitudes in the Health Care of Injecting Drug Users

Av Brener et. Al. (2010). Dette er et tverrsnittstudie der informasjonen ble hentet gjennom et spørreskjema, med kvantitativ metode. Hensikten med forskningen var å kartlegge sykepleiere og leger sine holdninger og informasjon om opioidavhengige sprøytebrukere.

Studien oppsummeres at det er mange negative holdninger hos helsepersonellet. Det var et gjengående moment at det var rusmisbrukeren sitt valg å bruke rus. Denne holdningen førte til at helsepersonell tenkte at alle helseproblem og sykdommer som kom ved rusbruk av rusmisbrukeren sin feil. Dette var en liten studie med bare 60 deltakere.

Vi har nå et godt teorigrunnlag for å starte en diskusjon. I drøftingen vil jeg ta med meg holdninger, smertebehandling, og problemer rundt avhengighet opp mot opiatbehandling av smerter.

4.0 Drøfting

I dette kapittelet skal jeg ta for meg alt av kunnskapsgrunnlaget fra kapittel 3. Jeg vil se på hva det er som har innvirkning på smertebehandlingen til rusmisbrukere og hvorfor denne behandlingen kan være problematisk.

4.1 Presentasjon av drøftingstema

I drøftingen vil jeg diskutere hva teorien og forskningen forteller oss, og prøve å forklare hvorfor rusmisbrukere får den behandlingen de får. Jeg vil gå inn på hva jeg tolker som noen av hovedproblemene og finne årsaker. Jeg vil også avslutningsvis gå inn på hvordan vi kanskje kan håndtere denne komplekse situasjonen.

4.2 Drøftingen

4.2.1 Min opplevelse

Når jeg som student kom i mitt første møte med en rusmisbruker på ortopedisk avdeling hadde jeg et veldig teoretisk syn på rusmisbrukere. Jeg hadde nylig hatt undervisning i emnet og var klar for å sette denne kunnskapen til liv. Når jeg fikk muntlig rapport om pasienten begynte et bilde av vedkommende å danne seg. Jeg fikk inntrykk av at dette kunne være en farlig pasient, som var involvert i mye kriminalitet. I rapporten fikk jeg vite at pasienten var kjent blant politiet og at innleggelsen var rusrelatert. Det førsteinntrykket jeg fikk av rapporten var skremmende, men når jeg møtte pasienten endret dette seg. Pasienten som lå i sengen foran meg hadde sterke smerter, kunne ikke bevege seg og var redd.

Jeg begynte å kartlegge smerten til pasienten, og sjekket hvor mye smertestillende vedkommende hadde fått. Pasienten hadde fått et normalt smertebehandlende regime tilsvarende skaden, noe som jeg opplevde som en unormal mengde for en rusmisbruker. I retningslinjene for smertebehandling av Soma-gruppen (2006) og i teorien til Jensen (2015) kan vi se det at rusmisbrukere ofte har et høyere behov for smertestillende på grunn av toleranseutvikling. Jeg gikk deretter videre til gruppeleder og medisinsansvarlig sykepleier for å formidle mine funn. Sykepleieren informerte meg om at pasienten hadde spurt etter mer smertestillende helt siden ankomst til avdeling. Sykepleier fortalte meg at pasienten hadde fått sine ordinære smertestillende, og at han bare ville manipulerte min karakter for å få mer smertestillende. I teorien til Jensen (2015) kan vi se at avhengighet til opiat er vanlig, og at denne pasienten hadde en avhengighet til opiater vil ikke være usansynlig. Det vi også kan se i teorien til Jensen (2015) er at opioidavhengige har en toleranseutvikling til opiater og får mindre

smertelindrende effekt, denne toleransen ser vi også i retningslinjene til Soma-gruppen (2006) for smertebehandling.

Her oppstår det en konflikt mellom toleranseutvikling, avhengighet og smertebehandling. Sykepleieren står midt i et dilemma. Etske retningslinjer fra Norsk sykepleieforbund (2011) og etiske prinsipp sier at sykepleier skal være en omsorgsperson som lindrer og skjerner pasienten. Erfaring og holdninger opp mot rusmisbrukere og avhengighet tilsier at pasienten kanskje ikke har behov for ekstra smertestillende. Denne problemstillingen skal i følge forskningen til Krokmyrdal (2010), Kelleher (2007), Li et al. (2012) være kjent for flere sykepleiere.

Det ble en del forvirring og en uro rundt smertestillende til denne pasienten. Det tok flere dager før en sykepleier sammen med en lege tok ansvar i smertebehandlingen. Sammen med pasienten laget de klare retningslinjer for pasienten og sykepleieren. Disse retningslinjene inneholdt en økt døgndose og tallfestet eventuell medisin, inntil fire doser om dagen. Når lege først hadde angitt større fast døgndose og større doser ved behov sluttet mye av forvirringen rundt pasienten. Pasienten sa i etterkant, at de første dagene ved innleggelsen var noe av det vanskeligste han hadde opplevd. Det var uheldig at pasienten endte opp med å lide under innleggelsen på grunn av manglende smertebehandling. Det går imot flere etiske prinsipp å la noen lide unødig. Dette går igjen i omsorgen og det moralske ansvar sykepleier har ovenfor pasienten som Nortvedt (2014) skriver om i sin bok.

Kelleher (2007), Krokmyrdal (2010), Alford et al. (2006) og Li et al. (2012) tar for seg lignende situasjoner i sine spørreskjema. De såg det at det kan være et holdningsproblem hos helsepersonell i denne situasjonen. Holdningene til sykepleieren mot rusmisbrukere i min praksis kan ha ført til en dårlig smertebehandling.

4.2.2 Frykten for å feile?

I følge forskningen til Granheim et al. (2015) viser det seg at mange sykepleiere og sykepleiestudenter tenker at faren for respirasjonsdepresjon ved bruk av opioid er stor. Frykten for å feilbehandle går også igjen i forskningen til Krokmyrdal (2010). Farene ved bruk av opioid er kjente bivirkninger, som man lett ser i retningslinjene for medikamentene. Det som kanskje blir glemt opp mot denne pasientgruppen er at opioid har en forholdsvis stor terapeutisk bredde. Medikamentet har også toleranseutvikling som Jensen (2015) beskriver i Smertebogen. Rusmisbrukere har ofte allerede utviklet en toleranse, og må ha store doser for å oppnå effekt av opioid. Sykepleiere arbeider ofte med administrering av smertestillende, og er kjent med de vanligste dosene for ulike opiat. Det kan tenkes at sykepleier reagerer på den store unormale dosen, og den økte frykten for bivirkninger kan være med på å hindre sykepleiere fra å gi riktig smertebehandling.

Det retningslinjene fra Soma-gruppen (2006) og forskningen til Krokmyrdal (2010) og Granheim et al. (2015) viser oss er at frykten for store doser og faren ved administrering ikke stemmer overens. Det er mange element som spiller inn på overdose, og hos pasientgruppen er det mange beskyttende faktorer, som toleranse, som fort kan forvirre sykepleiere. Kunnskapsmangel hos sykepleiere kan derfor være en av utfordringene for smertebehandling av pasientgruppen.

4.2.3 Bruk eller misbruk?

Det at opioidmisbrukere kommer inn på sykehus med smerteproblematikk åpner for konfliktområder. De beste smertestillende som er i bruk på norske sykehus mot sterke akutte smerter er opioid (Jensen, 2015). Opioid er også en kjent substans hos rusmisbrukere der det ofte brukes for å oppnå en rus. Sykepleier skal altså, for å smertestille rusmisbrukeren, gi en substans som pasienten bruker til å ruse seg på. Sykepleieren kan da kanskje føle seg som en dop-langer for pasienten. Pasienten vil ha opioid for å oppnå en rus mens sykepleier gir opioid for å smertelindre.

Det vi lærte i faglitteraturen til Jensen (2015) og i retningslinjene til Soma-gruppen (2006) om smertelindring er det vi faktisk må gjøre. I en akutt smertesituasjon kan rusmisbrukere trenge å oppnå en eufori eller rusende effekt før smertelindring inntreffer. Det kan derfor lett forstås hvorfor det er vanskelig å skille mellom bruk og misbruk. Substansen *misbrukes* for å oppnå en eufori hos rusmisbrukeren, og den *brukes* for å smertelindre pasienter.

Holdningene til sykepleiere spiller også en viktig rolle i denne situasjonen. Det kan oppstå en type dobbeltmoral som åpner for konflikt hos sykepleiere. Pasientgruppen bruker opioid til å ruse seg på, og de kommer kanskje inn på sykehus på grunn av dette forbruket. De får under oppholdet smertelindrende midler fra det offentlige som «hjelper» dem i å ruse seg. Det offentlige har også ansvar for å arrestere rusmisbrukeren. Selv om det er ulike instanser av det offentlige som utfører de forskjellige oppgavene, så kan det påvirke sykepleieren behandling av pasientgruppen. Sykepleieren assosierer gjerne pasienten med noe kriminelt noe som kan skape en konflikt hos sykepleieren.

4.2.4 Handlingene og holdningene

Retningslinjene til Norsk sykepleieforbund (2011) forteller oss at vi skal jobbe ut fra både erfaring og nyere kunnskap. I følge forskningen til Krokmyrdal (2010) kan dette være vanskelig for sykepleiere ved norske sykehus. Helsepersonell har ofte erfaring med, og opp mot, denne pasientgruppen. Krokmyrdal (2010) og Kelleher (2007) viser til at sykepleiere kan være bekymret for å feilbehandle og for å bli misbrukt av pasientgruppen. Krokmyrdal (2010) skriver også at selv om sykepleiere i denne situasjonen har ny og rett kunnskap så handler sykepleieren ut fra egen erfaring. Det at sykepleieren kan være redd for å gjøre feil og bli misbrukt kan ha innvirkning på problemstillingen. I følge faglitteraturen til Myers (2010) så har personens holdninger og tanker stor innflytelse på hvordan vi

handler og opplever situasjoner. Så da må vi se på holdningene til sykepleiere opp mot pasientgruppen.

Som Schøitz (2012) skriver i sin tekst, beskriver hun at på 1960-tallet begynte rusmisbruk å bli beskrevet som et samfunnsproblem. Pasientgruppen er derfor en del av et samfunnsproblem, og i følge Narkotikaforskriften (2013) er de også kriminelle. Dette kan være med på å skape negative holdninger både i samfunnet og hos sykepleiere. Det vil også tenkes at de blir stigmatisert i samfunnet og på sykehus på grunn av dette. Studien utført av Brener et al. (2010) kan også kaste lys på problemstillingen; De fant ut at en stor del av sykepleierne og legene fra studien hadde negative holdninger mot rusmisbrukere. Sammen med det vi har lært fra de andre forskningsartiklene hjelper studien til å bygge teorien om at holdninger mot rusmisbrukere kan være en sentral del av problemet. Hvor holdningene kommer fra er et stort spørsmål. Noe av det kan komme fra mye fokus i media på rusmiljø og rusmisbrukere. Det kommer ofte negative bilder i aviser og på tv, med kriminalitet i fokus rundt rusmisbrukere. Holdningene mot rusmisbrukere kan komme fra flere hold, som Nortvedt (2014) i Omtanke sier; holdninger er noe som formes ut fra erfaring og miljøet rundt individet.

I Myers (2010) sin bok tar han for seg hvordan holdninger påvirker utførelsen av oppgaver. Han skriver at ved lite ytre press på individet har individets indre holdninger stor uttelling på hvordan oppgaven utføres. Det kan være mulig at det er for lite ytre press på sykepleieren. Det gjør at sykepleierens holdninger i stor grad styrer hvordan arbeidsoppgaver blir løst, selv om de er oppdatert på nyere kunnskap. Når vi ser på helsepersonelloven (2001) og yrkesetiske retningslinjer (2011) er det mange føringer og retningslinjer for sykepleiere. Det kan være at alle føringene og retningslinjene som sykepleiere skal forholde seg til gjør det vanskelig å inkludere de i arbeidet. Det kan tenkes at disse føringene kommer litt på avstand i et fast arbeidsmiljø, preget av normer og konformitet.

Som Krokmyrdal (2010) viser til i sin forskning så blir ikke kunnskapen om smertekartlegging brukt tilstrekkelig i forbindelse med fokusgruppen. Som Jensen (2015) skriver i «Smertebogen» må vi kartlegge smerten for å gi god smertebehandling. I denne smertekartleggingen er det pasientens opplevelse av smerte som er styrende. Dette åpner for enda en konflikt for sykepleieren; Sykepleieren kan undres over om smertene vurderes av det faktiske smertenivået til pasienten, eller om pasientens fysiske og psykiske avhengighet av substansen fører til en upålitlig vurdering. Rusmisbrukeren kan enkelt overdrive sine smerter i kartleggingen for å få en større dose med opioid. Det kan oppstå en mistillit mellom sykepleier og pasienten i dette tilfellet. Denne mistilliten kan være en av grunnene til at kartlegging brukes i mindre grad hos denne pasientgruppen enn hos andre

grupper. Det at ett av kartleggingsverktøyene ikke kan brukes kan videre føre til en vanskelig smertebehandling.

4.2.5 Hva sier etikken

Det vi har sett på så langt i diskusjonen er hvordan smertelindring av rusmisbrukere kan være en vanskelig oppgave for sykepleiere. I etikken finnes det mange retningslinjer som skal være veiledende for sykepleiere i arbeidshverdagen.

«Og faller det deg vanskelig å være like vennlig mot alle mennesker, så rett deg efter en erfaren manns ord, gjør trygt en forskjell, men alltid til fordel for de små i denne verden. De fattige, enfoldige, udannede og barnene, men aldri til fordel for de fine folk» (Nortvedt, 2014, s. 55).

I følge Nordtvedt (2014) skal det helt siden sykepleiens etikkhistorie oppstod vært fremhevet at sykepleier skal ha gode holdninger til pasienten. Det enkle prinsippet om gode holdninger skal bli sett på som fundamentalt for å utøve god sykepleie. Nortvedt (2014) strekker dette prinsippet til at sykepleieren også har ett sterkt moralsk ansvar for de sårbare i samfunnet, der i blant personer med rusproblematikk. Sykepleier skal altså hjelpe med helseproblem uavhengig av pasientens oppførsel, oppfatning eller bakgrunn. En av de andre fundamentale prinsippene omhandler lik behandling til alle. Når vi ser på forskningen til Granheim et al (2010), Krokmyrdal (2010), Li et al. (2012) og Kelleher (2007) så har de alle nevnt og kommentert at sykepleiernes holdninger mot rusmisbrukere kan ha en negativ innflytelse på arbeidet deres opp mot pasientgruppen. Et annet prinsipp som spiller en viktig rolle i problemstillingen er 'ikke-skade' -prinsippet. Å sørge for at pasienten har minst mulig smerte og ubehag blir dermed veldig viktig (Nortvedt, 2014). Sykepleiere skal altså ifølge Nortvedt (2014) og Norsk sykepleieforbund (2011) jobbe aktivt med å lindre lidelse.

Når vi ser på dette opp mot problemstillingen, forskningen og min praksiserfaring så kan det tyde på at etiske prinsipp som disse, ikke alltid har en tilstrekkelig innflytelse på arbeidet. Det å trekke koblinger mellom etiske prinsipp og arbeidsoppgaver er ikke alltid like enkelt. Etiske prinsipp som mange sykepleiere lærte under utdanningen kan ofte være glemt, eller huskes så vagt at det bare er en fjern tanke. Det kan lett forstås at det ikke er satt av tid til etisk refleksjon i et travelt sykehusmiljø, der arbeidsoppgavene krever timene i arbeidsdagen. Tiden til læring har jeg opplevd at er satt av til øving på prosedyrer og om nyere kunnskap, inngrep og liknende. På samme tid, må vi tenke på viktigheten av å utføre etisk refleksjon i et arbeidsmiljø.

4.2.6 Veien videre

Det vi kan si utifra drøftingen så langt er at smertelindring for rusmisbrukere kan være vanskelig. Det at holdningene kan komme som et hinder for god smertebehandling er situasjonsbetinget. Det er

mange faktorer som påvirker smertebehandlingen og holdningene til sykepleier går igjen hos Brener et al. (2010), Granheim et al. (2015), Kelleher (2007), Krokmyrdal (2010) og Alford et al. (2006) som en av årsakene til dårlig smertebehandling av rusmisbrukere. Når vi samler trådene rundt problemstillingen, kan vi se at situasjonen har mange innfall og påvirkninger. I en gitt situasjon der det er lite etisk refleksjon, svake føringer eller manglende kunnskap hos sykepleier kan sykepleierens holdninger være et hinder for god smertebehandling. Ved et sykehus, eller i en avdeling der disse betingelsene ikke er tilstede, trenger ikke problemet nødvendigvis å oppstå.

For å løse problemet kan vi kanskje se til Myers (2010) sin sosial psykologi. Myers (2010) forteller at holdninger kan påvirke utfall i mye mindre grad, ved et sterkt ytre press. Så det å øke det ytre press med flere retningslinjer kan være løsningen. Hvordan man kan oppnå det sterke ytre presset på en sykepleier som allerede har mange føringer, lover og retningslinjer over seg er derimot ikke like enkelt. Det kan oppstå mange problem med dette. Det å legge til flere føringer og retningslinjer trenger ikke å ha ønsket effekt.

Etisk refleksjon kan også være en løsning. Det kan være tilstrekkelig at de avdelingene som opplever problemet, tenker over problemet og diskuterer smertebehandlingen. Gjennom etisk refleksjon vil en kunne åpne for en diskusjon i arbeidsmiljø for å finne lokale gode løsninger der denne problemstillingen oppstår.

5.0 Avslutning

Det er mange faktorer som spiller inn på god smertebehandling, og hos denne pasientgruppen kan det være enda flere. Det kan være en kombinasjon av dårlige holdninger, manglende informasjon, og lite etisk refleksjon hos sykepleiere som gjør at behandlingen kan bli dårlig. Retningslinjer på hvordan en rusmisbruker med smerter skal behandles i helsevesenet er utformet. Retningslinjene blir ifølge forskningen ikke brukt i ønskelig grad. Forskningen som undersøker hvordan rusmisbrukere blir behandlet forteller oss at rusmisbrukere ikke alltid får den behandlingen de har behov for.

I teorien og drøftingen har vi sett en del på hvordan holdninger påvirker individets utførelse av oppgaver. Det forskningen sier er at det kan være sykepleiere sine holdninger som påvirker behandlingen i stor grad. Det er et komplisert problem, med mange påvirkende faktorer. Løsninger fra sosial psykologien, forteller oss at ved et sterkt ytre press på individet vil ikke holdninger være en bestemmende faktor for utførelse av oppgaver. Gjennom etisk refleksjon vil en også kunne åpne for en diskusjon i arbeidsmiljø for å finne lokale gode løsninger der denne problemstillingen oppstår. Det viser seg også i forskningen at sykepleiere jobber erfaringsbasert og ikke kunnskapsbasert.

Bibliografi

- Alford, D., Compton, P., & Samet, J. (2006, Januar 17). Acute Pain Management for Patients Receiving Maintenance Methadone or Buprenorphine Therapy. *Ann Intern Med*, ss. 127-134. Hentet 11 20, 2016 fra PMC: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1892816/>
- Brener, L., Hippel, W. V., Kippax, S., & Preacher, K. J. (2010). The Role of Physician and Nurse Attitudes in the Health Care of Injecting Drug Users. *Substance use & misuse*, (ss. 1007-1018). doi:10.3109/10826081003659543
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dansk Lægemiddel Information & Felleskatalogen. (u.d.). *Felleskatalogen*. Hentet November 2016 fra Stoffmisbruk: <http://www.felleskatalogen.no/medisin/sykdom/stoffmisbruk>
- Granheim, T. H., Raaum, K., Cristophersen, K. A., & Dihle, A. (2015). *Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne*. doi:10.4220/Sykepleienf.2015.55983
- helsepersonelloven. (2001). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2
- Høgh, M. (2015). Teorier om smerte. I M. Høgh, N.-H. Jensen, & A. P. Pickering, *Smertebogen* (ss. 19-42). København: Forfatterne og Munkgaard.
- Jensen, N.-H. (2015). Definition og klassifisering av smerter. I M. Høgh, N.-H. Jensen, & A. P. Pickering, *Smertebogen* (ss. 45-56). København: Forfatterne og Munksgard.
- Jensen, N.-H. (2015). Medikamentell smertebehandling. I M. Høgh, N.-H. Jensen, & A. Pickering, *Smertebogen* (ss. 235-259). København: Forfatterne og Munksgaard.
- Kelleher, S. (2007). Health care professionals' knowledge and attitudes regarding substance use and substance users. *Pubmed*. doi:<https://dx.doi.org/10.1016/j.aaen.2007.05.005>
- Krokmyrdal, K. A. (2010, 5). Sykepleieres kompetanse om smerte og smertelindring hos pasienter med opioidavhengig rusmisbruk. Hentet 10 14, 2016 fra https://oda.hio.no/jspui/bitstream/10642/625/2/Krokmyrdal_KurtArild.pdf
- Kunnskapssenteret. (2014, Oktober 4). *Kunnskapssenteret*. Hentet November 20, 2016 fra Sjekklister for vurdering av forskningsartikler: <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklist-for-vurdering-av-forskningsartikler>
- Li, R., Undall, E., Andenæs, R., & Nåden, D. (2012, November 8). *Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus*. Hentet 10 16, 2016 fra Sykepleien.no: <https://sykepleien.no/forskning/2012/10/smertebehandling-av-rusmisbrukere-innlagt-i-sykehus>
- Myers, D. (2010). *Social Psychology*. New York: MCGraw-Hill.

- Narkotikaforskriften. (2013, Februar 2). *lovdata*. Hentet November 20, 2016 fra Forskrift om narkotika: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2013-02-14-199>
- Norsk sykepleieforbund. (2011). *nsf.no*. Hentet November 20, 2016 fra Norsk sykepleieforbund: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Nortvedt, P. (2014). *Omtanke*. Gyldendal Akademisk.
- Pickering, A. (2015). Vurdering af smerte. I M. Høgh, N.-H. Jensen, & A. Pickering, *Smertebogen* (ss. 139-156). København: Forfatterne og Munksgaard.
- Schøitz, A. (2012, November 9). *Rus og rusmiddelpolitikk i Norge: Et historisk tilbakeblikk*. Hentet fra Legeforeningen.no: [http://legeforeningen.no/PageFiles/103758/Rus%20og%20ruspolitikk%20i%20Norge%20-%20et%20historisk%20tilbakeblikk%20\(Oppdatert%202016\).pdf](http://legeforeningen.no/PageFiles/103758/Rus%20og%20ruspolitikk%20i%20Norge%20-%20et%20historisk%20tilbakeblikk%20(Oppdatert%202016).pdf)
- Skurtveit, S., Nesvåg, R., Handal, M., & Evje, M. S. (2016, 3 11). *Folkehelseinstituttet*. Hentet November 2016 fra Folkehelseinstituttet nettpublikasjoner: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/ruslidelser-i-norge---folkehelse-og-sykdom/rapport/2016-11-03-11-folkehelseinstituttet-nettpublikasjoner>
- Slørdal, L., & Rygnestad, T. (2013). Legemidler ved smerter. I L. Slørdal, & T. Rygnestad, *Legemidler og bruken av dem* (ss. 341-350). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Soma-gruppen. (2006, Juni 1). *Oslo universitetssykehus*. Hentet 11 20, 2016 fra Soma: http://api.ning.com/files/FNfQlaskygt*ZtxDrOHbT4S736oFrz62ymV85FyPwQpzGzq3i*9Dp9oJp1w1OoJh-deSYOIQNT2N02V9CipESfbOE0J-TN4/Veilederforbehandlingavopioidavhengigeisomatisksykehus.pdf
- Teigen, K. H. (2012, November 18). *Store Norske Leksikon*. Hentet November 20, 20 fra snl.no: <https://snl.no/holdning>