



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum  
Avdelingen for folkehelsefag  
**4BACH1D**

Kari Lisbeth Sommerstad og Ida Leteng

Veileder: Ida Eggen

**Blanke Ark**

**Clean Slate**

Antall ord: 11 915

**Bachelor sykepleie deltid 2010  
2013**

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

## Sammendrag

**Problemstilling:** Hvordan kan sykepleiers holdninger til ruspasienter, innlagt i sykehus, påvirke smertelindringen? Hva skal til for å endre sykepleiers holdninger?

**Bakgrunn:** Vi ønsket å lære mer om temaene rusmisbruk og smertelindring, områder som ikke har blitt mye berørt i løpet av utdanningen.

**Hensikt:** Styrke våre kunnskaper om holdninger, rusmisbruk, smertelindring, og hvordan disse faktorene påvirker hverandre.

**Metode:** En litteraturstudie som inkluderer 8 fag- og forskningsartikler, pensumlitteratur og selvvalgt litteratur som vi mener er relevant for vår problemstilling og tema.

**Artikkel oppsummering:** Manglende kunnskap om rusmisbrukere og smertelindring vil ofte ha negativ innvirkning på sykepleiers holdninger, som igjen får negative konsekvenser for ruspasienten. Det trengs økt kunnskap, støtte fra fagpersonell og en større selvbevissthet for at sykepleier skal kunne endre sine holdninger.

**Konklusjon:** Negative holdninger kan være en barriere for adekvat smertelindring. Ved å oppdatere seg faglig, om rusmisbrukere og smertelindring, og søke veiledning og støtte, vil holdningene kunne endres.

**Nøkkelord:** Holdninger, attitudes, respekt, respect, sykepleie, nursing, kunnskap, knowledge, kommunikasjon, communication, smerte, pain, smertelindring, pain relief, rus, drugs, rusmisbruker, drug addict, legemiddelassistert rusrehabilitering [LAR].

## Forord

Hånden som fører  
Øyne som tvilen smører  
Hjertets villhet  
berører  
Sjelens stillhet  
Ingen tilhører

Vakker og fyldig  
Skamfull Ravn  
Hvorfor er du likegyldig  
Du vet ikke mitt navn  
- Heidi Eik 2013 -



Det er ikke mye som skal til  
Bare et drypp  
Bare et tegn  
Bare et ord

Før alt snur  
Før alt rakner  
Før alt blomstrer  
- Ragnvald Sørheim 2013 -

## Innholdsfortegnelse

1 Innledning.....	6
1.1 Bakgrunn for oppgaven.....	6
1.2 Problemstilling .....	7
1.3 Case .....	7
1.4 Avgrensing av problemstilling.....	7
1.5 Oppgavens oppbygning.....	8
2 Metode.....	8
2.1 Design.....	9
2.2 Presentasjon av litteratur .....	9
2.3 Kildekritikk .....	10
3. Oppsummering av artikkelfunn.....	11
3.1 Hvordan spille spillet: rusmisbrukernes strategier for å oppnå smertelindring i sykehus. .....	11
3.2 Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus .....	12
3.3 Rusmisbrukeres syn på smertelindring gitt i sykehus .....	13
3.4 Faktorer som spiller inn på sykepleiernes holdninger til ruspasienter .....	13
4 Opiodeavhengighet .....	14
4.1 LAR pasienten.....	15
5 Smerte.....	16
6 Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee.....	18
6.1 Menneske-til-menneskeforholdet .....	19
7 Sykepleieansvaret.....	20
7.1 Smertelindring.....	22
8 Holdninger.....	24

8.1 Sykepleiers kunnskaper.....	26
8.2 Kommunikasjon og relasjon.....	27
9 Hvordan kan sykepleiers holdninger til ruspasienter påvirke smertelindring? Hva skal til for å endre sykepleiers holdninger? .....	28
9.1 Hva er holdninger og hva skal til for å endre de? .....	28
9.2 Kommunikasjon og relasjonsbygging - innvirkning på smertelindringen .....	31
9.3 Sykepleiers kunnskap - innvirkning på smertelindring.....	32
10. Konklusjon .....	36
Bibliografi	

## **1 Innledning**

Vi er to sykepleiestudenter som skal skrive bacheloroppgave i sykepleie. Vi er faglig nysgjerrige og har lyst til å fordype oss i et tema som ikke har blitt mye berørt i løpet av utdanningen. Sykepleiers holdninger, adferd og kunnskaper står sentralt i å skape mellommenneskelige relasjoner. Formålet med oppgaven er å styrke vår kunnskap om holdninger, rusmisbruk, smertelindring og hvordan disse faktorene påvirker hverandre. Vi vil vite mer om hvordan ruspasienten og sykepleieren opplever smertelindring ut i fra sine ståsteder.

### **1.1 Bakgrunn for oppgaven**

På bakgrunn av praksis i utdanningsforløpet har vi opparbeidet oss empirisk kunnskap om holdninger knyttet til smertelindring til rusmisbrukere. Empiri vil si personlig og erfaringsbasert kunnskap (Dalland, 2007). Erfaringer har gitt oss ett inntrykk av at sykepleiernes kunnskap kan være noe mangelfull i forhold til smerteopplevelse og smertelindring hos ruspasienter. Vi har sett eksempler på hvordan feilaktige eller fordomsfulle oppfatninger av pasienten medførte at de ikke ble tatt på alvor med sine smerter. Temaet rus og rusmisbrukere har vært lite vektlagt i vårt utdanningsløp. Til tross for dette har vi i praksis opplevd gjentatte tilfeller der det har vært nødvendig med kunnskap og forståelse av ruspasienter, både under behandling av rusproblem og annen sykdom. På bakgrunn av praksisopplevelsene tror vi det er reelt å se for seg at vi kommer i kontakt med denne pasientgruppen i ulike sammenhenger senere. Vi ønsker derfor å lære mer om temaet for å bli bedre rustet til gjøre egne observasjoner, vurderinger og ta avgjørelser i vanskelige situasjoner, slik at vi som sykepleiere best mulig kan hjelpe rusmisbrukere med smerteproblematikk.

I følge Statens institutt for rusmiddelforskning [SIRUS],(2011) ser vi at rusmisbruk har vist seg å være et vedvarende problem i samfunnet. Dette betyr at vi som sykepleiere må være i besittelse av holdninger og kunnskaper som gjør oss i stand til å yte adekvat behandling til pasienter med rusmisbruk. Av erfaring vet vi at våre holdninger er avgjørende for våre handlinger. Derfor ønsker vi å sette fokus på hvordan holdninger påvirker smertelindring og sykepleie. SIRUS (2011) anslår at antall sprøytebrukere i Norge i 2008 på 8 700 – 12 300, hvor de fleste injiserte heroin. Dødsfall på grunn av overdose har gått ned de siste årene. En

grunn til nedgangen kan være økningen i antall personer i legemiddelassistert rehabilitering [LAR] fra 1998 og fram til i dag (SIRUS, 2011). Rusmisbrukere har ofte dårligere levekår og helsemessige problemer, de får hyppig skader og traumer, og er i stor grad avhengig av akuttinnleggelser i sykehus (Klingsheim, 2003; Ford, Bammer, & Becker, 2008). Disse tilstandene medfører mye smerte og lidelse. Studien av Morgan B. D. (2006) viser at narkomane opplever at det finnes lite forståelse for og kunnskap om deres smerter. Det kommer også fram at helsepersonell føler seg usikker i møte med rusmisbrukeren. Smerte fremstår fremdeles som en utfordring for sykepleiere i praksis, og særlig syns det som om smerteproblematikk relatert til pasienter med rusmisbruk er utfordrende. I en studie av Brockopp, Ryan & Warden referert i Li et al. (2012) konkluderer forfatterne med at manglende smertelindring til opioidavhengige pasienter ikke bare må forstås ut fra kunnskapsmangel og dårlige rutiner, men like mye ut fra sykepleiers stereotype holdninger og deres påvirkning på handlingsvalg. Det kan hevdes at rusmisbrukere har vært en forsømt pasientgruppe i lang tid, men som imidlertid har endret seg noe de siste årene.

## **1.2 Problemstilling**

Hvordan kan sykepleiers holdninger til ruspasienter, innlagt i sykehus, påvirke smertelindringen? Hva skal til for å endre sykepleiers holdninger?

## **1.3 Case**

Jonas, 31 år, blir lagt inn på kirurgisk avdeling på sykehus på grunn av fractura clavícula. Etter operasjon har han store smerter i skulderen og sier i fra til sykepleierne. Han viser imidlertid få kliniske tegn på smerte, derfor er det noen av sykepleierne som ikke tror han og ser på det som russøkende adferd. Han blir ofte liggende i sengen med sterke smerter uten å få adekvat smertelindring. Jonas har tidligere vært opioid misbruker, han injiserte heroin i flere år. I dag er han med i LAR og tar substitusjonslegemiddelet Suboxone. Han har nå vært rusfri med LAR i 14 måneder. Sykehuspersonalet har ikke kjennskap til pasienten fra tidligere.

## **1.4 Avgrensning av problemstilling**

I oppgaven velger vi å konsentrere oss om hvordan sykepleiers holdninger virker inn på smertelindringen til ruspasienter med fysiske smerter. Vi forklarer derfor kort om hva fysisk smerte innebærer. Farmakologi og aktuelle smertestillende medikamenter går vi ikke nærmere

inn på i oppgaven utover å forklare litt om substitusjons medikamenter og opioider. Rusmisbrukere er en kompleks gruppe med ulike former for misbruk. Pasientgruppen vi har fokus på i oppgaven har tidligere vært opioidemisbrukere og er nå i LAR, hvor de blir behandlet med substitusjonsmedikamenter. Vi velger å se bort i fra pårørende, selv om de kan være en viktig ressurs i sykepleie. Smerte kan kategoriseres som både fysisk og psykisk smerte. Psykisk smerte er ikke videre nevnt i oppgaven. Vi går heller ikke inn på dobbeltdiagnoser, redsel og angst som ofte er tilleggsfaktorer som vil påvirke smerte og smertelindring. Kunnskapsbegrepet er avgrenset til sykepleiefunksjonen og sykepleiepraksis knyttet opp til holdninger og smertelindring. Vår case er skrevet for å tydeliggjøre hvilken pasientgruppe vi skriver om og som en del av avgrensning, casen blir ikke vesentlig vektlagt senere i oppgaven. Begrepene ”rusmisbrukere” og ”narkomane” blir brukt som synonymer for å beskrive pasienter med opioidavhengig rusbruk og eller pasienter i LAR.

### **1.5 Oppgavens oppbygning**

I innledningen presenterer vi en selvvalgt problemstilling og en pasient case. Videre har vi begrunnet valg av tema og gitt et kort innblikk i forekomsten av rusmisbruk i Norge. Avgrensning og presisering av problemstillingen er ment å gi et bilde på hva vi har valgt å utelukke av teori, men som vi også finner viktig for å se helheten. I stedet for å ha et eget kapittel med begrepsforklaring og definisjoner har vi valgt å skrive inne definisjoner fortløpende i teksten. I metoddelen beskriver vi valg av litteratur, hvor vi også presenterer selvvalgt litteratur og forskning. Våre hovedartikler blir presentert i et eget kapittel som vi har kalt oppsummering av artikkelfunn. I teoridelen presenterer vi Joyce Travelbees sykepleieteori, opioideavhengighet, smerte, sykepleieansvaret og holdninger. Dette danner grunnlaget for den teoretiske rammen for oppgaven. Diskusjonsdelen innledes med problemstillingen, og sammen med artikkelfunnene og teorien legger det grunnlaget for drøftingen. I konklusjonen oppsummerer vi den nye kunnskapen og svarer på problemstillingen vår.

## **2 Metode**

I følge Dalland (2007) sier metoden noe om hvordan vi bør gå fram for å skaffe eller kontrollere kunnskap. Oppgaven vår bygger på pensumlitteratur, vitenskapelige artikler og annen selvvalgt litteratur, i tillegg til erfaringskunnskap som vi har opparbeidet oss gjennom



sykepleierutdanningen og arbeidslivet. Oppgaven er basert på litteraturstudie, hvor bøker og artikler er brukt for å finne litteratur (Dalland, 2007). Vi har skrevet en prosjektplan som blant annet inneholdt en framdriftsplan. Fremdriftsplanen hjalp oss å planlegge arbeidet og sikre fremdrift av oppgaven. Vi har videre samlet data, der vi har gjort systematiske søk og fortløpende utført kildekritikk.

Primærkilder er den opprinnelige kilden. Noen ganger viser det seg at forfatteren er lite tilgjengelig, eller den leses i andres betraktning. I slike tilfeller blir kilden en sekundærkilde (Dalland, 2007). Vi har tilstrebet oss å finne mest mulig primærkilder i litteraturen i oppgaven vår, men i noen av artiklene vi har brukt vises det ofte til andre kilder. Vi har valgt å ta med noen av disse, fordi vi mener de er valide og relevant for vår problemstilling. Ut i fra litteraturen og artikkelsøkene har vi laget en teoretisk ramme som utgjør grunnlaget for diskusjon og svar på problemstillingen vår.

## **2.1 Design**

Forskningsartiklene vi referer til i oppgaven er både av kvalitativ og kvantitativ utførelse. En kvantitativ metode undersøker fenomener som kan måles i gjennomsnitt og presenter av en større mengde, og er vitenskapelig begrunnet. Den kvalitative metoden har derimot som mål å få tak i mening og opplevelser, som ikke kan måles eller tallfestes. Den er en del innen hermeneutikken som gjennom tolkning forsøker å få klarhet i opplevelser (Dalland, 2007). Den kvantitative metoden gir oss et overblikk over utbredelsen av mangelfull smertelindring hos narkomane på grunn av sykepleiers holdninger. De kvalitative artiklene går mer i dybden, og vi får en forståelse av hvorfor sykepleiers holdninger har betydning for smertelindringen hos ruspasienter. Begge metodene har styrker og svakheter, og det vil ofte være relevant å bruke en kombinasjon slik at man får fram ulike innfallsvinkler på problemstillingen (ibid.). Dersom begge metodene kommer frem til samme resultat, mer vi at det vil styrke validiteten.

## **2.2 Presentasjon av litteratur**

Vi har i oppgaven brukt pensumlitteratur fra sykepleierutdanningen ved Høgskolen i Hedmark, samt selvvalgt litteratur. Den selvvalgte litteratur har vi funnet gjennom skolens database BIBSYS ask, samt folkebiblioteker. Videre har vi benyttet databasene SweMed, Google scholar, Cinahl via EBSCOhost samt sykepleien.no for å finne vitenskapelige artikler.

Studien til Haber, Demirkol, Lange, Murnion og Helfand, Freeman referert i Li et al.(2012) oppsummerer med at det er lite empiri som ligger til grunn for håndtering av smerte hos opioideavhengige pasienter, noe vi har erfart via artikkelsøkene våre. Mye av den kunnskapen som foreligger er ikkevitenskapelig og er basert på caserapporter. Disse studiene har ikke bidratt med kunnskap om hvordan sykepleier selv vurderer smertebehandlingen av ruspasienter. Vi fikk mange treff på artikler som omhandler smertelindring generelt, men lite tar for seg smertelindring til ruspasienter.

Søkeord som ble brukt i ulike kombinasjoner: smerter, smertelindring, rusmisbruk, narkomane, opioider, sykepleie, sykepleier, respekt, patient, pain, pain management, pain relief, analgesia, postoperative pain, drug, drug addicts, drug users, drug abuse, nursing, attitude, helth, knowledge, hospitalized, substance, substance abuse, clinical competence,

### **2.3 Kildekritikk**

Kildekritikk er metoder for å fastslå om kilden er sann, altså vurdere og karakterisere kildene. (Dalland, 2007). Vi har plukket litteratur fra databaser som har kvalitetssikring på artiklene og bøkene de viser til. Dette er databaser som høyskolen benytter. De selvvalgte bøkene har vi funnet via BIBSYS ask. Etter å ha vurdert bøkene og forfatterne ser vi på kildene som pålitelige og holdbar.

Søkeordene våre ga mange treff, men det var vanskelig å finne noe som var relevant for vår problemstilling. Altså holdninger, smertelindring og rusmisbrukere. Mer spesifikke søk ga få treff på forskningsartikler. Vi kom fram til fire artikler som vi presenterer.

Svakhetene ved noen av dem er at studiene omfatter få personer og er utført i Amerika eller Australia. Allikevel ser vi på de som gode kilder ettersom mye av kunnskapen de framstiller og resultatene de kommer fram til er relevant og overførbare til Norge. To av studiene omfatter mange personer fra flere forskjellige avdelinger og sykehus, noe som gir et resultat som lettere kan generaliseres. Alle artiklene følger IMRAD oppsettet, de har klare formål med sine studier og er peer reviewed. Vi ser derfor på studiene som pålitelig og holdbar for vår problemstilling.

Som sykepleieteoretiker har vi valgt å bruke Joyce Travelbee. Hennes tenkning handler om å se pasienten som et unikt individ. Denne tenkningen mener vi er relevant for pasientgruppen vi beskriver i oppgaven. Hun nevnes også mye i vår pensumlitteratur. Selv om litteraturen er gammel finner vi den pålitelig og relevant.

### **3. Oppsummering av artikkelfunn**

Her presenterer vi de fire hovedartiklene. Vi legger fram resultatene som vi finner mest relevant for vår problemstilling. Vi sier også noe om hvor og hvordan vi har kommet fram til artiklene.

#### **3.1 Hvordan spille spillet: rusmisbrukernes strategier for å oppnå smertelindring i sykehus.**

”Knowing how to play the game: Hospitalized substance abusers’ strategies for obtaining pain relief” er skrevet av Morgan (2006). Studien har som formål å skaffe kunnskap som kan føre til en større forståelse av problemene ved smertelindring til rusmisbrukere. Det er en kvalitativ studie hvor 18 ruspasienter deltok. Det var også 5 sykepleiere som ble intervjuet i grupper for å bekrefte og styrke resultatene. Studien konkluderer med at det bør være et større fokus på smertelindring og rusmisbruk, og pasient - pleier forholdet i sykepleierutdanningen. Forfatterne mener at sykepleierne trenger støtte og veiledning for å behandle rusmisbrukere med smerter. Mange av deltagerne i studien følte at sykepleierne så på dem som en junkie og at de ikke ble respektert. De fortalte at de med en gang sanset sykepleierens holdninger ovenfor dem. De merket forskjell på sykepleiernes kunnskaper om smertelindring og avhengighet. Sykepleierne som hadde gode kunnskaper var ofte de som viste pasientene mest respekt. Mange av pasientene følte de måtte vente lenge på smertelindrende medikamenter når de etterspurte det, og de følte dette var på grunn av at de var rusmisbrukere. Deltagerne i studien skulle ønske at sykepleierne kunne anerkjenne deres smerte, vise mer empati og gi de tilstrekkelig smertelindring. Sykepleierne i undersøkelsen forteller om hvor vanskelig de synes det var å forholde seg til rusmisbrukerne, og at de måtte bli flinkere til å være bevisst sin egen framreden ovenfor disse pasientene. Vi har valgt å ha med denne studien fordi den gir et bilde på rusmisbrukernes syn på smertelindring gitt i sykehus, og derfor verdifull informasjon om hva vi som sykepleiere kan gjøre for å forbedre oss. Denne artikkelen fant vi via CHINAL fulltekst med søkeordene ”substance abuse” AND hospitalized AND ”pain relief, artikkel nr 2

av totalt 5 treff. Vi så den senere referert til i Li et al. (2012), noe vi mener forsterker artikkelens validitet.

### **3.2 Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus**

”Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus” er skrevet av Li, Andenæs, Undall og Nåden (2012). Studien har som formål å kartlegge leger og sykepleiers handlinger, kunnskaper og holdninger til rusmisbrukeren. Den har et beskrivende tverrsnittdesign med et hensiktsmessig utvalg, og ble besvart av 247 sykepleiere og 38 leger ved fire forskjellige sykehus i Norge. Studien konkluderer med at mangelfull smertelindring ikke kan forstås bare fra kunnskapsmangel, men også hvordan holdninger og intensjoner kan påvirke handlingsvalget. Forfatterne ser et behov for økt undervisning og kunnskap om smertelindring til rusmisbrukere. Svært få sykepleiere oppgav at de brukte smertekartleggingsverktøy, og det var få som kartla pasientens rusmisbruk. Forfatterne referer til Kelleher og Cotter sin undersøkelse som mener at årsakene til mangelfull kartlegging kan være misstillit til pasientens troverdighet, mangel på kunnskaper og mangel på tid. Forfatterne viser til Natan, Bayil og Neta sin studie, som sier at det fortsatt er noen som mener at rusavhengighet er selvforskyldt, og at sykepleiere er lite villige til å bruke tid på pasientgrupper som er ansett for å være selvforskyldt i sine lidelser. Dette påvirker behandlingen av pasientene. Sykepleierne i studien mente de hadde dårlige kunnskaper om smertelindring, men at de hadde mer kunnskap om toleranse, og at rusmisbrukere trenger større doser opioider for å bli smertelindret. Allikevel viser det seg at opioidavhengige ikke får mer analgetika enn andre pasienter i sykehus. Mange av sykepleieren i undersøkelsen oppgir at de er redd for å bli lurt av ruspasientene, de tviler på deres rapportering av smerte og ser på det som russøkende adferd. Baldacchino, Gilchrist, Flemming og Banister sier at mange rusmisbrukere er redd for å oppgi sitt rusbruk og sine smerter fordi de er redd det skal bli oppfattet som russøkende adferd. De sier også at de fleste unngår å ta selvmedisinering dersom de føler at sykepleier har tillit til deres rapportering om smerter. Forfatterne viser til Alford, Compton og Samet som hevder at kartlegging kan redusere sjansen for å bli lurt og manipulert. Sykepleierne sier de ofte føler at de står alene med pasientene og får mangelfulle forordninger og lite støtte fra legene. Vi har valgt denne artikkelen fordi studien er foretatt i Norge og viser til annen relevant forskning. Vi fant artikkelen gjennom fagbladet Sykepleien forskning som vi abonnerer på.

### **3.3 Rusmisbrukeres syn på smertelindring gitt i sykehus**

“Substance users’ perspective of pain management in the acute care environment” er skrevet av Blay, Glover, Bothe, Lee og Lamont (2012). Studien har som formål å undersøke rusmisbrukeres syn på smertelindring gitt på sykehus, 27 ruspasienter deltok på undersøkelsen. De har brukt både en kvantitativ og kvalitativ framgangsmåte. Studien konkluderer med at de fleste rusmisbrukerne i undersøkelsen var fornøyd med smertelindringen som ble gitt til tross for at de til tider ikke følte seg tilfredstilt smertelindret. De var stort sett fornøyd med personalet og syntes de gjorde sitt beste for å gi tilstrekkelig smertelindring. Derimot kunne forsinkelser i medikament administrering og negative holdninger fra personalet føre til frustrasjon hos rusmisbrukerne. Ut i fra undersøkelsen kommer det fram at god smertelindring krever et godt samarbeid preget av tillit mellom sykepleier og pasient. De anbefaler flere retningslinjer for smertelindring til rusmisbrukere og mer bruk av smertekarleggingsverktøy for å bedre smertelindringen til denne pasientgruppen. Vi har valgt å ha med denne studien fordi den omtaler rusmisbrukernes syn på smertelindring. Artikkelen ble funnet via CHINAL med søkeordene ”drug abuse” AND analgesia, artikkel nr 2 av 75 treff.

### **3.4 Faktorer som spiller inn på sykepleiernes holdninger til ruspasienter**

”The determinants of nurses’ therapeutic attitude to patients who use illicit drugs and implications for workforce development” er skrevet av Ford, Bammer og Becker (2008). Studien har som formål å finne faktorer som er med på å bestemme sykepleiers holdninger til rusmisbrukere, og å utforme utviklingstiltak og retningslinjer for personalet. Det er en tversnittstudie hvor 1605 sykepleiere deltok. Den konkluderer med at faktoren som utgjør mest for hvordan rusmisbrukere blir behandlet, er hvorvidt sykepleierne har støtte fra medarbeidere og spesialister innen fagfeltet til å diskutere og rådføre seg med. I tillegg til at det bør være klare retningslinjer og prosedyrer på avdelingen. Studien sier at holdningene er viktige, men ikke utgjør en vesentlig rolle for behandlingen rusmisbrukere får. Forfatterne mener å kunne bevise med denne studien, at sykepleiere strever med å gi profesjonell pleie til rusmisbrukere. De mener at det å tilføre nye kunnskaper til sykepleierne ikke endrer holdningene, dersom det ikke finnes støtt fra medarbeidere og spesialister, slik at de kan overføre kunnskap til klinisk praksis. De mener at sykepleiere mister selvtillit i dette arbeidet uten slik støtte over tid. Vi har valgt denne artikkelen fordi den har en litt annen vinkling enn

de andre artiklene. Den ser ikke på holdningene som et hovedproblem, men mangel på kunnskap og støtte. Denne artikkelen fant vi via CHINAL med søkeordene ”nurses attitude AND patients AND drugs, artikkel nr 1 av totalt 42 treff.

#### **4 Opioideavhengighet**

Verdens Helseorganisasjon [WHO] (2010) definerer rusmiddelavhengighet som et syndrom bestående av kognitive, adferdsmessige og fysiologiske symptomer, som indikerer at en person har nedsatt kontroll på bruk av rusmidler. Narkomani er en medisinsk betegnelse for avhengighet av narkotika eller legemidler (Egidus, 2000). . . . Fysisk avhengighet viser seg ved intense fysiske forstyrrelser når pasienten ikke får tilført det narkotiske stoffet lenger. Disse forstyrrelsene er karakterisert ved spesielle symptomer og tegn, psykisk og fysisk, og kan være fra milde til alvorlige. Utviklingen av fysisk avhengighet er noe uforutsigbar, og kan behandles ved gradvis å seponere det narkotiske stoffet. Når avhengigheten av det narkotiske stoffet har blitt psykisk, betegnes den som vanedannende. Kjennetegnet ved toleranse ovenfor narkotika, det som i praksis ofte blir omtalt som psykisk avhengighet, er at pasienten tvangsmessig legger ned betydelige ressurser i få tak i narkotisk stoff. Dette for å gi behag eller unngå ubehag, også etter at smerten og fysiske abstinenser er over (McCaffery & Beebe, 1996). Dette fanger misbrukerne i en ond sirkel og kan ofte føre til mange og sammensatte helseproblemer (Slørdal, 2008; Klingsheim, 2003). Begrepet narkomani har både et medisinsk og sosiologisk perspektiv (Nesvåg, 2012). Dette betyr at vi som sykepleiere ikke bare kan forholde oss til den medisinske kunnskapen om narkotika, men også til samfunnets syn på narkotika og rusmisbruk.

Opioider er en fellesbetegnelse på smertelindrende midler som har samme virkningsmekanisme som morfin. Opioider brukes i helsevesenet som smertelindrende medikamenter (Slørdal & Rygnestad, 2008). Heroin er en syntetisk variant av morfin, som letter kan passere blod-hjerne-barrieren og derfor gir økt effekt i sentralnervesystemet (Slørdal, 2008). Heroin er et illegalt stoff som oftest settes som injeksjoner av opioidmisbrukere. Opioidenes smertelindrende effekt skyldes en kombinasjon av reseptorer som fører til en hevet smerteterskel og samtidig redusert smerte. De har også den effekten at de endrer måten smertesignalene blir oppfattet på i kroppen. Responser som økt blodtrykk og puls er med på å øke og utløse smerter, disse responsene blir hemmet ved bruk av opioider

(Slørdal & Rygnestad, 2008). Rusmisbruk over tid vil føre til endringer i signaloverføringen mellom nervecellene, noe som gir utslag i funksjon og aktiviteten i sentralnervesystemet. Smertesensitiviteten vil øke, og disse misbrukerne vil kunne oppleve mer smerte enn andre. Rusmisbrukerens oppfatning av omverdenen, koordinasjon, kroppsbeherskelse og impulsivitet endres. Rusmisbrukere står således i større fare for å skade seg (Slørdal, 2008).

Rusmisbrukere har ofte dårlig ernæringsstatus og tannhelse, de velger ofte å droppe personlig hygiene på grunn av søken etter rusmidler. Rusavhengighet fører ofte til søvnevansker og en annen døgnrytme enn normalt. Mange opplever skam og stigma fra samfunnet og personer i deres omgivelser, de har ofte et lite og svakt sosialt nettverk og dårlig økonomi (Skoglund & Biong, 2012). Disse faktorene er lett synlig og kan bidra til at samfunnet og sykepleiere møter ruspasienter med fordommer og negative holdninger. I studien til Morgan (2006) kommer det tydelig frem at de fleste rusmisbrukerne er klar over sin situasjon og hvordan samfunnet og mennesker oppfatter og aksepterer dem.

#### **4.1 LAR pasienten**

Rehabilitering av opioidmisbrukere er vanskelig og gjøres som oftest via LAR (Slørdal, 2008). I LAR stilles det ikke krav om total rusfrihet, det siktes heller mot å minske skadene fra et ukontrollert heroinmisbruk (Klingsheim, 2003). Målet med rehabilitering er å gi personen hjelp til å nå sitt optimale helsemessige, sosiale og yrkemessige funksjonsnivå (Haga, 2012). Med andre ord må rehabiliteringen tilpasses nøye hver enkelt person.

Substitusjonslegemiddelet Suboxone er et buprenorfin preparat som virker slik at doseøkninger over et visst nivå ikke vil gi noen økt effekt, noe som minsker faren for overdoser (Slørdal & Rygnestad, 2008). Suboxone inneholder nalokson, et middel mot forgiftninger av opioider, for å redusere faren for misbruk intravenøst. Suboxone gis i slike doser at pasienten unngår abstinenssymptomer, men ikke opplever rus. Medikamentet har mange forsiktighetsregler, interaksjoner og bivirkninger. Det vi finner mest relevant for vår problemstilling er at Suboxone kan maskere smerte på det viset at det hemmer responser fra sentralnervesystemet, økt blodtrykk og puls vil for eksempel ikke synes selv om pasienten har store smerter. Smertelindring med opioider vil ha begrenset effekt ved samtidig bruk av suboxone (Felleskatalogen, 2010).

I en rapport utført av Waal et al. (2009) kommer det fram at de fleste i LAR har kommet seg inn i egen bolig, men at mange sliter med å komme tilbake i arbeidslivet. Erfaringer vi har fra praksis viste at dårlig selvtillit og negative holdninger fra samfunnet var blant faktorene som ofte gjorde det vanskelig å komme tilbake i arbeid. Opptrappingsplanen for rusfeltet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) fastslår at pasienter i LAR har krav på gratis tannhelsetjeneste og økonomisk støtte til for eksempel sosiale tiltak. Å få egen bolig, bedre tannhelse og støtte til sosiale tiltak kan være med på å endre utseendet, fremtreden og selvtilliten til rusmisbrukeren.

## 5 Smerte

Smerte er et fenomen som sykepleiere alltid vil møte, ikke minst i en akutt sammenheng. Dette menneskelige fenomenet har en objektiv side, hvor smerten kan observeres av andre, og en subjektiv side som er pasientens egen erfaring. Det er nødvendigvis ikke samsvar mellom den objektive og subjektive siden, og smerten kan observeres på en annen måte enn den erfares (Nortvedt & Nortvedt, 2001; Berntzen, Danielsen, & Almås, 2011).

Sykepleier som arbeider med pasienter som har smerte, kan ikke bare forstå hvor og hvorfor pasienten har smerte. De må også forstå hva smerte som fenomen innebærer, og hvordan pasienten opplever sin smerte. Fenomenologi er forståelse av smerte som erfaring, og er kjernepunktet i all smertebehandling og smertelindring. Dersom sykepleieren ikke kan se og føle hvordan og på hvilken måte smertene griper inn i pasientens liv, og hvordan den oppleves av pasienten selv, vil pleien i beste fall bli ufølsom og i verste fall føre til feilbehandling. Smerter er en subjektiv opplevelse med mange aspekter, hvordan smerten føles, hvor intens den er og hvor lenge den varer, kan ikke måles av andre enn pasienten selv (Berntzen, Danielsen, & Almås, 2011; Nortvedt & Nortvedt, 2001; McCaffery & Beebe, 1996).

Nortvedt og Nortvedt (2001) nevner to typer smerte, den fysiske og psykiske. Fysisk smerte er symptomer på somatiske plager eller sykdom, men psykisk smerte kan for eksempel skyldes angst og depresjon. Den fysiske smerten kan være så intens at den overskygger alt annet ubehag, som kvalme, tretthet og utmattelse. Den kommer og går uavhengig av vår vilje. Felles for all smerte er ubehaget og følelsen av *å ha vondt*. Følelsen av *å ha vondt* kan være



stikkende, borende, pressende, verkende, dump eller klemmende (Nortvedt & Nortvedt, 2001). Fravær av uttrykk for smerte behøver ikke bety fravær av smerte, dessuten er smertetoleransen individuell og kan variere fra en situasjon til en annen (McCaffery & Beebe, 1996). Smerten kan påvirkes av pasientens tidligere opplevelser, og forhold som pasienten selv anser som vanskelige eller viktige (Nortvedt & Nortvedt, 2001).

Den faktiske smerten kan betviles, men den kan ikke avvises som opplevelse, noe vi mener kan utfordre den profesjonelles holdninger og ansvar. Berntzen et al. (2011) sier at sykepleieren har valget mellom å ha tillit til eller å tvile på pasientens opplevelse. Tviler sykepleier på det pasienten sier, eller ikke registrerer pasientens uttrykk for smerte, kan det bremse for adekvat smertelindring. Det ikke er pasientens troverdighet som skal vurderes, og det er heller ikke sykepleiers oppgave å bedømme den (McCaffery & Beebe, 1996). Det å ikke bli trodd på kan være verre å bære for pasienten enn selve smerten (Nortvedt & Nortvedt, 2001).

For å få en fullstendig forståelse av pasientens smerteopplevelse, mener vi det vil være hensiktsmessig å se det fenomenologiske perspektivet i sammenheng med det biomedisinske perspektivet. Dette til tross for at naturvitenskapen ikke kan gi en fullstendig forklaring på hva som gjør smerte til et så personlig, variabelt og subjektivt fenomen (Nortvedt & Nortvedt, 2001). Kort fortalt innebærer den fysiologiske prosessen at det aktiveres nosisptive smerter av stimuli som gir vevsskade eller truende vevsskade. Smerte nervene kalles nociseptorer og blir ledet fra perifere steder i kroppen via spesielle nervebaner, de nociseptive baner. Vi kan dele nociseptorene i to hovedkategorier. De som har et myelinlag og de som ikke har det. De smertenervene som har et myelinlag har en hurtig ledningshastighet. De gir utslag i følelsen av en stikkende, sterk og overflatisk smerte som kommer raskt og er kortvarig. De smerte nervene uten myelinlag har en langsommere ledningshastighet og gir utslag i følelsen av dype, brennende eller borende smerte som kjennes mindre brå og er langvarig (Sand, Sjaastad, Haug, & Bjålie, 2009). Det er som sagt fremdeles liten viten om hvordan smerte virker og aktiveres via sentrale prosesser i sentralnervesystemet (Nortvedt & Nortvedt, 2001).

## 6 Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee

Joyce Travelbee ble født i New Orleans i 1926 og arbeidet som psykiatrisk sykepleier og lærer i sykepleie utdanningen. Hun presenterer i boka "Mellommenneskelige forhold" sykepleie som en interaksjonsprosess, med fokus på utvikling av relasjoner mellom pasient og sykepleier. I sin teori er hun opptatt av at mennesket er et unikt individ, likt, samtidig ulikt alle andre, i stadig vekst, utvikling og endring (Travelbee, 1999). Det vil si at menneske kan sees på som egenartet og spesielt, og at det hele livet vil stå ovenfor valg og konsekvenser av valgene. Sykepleiens utvikling i Norge bygger på kristen humanistisk tradisjon hvor menneskesynet er påvirket av holistisk tenkning. En holistisk tilnærming innebærer at pasienter må betraktes som mennesker og likeverdige samarbeidspartnere når sykepleie skal utføres (Brinchmann, 2010). Etter vår oppfatning representerer Travelbees menneskesyn en holistisk tankegang, hvor helhetsforståelse er fundamentet i teorien. Hun vektlegger følelser, sammen med kunnskaper, teknisk dyktighet og etisk forståelse, som ifølge Slettebø (2009) vil være et godt grunnlag for å utøve en moralsk forsvarlig praksis. Det å kunne se mennesket i sin helhet mener vi er elementært for å utøve god sykepleie, ikke bare problemet der å da, men også det bakenforliggende. Som nevnt retter Travelbees sykepleietenkning seg spesielt mot de mellommenneskelige aspektene, og vi anser det å skape gode relasjoner og ivareta pasientens autonomi som grunnleggende verdier i all sykepleie. I følge Slettebø (2009) er Travelbees sykepleieteori en interaksjonsteori, der kontakten mellom mennesker er det sentrale.

Travelbee definerer sykepleie slik:

En mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene (Travelbee, 1999 s.29).

Definisjonen beskriver sykepleie som de handlinger som foregår mellom mennesker, både pasienten og de individer den omgir seg med. Videre omhandler sykepleie samarbeid og samhandling mellom kollegaer på ulike nivåer. Hun sier at sykepleieren må hjelpe individet til å finne håp og mestre sykdom. I forhold til vår problemstilling kan det bety at det er vår oppgave som sykepleiere å fremme gode relasjoner til pasienten for å sikre riktig og adekvat smertelindring. Holdninger, kommunikasjon og samhandling som skaper tillit er av stor betydning for best å kunne ivareta og bistå pasienten på en omsorgsfull måte (Travelbee,

1999; Hummelvoll, 2012). Ved å opprette et menneske-til-menneskeforhold antar Travelbee (1999) at målet og hensikten med sykepleien vil oppnås.

### **6.1 Menneske-til-menneskeforholdet**

Travelbee (1999) sier at den viktigste oppgaven i profesjonell sykepleie er å utvikle et menneske-til-menneske-forhold. Dette menneske-til-menneske forholdet hevder hun at skapes gjennom en interaksjonsprosess, hvor det innledende møtet handler om forsterkning av identitet, empati, sympati, oppnåelse av gjensidig forståelse og kontakt. I det legger hun opplevelser, samhandlinger og erfaringer sykepleieren og den syke deler, med det utgangspunkt at de ser hverandre som unike individer. Et forhold av godhet, med respekt og tillit for hverandre kan være et virkemiddel for å nå pasienten.

Å være ”profesjonell” kan i følge Hummelvoll (2012) assosieres med en nøytral og objektiv holdning, der det legges vekt på å skille mellom fag- og privatperson. En annen oppfatning av å fungere ”profesjonelt” er å kunne variere mellom nærhet og avstand, støtte og utfordring, alt etter hva situasjonen krever. Slik vi tolker Hummelvolls oppfatninger av profesjonalitet, handler det ikke om et venneforhold, men at sykepleier må opptre profesjonelt og bruke medfølelsen til konstruktive sykepleierhandlinger, for å etablere en best mulig kontakt mellom pasient og sykepleier. Travelbee (1999) hevder at menneske-til-menneske-forholdet kan ødelegges dersom det ikke sees bort fra rollene som sykepleier og pasient. Dette fordi en stereotyp rolleoppfatning kan unnlate å se det unike i individet. Å se pasienten som et individ, et menneske, handler om å møte pasienten med blanke ark og legge vekk fordommer og tidligere erfaringer. Fordommer er en mening, oppfatning eller innstilling som ikke er basert på fakta, men følelsesmessige, ofte ubeviste reaksjoner. Et eksempel kan være fordommer mot andre mennesker i sosiale grupper enn den man tilhører selv (Egidus, 2000). Gjennom å bruke sine følelser som sympati, empati og ydmykhet, sammen med innsikt og vennlighet, og erfaringer som ikke er fordømmende, kan sykepleieren bevisst lære den syke å kjenne. Dette på grunnlag av hennes oppriktige interesse for å hjelpe. Begrepet empati har en sentral plass i Travelbees sykepleietenkning, som innebærer evnen til å forstå hva den andre tenker å føle. Dette uten å tenke og føle som den andre, men bevisst ta del i følelsene ved å stå utenfor og være objektiv (Travelbee, 1999). Vi kan ikke forstå alt av hva pasienten føler av smerte, men vi berøres av den. På det viset er empati en forutsetning for å oppfatte om pasienten har

smerte, og kunne sette i gang tiltak for å lindre dem. I menneske-til-menneske-forholdet er imidlertid ikke vennlighet og gode hensikter nok. Også sykepleiers kunnskaper, intellekt og ferdigheter er viktig for blant annet å kunne vurdere pasientens behov og hjelp videre (ibid.).

## **7 Sykepleieansvaret**

Ut i fra Travelbees sykepleiedefinisjon består sykepleieansvaret i å hjelpe den syke til å finne mening i situasjonen pasienten er i. I følge yrkesetiske retningslinjer (Norsk Sykepleierforbund [NSF], 2011) er grunnlaget for all sykepleie respekten for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet. All sykepleie er basert på barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter, og skal være kunnskapsbasert. Sykepleien skal videre ivareta den enkelte pasientens integritet, herunder retten til helhetlig omsorg, retten til å være medbesluttende og retten til å ikke bli krenket. Travelbees respekt for individet ser vi samsvarer med yrkesetiske retningslinjer.

I forhold til smertelindring innebærer sykepleierens ansvar å innhente data, observere, kartlegge og vurdere pasientens smerte (Berntzen, Danielsen, & Almås, 2011). Sykepleiere kan sies å være pasientens advokat, fordi de kan sette i verk nødvendige tiltak, og iverksette endringer hvis smertelindringen ikke har tilfredsstillende effekt. Dette gjelder imidlertid ikke legemidler. Ansvar for å begynne, fortsette, endre eller avslutte en behandling med legemidler er legens ansvar i følge helsepersonelloven og gjeldende forskrifter (Bielecki & Børdahl, 2009). Derimot er hun ansvarlig for legemiddel administrering, noe som krever koordinering og samarbeid med kollegaer. Videre vil relasjonsbygging til pasienten være viktig for å observere behov, virkning og bivirkninger av administrerte legemidler (Berntzen, Danielsen, & Almås, 2011).

Som sykepleiere har vi et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie. Det betyr at vi har ansvar for å sette oss inn i gjeldende lovverk og kjenne grensene for egen kompetanse, samt søke veiledning i vanskelige situasjoner (NSF, 2008).

De fire prinsippers etikk er et praktisk-etisk rammeverk, med utgangspunkt i medisinsk etikk. Ved å vektlegge det enkelte prinsipp, kan det begrunnes ulike handlingsmåter ved hjelp av prinsippene (Slettebø, 2009).

Autonomiprinsippet omhandler plikten til å respektere autonome personers beslutning. Dette vil si at vi som sykepleier har plikt til å respektere pasientens valg (Brinchmann, 2010). I studien til Blay et al.(2012) beskrives pasientopplevelsen, hvor det kommer frem at sykepleierne kunne hatt bedre holdninger. Disse dårlige holdningene kan være med på å styre i hvilken grad sykepleier gir pasienten muligheten til å ta egne valg.

Velgjørhetsprinsippet bygger på plikten til å gjøre godt mot andre, som å vise omsorg og respekt (Brinchmann, 2010). Morgan (2006) fant ut at rusmisbrukerne ofte følte mangel på respekt fra sykepleierne, og følte at det gikk utover omsorgen de mottok.

Et tilnærmet prinsipp er ikke-skadeprinsippet. Dette innebærer å tenke konsekvenser av handlinger, slik at det ikke påfører andre skader (Brinchmann, 2010). I studien til Blay et al.(2012) forteller fleste rusmisbrukerne at de var fornøyd med smertelindringen, til tross for at de ikke følte seg tilfredsstilt smertelindret. Grunnen til at de var fornøyd var at de følte sykepleierne gjorde sitt beste for å oppnå adekvat smertelindring. Det å unnlate å gi adekvat smertelindring kan påføre pasienten unødvendig smerter, stress og uro, som da vil være til skade for pasienten.

Rettferdighetsprinsippet favner plikten til å behandle like tilfeller likt, og til å fordele ressurser rettferdig (Brinchmann, 2010). En ruspasient har like rettigheter som andre pasienter (NSF, 2011). For at en opioidavhengig pasient skal oppnå adekvat smertelindring på lik linje med andre pasienter trengs større doser opioider enn hos andre pasienter(Li et al.2012). Selv om målet er å gi likestilt smertelindring til disse to pasientgruppene, vil det være nødvendig med forskjellige fremgangsmåter.

Pasientens autonomi og selvbestemmelsesrett skal stå i fokus. I den sammenheng vil paternalistiske holdninger hos helsepersonell bli sett på som negativt. Paternalisme vil si at sykepleier bestemmer hva som er best for pasienten (Brinchmann, 2010).

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) omhandler pasientens rettigheter og skal sørge for at alle får lik tilgang til helsetjenester. Den sier også at alle pasienter skal ha medbestemmelsesrett i forhold til sin behandling, noe vi kan se at ruspasientene ikke alltid får i forhold til smertelindring. Ruspasienter har sine fulle menneskelige rettigheter uansett hvor avvikende deres adferd er. De kan ha mistet evnen til å ivareta sine rettigheter, men har dem fullt ut likevel (Hummelvoll, 2012).

Helsepersonelloven (1999) skal bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helsetjenesten, samt tillit til helsepersonell og helsetjeneste. For å sikre kvalitet i tjenesten må sykepleier holde seg faglig oppdatert, ha gode kunnskaper og holdninger til smertelindring og ruspasienter. Det er blant annet sykepleiers plikt å sørge for at pasienten integritet blir respektert, og at hans rettigheter blir ivaretatt (Hummelvoll, 2012).

## **7.1 Smertelindring**

Nortvedt og Nortvedt (2001) mener at smertelindringens utgangspunkt er at den skal beskytte pasientens integritet og understøtte hans verdighet. Forfatterne belyser hvor viktig det er med god smertelindring for at pasienten skal kunne leve et verdig liv og gjøre det som er verdifullt og betydningsfullt for han selv. Hummelvoll (2012) fremhever viktigheten av at pasienten blir møtt med forståelse for sine smerter for å få nødvendig smertelindring. Vi tolker dette som gjeldende for rusmisbruker pasienten så vel som andre pasienter. Smertelindring er ikke bare å gi pasienten medikamenter mot smerte, men også å møte pasienten med forståelse og respekt, vise evne til empati og bygge gode relasjoner. Uten et tillitsfylt pasient - pleier forhold vil smertelindring være vanskelig. For å oppnå tillit kreves gjensidig respekt. Frost (s.a.) tolker respekt slik:

... vårt norske verbum: 'respektere', som betyr: 'å se om igjen, se på ny' .... respekt dreier seg om å demonstrere en høyt utviklet evne til å kunne ta et skritt til siden og se om igjen på vår egen måte å se på, se om igjen på egen synsevne, lytteevne, akseptasjonsevne, forståelsesevne, hjelpeevne (Frost, s.a.).

Med andre ord er vi som sykepleiere nødt til å reflektere over våre egne holdninger og evner til å sanse pasienten, og hvordan det kommer til uttrykk i møte med ruspasienten. Evnen til å se, lytte, vise empati og akseptere er viktige momenter for å hjelpe pasienten.

Pasienter med bruddskader har ofte store smerter, med smertetopper ved mobilisering og trening. Det er derfor viktig med god smertelindring for at pasienten skal kunne aktiveres så tidlig som mulig etter operasjonen for å unngå komplikasjoner, og for å føle velvære (Grønsløth, Roa, Kjønneøy, & Almås, 2011). For å få til god smertelindring er det viktig at sykepleier gjør gode observasjoner og kommuniserer godt med pasienten. Viktige observasjoner knyttet til smerter er blant annet blodtrykk, puls, obstipasjon, oppkast, ansiktsuttrykk, hudfarge, pupillstørrelse, respirasjon, kroppsholdning og emosjonelle uttrykk (Wøien & Strand, 2008). Sterke smerter kan føre til symptomer fra det autonome nervesystemet som at blodtrykket og pulsen stiger, huden blir blek og klam, pasienten svetter, pupillene blir utvidet og pasienten får hurtig respirasjonsfrekvens. Kommunikasjon med pasienten er også veldig viktig for å få et korrekt bilde og forståelse av pasientens smerter.

Smerte er en personlig erfaring og hvert enkelt individ tolker og reagerer forskjellig på smerter. Derfor er det viktig å bruke smerteskalaer og skjemaer for å registrere pasientens smerte for å sikre en individuell og optimal smertelindring. Slike skalaer krever gode relasjoner til pasienten slik at han føler tillit nok til sykepleier til å kunne fortelle ærlig hvordan han føler smerten. Det er tross alt bare pasienten selv som kan kjenne hvordan smertens føles, hvor intens den er og hvor langvarig den er (Berntzen, Danielsen, & Almås, 2011).

Selv om det er legen som foreskriver og bestemmer valg av smertelindrende medikamenter, skal sykepleier ha grunnleggende kunnskaper innen farmakologi. Det er derfor viktig å vite at en opioidavhengig pasient vil trenge større dose opioider for å oppnå smertelindring enn en rusfri pasient. Det vil også være vesentlig å vite at nedtrapping av smertelindring med opioider bør skje langsamt for å unngå abstinenser. For å sikre adekvat smertelindring kreves også et godt samarbeid på tvers av yrkesgruppene. (Kongsgaard, Bell, & Breivik, 2005). Det er sykepleiers oppgave å administrere smertelindrende medikamenter, observere behovet, virkning, og bivirkninger. Og det er legens oppgave å forskrive medikamentene (Bielecki & Bør Dahl, 2009). For at pasienten skal få en adekvat smertelindring ser vi at det kreves et godt samarbeid mellom lege og sykepleier.

I følge Travelbee vil alle mennesker i løpet av livet komme til å oppleve smerte i en eller annen form. Erfaringen som denne smerteopplevelsen gir oss kan vi senere bruke i møte med andres lidelse. På tross av egenerfart smerte, vil det likevel ikke være mulig for noen og fullt ut forstå den andres smerteopplevelse. Som sykepleier må man lære seg å observere tegn på om pasienten har smerter, og videre gjøre forsøk på å anslå graden av smerte. Men å vurdere smertens intensitet helt riktig vil være umulig. Travelbee mener det er viktig å ta i betraktning hvordan omverden reagerer på den som er smertepåvirket. Om pasienten får den hjelpen og lindringen som han har behov for, om han føler seg sett og hørt og ivaretatt, er faktorer som vil innvirke på hvordan han takler sine smerter (Travelbee, 1999). Videre hevder hun at sykepleiers holdninger vil påvirke smertelindringen av enkelte grupper.

Smertelindring til opioidavhengige er spesielt utfordrende. Det krever nøye oppfølging og innsats fra sykepleier, som også må samarbeide med andre yrkesgrupper. Det er viktig å håndtere pasientens forventning til smerte. Han må være informert om at det ventes smerter etter et kirurgisk inngrep, og at det ikke kan forventes å være helt smertefri, selv med god smertelindring. Sykepleier må forsikre han om at hans smerter vil bli tatt på alvor og håndtert på en forsvarlig og effektiv måte (Kongsgaard, Bell, & Breivik, 2005).

## **8 Holdninger**

Når vi skal se på sykepleiers holdninger til opioidavhengige pasienter, vil fokuset rettes mot sykepleiers adferd i relasjonen til rusmisbrukerne. Vi mener at adferden til en annen person er sentral når vi ser på relasjonen mellom sykepleier og pasient.

Psykologen Håkonsen definerer holdning som ”en holdning er en spesiell tilbøyelighet til å reagere på en bestemt måte overfor andre mennesker, ting eller hendelser” (Håkonsen, 2009, s.205). Han vektlegger også vår adferd i forhold til en annen person i sin definisjon av begrepet. Dette underbygges av Travelbee (1999), som sier at forutsetningen for å bruke seg selv terapeutisk er at man er oppmerksom på hvordan ens egen adferd virker inn på andre mennesker. Selvinnsikt og selvforståelse, forståelse for menneskelig adferd og evnen til å forutse både egen og andres adferd er viktig. Samtidig sier Håkonsen at det er forutbestemt hvordan vi reagerer, fordi vi på forhånd har gjort oss opp en mening om situasjonen eller personen i forkant. Holdninger er ikke noe som forandres på en enkel måte, de er noe vi har



med oss over tid. Å endre holdninger er tidkrevende og koster den enkelte noe å gjennomføre (Håkonsen, 2009). Dette understreker at holdninger er vanskelig å endre på, og at det i praksis kan bety at det er mulig å ha andre holdninger enn det vi vet er kunnskapsmessig best.

I følge Håkonsen (2009) består holdninger av tre forskjellige komponenter. Den kognitive (tankemessige) delen består av tankene og synspunktene vi får gjennom opplevelser og erfaringer, og omfatter det vi lærer om noe. Den følelsesmessige delen innebærer positive eller negative følelser som utløses, mens den adferdsmessige delen omfatter hvordan vi handler og reagerer. Tankene og synspunktene våre utløser en følelsesmessig reaksjon som kan være positiv eller negativ. Den følelsesmessige reaksjonen utløser en handling, som tydeligst uttrykker våre holdninger. Det kan tyde på at det er gjennom adferden vår at holdningene kommer best til syne. Holdningene for seg selv kan imidlertid ikke påvirke våre handlinger. Situasjonen vi er i påvirker adferden vår i stor grad. På tross av våre klare holdninger til noe, vil ofte situasjonen vi befinner oss i, bidra til at vi ikke oppfører oss i samsvar med disse holdningene (Håkonsen, 2009). Holdninger påvirkes ikke bare av følelser, de kan også være situasjonsbetinget.

I forhold til samfunnets holdninger, har rusmisbrukere brutt mange grenser for hva som er et anstendig menneskeliv (Klingsheim, 2003). Slik vi ser det kan dette være en grunn til at synet på narkomane og deres levemåte oppfattes som negativt hos grupper i samfunnet, som ikke i samme grad lever utenom normen i samfunnet. Det er nærliggende å tro at de sammen holdningene også deles av sykepleiere, og at det vil være naivt å tro at sykepleiere ikke påvirkes av samfunnets syn. Aadland (2002) hevder at selv om sykepleier opptrer profesjonelt i omsorgsrollen, kan hun møte narkomane pasienter med en forforståelse. Det vil si en bevisst eller ubevisst forventning om hvordan noe kommer til å bli. Etter vår oppfatning tyder teorien på at kunnskap bidrar til å forme holdninger, sammen med personens følelser og adferd.

Sykepleierrollen sett i historisk lys la stor vekt på holdninger og følelser i utøvelsen av sykepleien (Slettebø, 2009). For å bli en god sykepleier holdt det ikke med å være teknisk dyktig. Karakterdannelsen hørte med, jamfør dydsetikken, og bevisstgjøring av holdninger som fremmet helse hos pasienten var en viktige egenskaper ifølge Hagemann (Slettebø, 2009).

## 8.1 Sykepleiers kunnskaper

Kunnskapsbasert praksis defineres av Nordtvedt, Jamtvedt, Graverholt & Reinart (2008, s. 15) på følgende måte: ”Å utøve kunnskapsbasert praksis er å ta sykepleiefaglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen”. Det vil si at sykepleier skal handle ut fra både forskningsbasert og erfaringsbasert kunnskap, samt imøtekomme pasientens individuelle behov der og da.

Sykepleiekunnskap kan deles inn i teoretisk-, praktisk-, etisk- og erfaringskunnskap. Teoretisk kunnskap danner grunnlaget for hvordan og hvorfor sykepleiere skal utøve sitt fag, og utgjør fundamentet for å forstå, handle og reflektere. Den praktiske kunnskapen handler om å beherske teknikker, metoder og fremgangsmåter som er relevante for sykepleie. Etisk kunnskap innebærer å integrere sykepleiefagets verdigrunnlag på en måte som gjenspeiler seg i handlinger og holdninger. Det handler om hvordan sykepleiere bedømmer situasjoner og dermed handler moralsk riktig. Ofte oppstår dilemmaer hvor etisk kunnskap og refleksjon danner grunnlaget for hvordan sykepleier skal håndtere de ulike situasjonene. Nærhetsetikken og dydsetikken favner spesielt etisk teori som omhandler holdninger, væremåte og relasjoner (Brinchmann, 2010). Erfaringskunnskapen omhandler anvendelse av teoretisk kunnskap, og om å trene opp og å bruke ferdighetene. Det er den enkelte sykepleiers samlede erfaringer, som er ervervet gjennom livserfaring og yrkespraksis. Som sykepleiere trenger vi både praktiske ferdigheter, rasjonelle ferdigheter og samhandlingsferdigheter (NSF, 2008). Vår sykepleiekompetanse vil således kreve at teoretisk, praktisk og etisk kunnskap samt erfaringskunnskap virker sammen og gjennom ulike prosesser, som for eksempel ved intuisjon, erfaring og refleksjon.

Forskning har i den senere tid gitt oss mye kunnskap om smerter, og det er viktig at sykepleier har oppdaterte kunnskaper for å yte profesjonell smertebehandling. For at sykepleien skal bli helhetlig, må det mellommenneskelige aspektet som empati og omsorg følge med den profesjonelle kunnskapen (Sneltvedt, 2010). Sykepleier har selv ansvar for å være bevisst sine verdier og holdninger for å yte best mulig smertelindring (Nordtvedt & Nordtvedt, 2001).

## 8.2 Kommunikasjon og relasjon

Travelbee (1999) betegner kommunikasjonsprosessen som et redskap for å etablere menneske-til-menneskeforholdet, som er et middel for å realisere sykepleiens mål og hensikt. Hun beskriver kommunikasjonsteknikker som gjelder både ved samtaler og non-verbale signaler som sendes ut i samhandlingen mellom mennesker.

Eide & Eide (2010) sier at kommunikasjon er utveksling av informasjon mellom individer og grupper, og er et viktig hjelpemiddel for sykepleiere i møte med pasienter og kollegaer. I sykepleie brukes begrepet profesjonell kommunikasjon. Dette innebærer blant annet aktiv lytting og samtaleferdigheter, som skal være anerkjennende, samt skape trygghet og tillit. Den er etisk begrunnet i verdier som likeverd, hensyn til pasientens beste og respekt for pasientens rett til selvbestemmelse (Eide & Eide, 2010; Hummelvoll, 2012).

Kommunikasjon er både verbal og nonverbal. Verbal kommunikasjon er formidling av budskap ved hjelp av ord, skriftlig eller muntlig. Den nonverbale kommunikasjonen foregår blant annet gjennom gester, ansiktsuttrykk og kroppsbevegelser. Den viktigste funksjonen til nonverbal kommunikasjon er det å møte pasienten på en bekræftende, oppmuntrende og støttende måte, for å skape trygghet og tillit, slik at pasienten kan åpne seg og dele sine tanker og følelser (Eide & Eide, 2010). Dette vil være vesentlig for at pasienten tørr å formidle sin reelle smerte. Som sykepleier er det viktig å se pasientens nonverbale kommunikasjon, samtidig må vi huske at vårt eget nonverbale språk vil bli sett og tolket. Kommunikasjonen forekommer ikke bare bevisst, da vi ofte sender ut ubevisste signaler til den vi kommuniserer med. I slike tilfeller er det vanskelig å skjule hvilke holdninger sykepleier har ovenfor pasienten (Travelbee, 1999). Ansikt, blick, kropp, stemme, berøring, tempo, stillhet og ikke ord er åtte kanaler for nonverbal kommunikasjon. Sykepleieren må lære å kjenne sine egne reaksjoner og hvordan de kommer til uttrykk, da kan man bli mer var for hvordan pasienten oppfatter en. Ved å ha rolige bevegelser og gjester som underbygger det som ellers blir formidlet viser man pasienten oppmerksomhet og interesse. Det kan skape trygghet og stimulere pasienten til å fortelle ærlig om sine rusproblemer og smerter. Ro og kroppslig fremtreden forteller pasienten at man er åpen for og opptatt av pasienten. Stemmen kan fortelle mye om en person, og følelsene vil påvirke klangen i stemmen. Derfor vil det også her

være viktig å være rolig og finne en naturlig og henvendt tone (Eide & Eide, 2010; Hummelvoll, 2012).

Svikt i kommunikasjonen kan forekomme, og en årsak kan være sykepleiers forutinntatte holdning overfor pasienten som hun har omsorg for. Denne holdningen kan hindre sykepleier i å se det unike i personen. Andre årsaker kan være at det som blir sagt ikke blir forstått av mottakeren, eller at sykepleier ikke har god nok evne til å lytte. For å unngå kommunikasjonssvikt er det viktig å sette av tid, for aktivt å gå inn i samhandlingen og signalisere interesse for det pasienten har å si. En effektiv måte å stenge for videre kommunikasjon er å ikke vise tilstrekkelig interesse (Travelbee, 1999)

## **9 Hvordan kan sykepleiers holdninger til ruspasienter påvirke smertelindring? Hva skal til for å endre sykepleiers holdninger?**

I dette kapittelet vil vi diskutere vår litteratur for å komme fram til svar på problemstillingen: Hvordan kan sykepleiers holdninger til ruspasienter, innlagt i sykehus, påvirke smertelindringen? Hva skal til for å endre sykepleiers holdninger?

### **9.1 Hva er holdninger og hva skal til for å endre de?**

Travelbee (1999) hevder at man må se pasienten for den han er, det unike individet. Det vil si å møte ruspasienten med blanke ark og bli kjent uten å legge til fordommene man kanskje har om rus. Hun mener også at man må se hele pasienten, ikke bare sykdommen. I forhold til vår problemstilling vil det si at man ser hele pasienten, ikke bare rus og smerter. Av erfaring vet vi at det dessverre er fort gjort å ta med seg fordømmende holdninger inn i møtet og behandlingen av pasientene. Vi har sett at mange sykepleiere blir forutinntatt og gruer seg for å møte pasienter med rusproblemer. Det vil da være viktig å huske Travelbees formening om å se hver enkelt pasient som et unikt individ og se bort i fra sykdommen, som i dette tilfellet tenkes på som rusproblemer.

Fra oppveksten av ble vi opplært til å ha holdninger som skulle gi oss et sunt standpunkt i forhold til rusbruk, og fra selv å havne i et rusmiljø. Rusavhengige mennesker ble sjeldent akseptert som våre venner eller som en del av vårt sosiale nettverk. Vi følte frykt, avsky og uforståelighet ovenfor denne gruppen individer i samfunnet, og tok derfor avstand. Vi har

kanskje en tendens til å føle oss hevet over rusmisbrukere, vi ser ned på dem og anser oss selv for å være mer autoritære enn dem. Selv om dette er våre egne erfaringer tror vi at mange i dagens samfunn deler disse tankene og følelsene. Det er viktig å erkjenne våre oppriktige tanker og følelser for at vi skal kunne endre vår holdning (Travelbee, 1999; Håkonsen, 2009).

Håkonsen (2009) deler holdninger inn i tre komponenter, tankemessig, følelsesmessig og adferdsmessig. Tanker og følelser utløser en handling som viser vår holdning. Vi tenker derfor at kunnskap bidrar til å forme en holdning på grunn av at kunnskap vil kunne være med på å styre følelser og tanker. Allikevel kan følelsene og tankene være så tungtveiende at nye kunnskaper ikke er nok. Med andre ord må nye kunnskaper ikke bare læres, de må bearbeides for å kunne endre holdningene. Dette underbygges av Ford et al.(2008) som sier at ny kunnskap ikke er nok, det trengs støtte og muligheter for diskusjon med fagpersonell, slik at kunnskapen kan overføres til klinisk praksis.

Håkonsen (2009) påpeker at det å endre holdninger er tidkrevende og arbeidsomt. I en hektisk hverdag både i og utenfor arbeid kan det være mange som ikke tar seg tid til å fornye kunnskapene og reflektere over sine egne holdninger. Studiene vi har nevnt påpeker viktigheten av økt kunnskap om smerter, smertelindring og ruspasienter. De sier også at rutiner og retningslinjer er viktig. Ford et al.(2008) trekker fram viktigheten av støtte for å kunne endre holdninger. Alt dette tar tid, og det kreves at hver enkelt sykepleier, og ledelsen på arbeidsstedet, er villig til prioriterer å sette av tid. Yrkesetiske retningslinjer og helsepersonelloven (1999) sier at man er pliktet til å holde seg oppdatert innen forskning og nye kunnskaper. Vi ser fra erfaring at dette kan være en utfordring enkelte steder.

Håkonsen (2009) nevner at holdninger kan være situasjonsbetinget. Sykepleiers profesjonalitet kan gjøre at hun opptrer med en annen adferd enn det hennes holdninger skulle tilsi. Håkonsen (2009) mener derfor at det er viktig å ha en bevist oppfatning av holdninger og være kjent med faktorer som inngår i begrepet. I studien til Morgan (2006) påpeker sykepleierne som deltok at de selv måtte bli flinkere til å være bevisst sin egen fremtreden ovenfor ruspasientene. Det er med andre ord viktig å reflektere over sin egen fremtreden og huske at man trer inn i en rolle, når man jobber som sykepleier. Travelbee (1999) sin teori sier derimot at menneske-til-menneskeforholdet ikke kan skapes og opprettholdes, dersom man

ikke ser bort i fra rollene som sykepleier og pasient. Det kreves derfor nøye refleksjon og overveielse over egen rolle når sykepleie utføres. Egne følelser og tanker må settes til siden for å kunne gi profesjonell pleie og vise respekt. Frost (s.a.) sier at å vise noen respekt betyr at man må tenke gjennom sine egne evner til å se, lytte, akseptere, forstå og hjelpe pasienten.

Å ha en profesjonell tilnærming til situasjonen og ruspasienten, som man i utgangspunktet har en negativ holdning til, kan bidra til en mest mulig adekvat smertelindring (Håkonsen, 2009). Kelleher referert i Li et al.(2012) mener at helsepersonellens holdninger til rusmisbrukere kan påvirke denne pasientgruppens behandling på en negativ måte. Bevissthet til egne holdninger kan derfor bidra til å handle på en annen måte enn holdningene forutsier.

Blay et al. (2012) trekker fram sykepleiers negative holdninger til ruspasienter, som grunnen til at rusmisbrukerne følte mangel på respekt, og at deres smerter ikke ble tatt på alvor. Li et al.(2012) sin studie viser at sykepleiere ofte kan ha et stereotyp og negativt syn på rusmisbrukere. Studiene vi har brukt er alle entydige i at sykepleiere har en negativ holdning til rusmisbrukere. Sykepleiers mangel på kunnskaper og negative holdninger til rus og rusmisbrukere kan påvirke omsorgen disse pasientene får på en negativ måte. Smertelindringen kan bli ufølsom og feilaktig, og påføre pasienten unødvendig smerte og lidelse. Dersom sykepleier har manglende kunnskap og erfaring tenker vi det vil være naturlig at hun deler noe av samfunnets syn og holdninger til ruspasienten. Disse holdningene vil være med å skape dårlige relasjoner til pasienten. En avklart forståelse om kunnskap og holdninger kan bidra til at samfunnets oppfatning får en mindre sentral rolle for sykepleiers tilnærming til denne pasientgruppen.

Etisk kunnskap innebærer å integrere sykepleiefagets verdigrunnlag på en måte som gjenspeiler seg i handlinger og holdninger (NSF, 2008). Velgjørhetsprinsippet i etikken bygger på at vi blant annet skal vise pasienten omsorg og respekt (Brinchmann, 2010). Pasientene i studien til Morgan (2006) fortalte at de ofte følte mangel på respekt fra sykepleierne og at det gjenspeilet seg i deres pleie og omsorg. Ikke skadeprikket i etikken innebærer at sykepleieren tenker konsekvenser av sine handlinger. Handlinger vil være måten sykepleieren tar seg på i møte med pasienten, og de viser hvilke holdninger hun har. Dersom sykepleieren viser dårlige holdninger ovenfor ruspasienten, vil det føre til negative

konsekvenser, som blant annet at pasienten ikke føler seg respektert. Respekt og tillit er avgjørende for et god menneske-til-menneskeforhold og adekvat smertelindring. Studiene vi har brukt påpeker at kunnskap er viktig for å skape gode holdninger. Selv om sykepleier mangler kunnskap om rus og smertelindring, tror vi at hun vil kunne unngå å vise negative holdninger ovenfor pasienten, dersom hun tar etiske prinsipper og de yrkesetiske retningslinjene i betraktning.

## **9.2 Kommunikasjon og relasjonsbygging - innvirkning på smertelindringen**

Travelbee (1999) mener at man må opprette et menneske-til-menneske forhold for å oppnå målet med sykepleie. Å bygge relasjoner til et annet menneske kan være tidkrevende, og i enkelte tilfeller kan det oppleves vanskelig. Relasjonsbygging er likevel en svært viktig del av det å kunne se hele mennesket, som bygger på den holistiske tanke gangen. Etter vår mening fjerner vi oss fra muligheten til å utøve helhetlig omsorg og pleie dersom vi ikke tar oss tid til å bygge relasjoner. Blay et al. (2012) trekker fram at god smertelindring krever et godt forhold mellom pleier og pasient, preget av gjensidig tillit. I Morgan (2006) sin studie kommer det fram at ruspasientene føler at de ikke blir trodd på når de rapporterer sine smerter, og at de må legge strategier og spille et spill for å oppnå adekvat smertelindring. Dette strider imot Travelbees formening om å se hvert enkelt individ og legge til side sine fordommer i møte med pasientene.

Eide og Eide (2010) mener at en viktig funksjon til nonverbal kommunikasjon er det å møte pasienten på en bekreftende, oppmuntrende og støttende måte, og da skape den trygghet og tillit som trengs for at pasienten kan åpne seg og dele sine tanker og følelser. I studien til Morgan (2006) forteller mange av rusmisbrukerne at de lett gjennomskuer sykepleiers holdninger og oppfatninger av dem, de merker at sykepleierne ikke tror på dem og ikke viser interesse for deres smerter. Vi ser at det vil være viktig å være bevisst våre holdninger og hvordan de påvirker kommunikasjonen med ruspasienten. Hvor vidt vi tar pasientens smerter på alvor og viser interesse og oppmerksomhet. Slik vil sykepleieren bli mer oppmerksom på hvordan pasienten oppfatter en. Studien til Blay et al.(2012) sier at god smertelindring krever et godt samarbeid preget av tillit mellom sykepleier og pasient. For å oppnå tillit er nonverbal kommunikasjon et vesentlig verktøy for sykepleieren, hun må kunne tyde pasientens nonverbale kommunikasjon og være bevisst sin egen.

Travelbee (1999) legger stor vekt på det mellommenneskelige forholdet, noe som krever tid. Sykepleier må sette av tid til aktivt å gå inn i samhandlingen og signalisere interesse for det pasienten har å si. Natan et al. referert i Li et al. (2012) hevder at det fortsatt er sykepleiere som mener at rusavhengighet er selvforskyldt, og at sykepleiere ofte er lite villige til å bruke tid på denne pasientgruppen. Dette underbygges i studien til Morgan (2006) hvor en av deltakerne forteller at sykepleier en gang sa til ham: ”du kan skylde deg selv”. Funnene i disse studiene strider imot de yrkesetiske retningslinjene (NSF, 2011) som sier at sykepleie skal baseres på blant annet barmhjertighet og omsorg. Vi mener at sykepleier må akseptere at selv om rusavhengighet kan være selvforskyldt, er det en sykdom. Ruspasienter har på lik linje, med pasienter uten rusmisbruk, rett til å bli behandlet med barmhjertighet og omsorg, noe som også er lovfestet i Pasientrettighetsloven (1999). Velgjøringsprinsippet innebærer at sykepleier skal gjøre godt mot andre ved å vise omsorg og respekt. Det kommer tydelig fram at sykepleieren som behandlet ruspasientene i studien til Morgan (2006) ikke viste omsorg og respekt. Dersom sykepleier ikke anerkjenner pasienten vil det kunne føre til tillitsbrudd og dårlig kommunikasjon. Det er ikke forenelig med ikke-skadeprinsippet, som innebærer å tenke konsekvenser av handlinger.

For å oppnå gode relasjoner til pasienten kreves gjensidig tillit. Menneske-til-menneskeforholdet kan ofte bli komprimert hvis ikke sykepleier ser bort i fra rollene som sykepleier og pasient mener Travelbee (1999). I menneske-til-menneskeforholdet vil rollen som sykepleier kunne ha mye makt i forhold til pasienten. Studien til Morgan (2006) forteller at ruspasientene følte de ble sett på som en junkie og ikke respektert. Vi mener det vil være viktig at sykepleier utøver makten på en slik måte at pasienten ikke mister sin verdighet og respekt.

### **9.3 Sykepleiers kunnskap - innvirkning på smertelindring**

Teorien tyder på at kunnskaper bidrar til å forme holdninger sammen med følelser og adferd. Ford et al. (2008) konkluderer med at det ikke er sykepleiers holdninger som skaper problemer i situasjoner hvor de møter rusmisbrukere, men at det er mangel på kunnskap og støtte fra medarbeidere og spesialister innen fagfeltet. Haber et al. sitert i Li et al. (2012)



opsummerer med at det er lite empiri som ligger til grunn for håndtering av smerte hos rusmisbrukere. Som vi ser er det flere studier som nevner kunnskapsmangelen som et av hovedproblemene i møtet med ruspasienter, men at det også kreves støtte og muligheter for diskusjoner og noen å spørre. De yrkesetiske retningslinjene (NSF, 2011) sier også at sykepleier skal holde seg oppdatert på kunnskap, og at de plikter til å søke råd og erfaringer dersom de ikke innehar tilstrekkelig kunnskap selv. Erfaringsmessig har vi sett at mange sykepleiere blir forutinntatt og gruer seg for å møte ruspasienter. I studiene vi har brukt er det enighet om at manglende kunnskap og støtte er grunnen til at sykepleier møter pasienten med forutinntatthet. Dersom sykepleier har manglende kunnskap og erfaring vil det være naturlig å tenke at hun deler noe av samfunnets syn og holdninger til ruspasienten. En avklart forståelse om kunnskap og holdninger kan bidra til at samfunnets oppfatning får en mindre sentral rolle for sykepleiers tilnærming til denne pasientgruppen.

I følge de yrkesetiske retningslinjene har sykepleier ansvar for å holde seg faglig oppdatert. Helsepersonelloven (1999) sier at vi er pliktig til å utøve vårt arbeid i samsvar med kravene som stilles om faglig forsvarlighet. Det betyr at vi skal innhente kunnskap som også omhandler pasienter med rusmisbruk og smertelindring. Det er ikke ledelsen på arbeidstedet som sitter med hele ansvaret for at personalet holdes oppdatert på kunnskap. Det kreves at hver enkelt sykepleier til en hver tid tar initiativ til å søke nye kunnskaper. Som sykepleier kreves det derfor at man er faglig nysgjerrig og engasjert. Ettersom sykepleie er et veldig vidt fag, er det naturlig og nødvendig at noen viser mer interesse for enkelte fagområder. Av erfaring vet vi at mange arbeidsplasser i helsevesenet danner faggrupper. De har ansvar for å holde seg oppdatert, og hjelpe til med aktuelle prosedyrer og retningslinjer for avdelingen. Dette mener vi kan være en god løsning for at flest mulig holder seg oppdatert. Man vil kunne jobbe med de fagområder som er av spesiell interesse. Dette vil danne ytterligere grunnlag for støtte og muligheter til å rådføre seg med medarbeidere som har utvidet sin kompetanse innen ulike fagfelt. Dette støttes av Ford et al. (2008) som trekker fram viktigheten av støtte og muligheter for diskusjon og rådføring.

Som sykepleiere skal vi ha kunnskap om de ulike lover og retningslinjer som styrer og påvirker tilnærmingen til pasientene, for å kunne støtte dem og hjelpe dem på en best mulig måte. Samtidig er det viktig å ha et reflektert og fornuftig forhold til lovverkene, slik at det

kommer pasienten til gode på en naturlig og best mulig måte. Nærhetsetikkens tenkning legger vekt på at sykepleier må ha evne til å utvise skjønn og tenke fornuftig i hvert enkelt pasienttilfelle. Selv om alle pasienter har krav på lik behandling, betyr ikke det at å behandle alle likt gir like god pleie til alle. Man må kunne se hvert enkelt individs behov for å oppnå de samme målene med pleien.

Brinchmann (2010) deler sykepleiekunnskap inn teoretisk-, etisk-, og erfaringskunnskap. Mange av studiene vi har referert til påpeker at sykepleiere trenger mer kunnskap om smerte, smertelindring og rus. Hvis man ser på Brinchmanns måte å dele inn kunnskap på, vil det kunne tenkes at dersom man får ny teoretisk kunnskap uten å ha etisk-, og eller erfaringskunnskap vil holdningsendring utebli. Ford et al.(2008), mener at ny kunnskap trenger støtte og muligheter for refleksjon og diskusjon, for å være holdnings- og adferdsendrende.

En sykepleieroppgave er å vurdere pasientens smerte. Smerten er ikke bare subjektiv men også uforutsigbar og vil være individuell. Smertekartleggingsverktøy er et anbefalt redskap, for å dokumentere nettopp den subjektive og individuelle følelsen av pasientens smerte. Li et al. (2012) trekker fram at sykepleiere ikke er flink nok til å bruke smertekartleggingsverktøy, noe som underbygges av Blay et al. (2012). Kelleher og Cotter referert i Li et al. (2012) mener noe av grunnen kan være manglende kunnskap, tid og misstillit til pasientens troverdighet. For å kunne bruke slike smertekartleggingsverktøy kreves gjensidig tillit mellom sykepleier og pasient. Sykepleier må stole på pasientens påstander om sin smerte, og pasienten må ha tillit til at sykepleier tror han og tar han på alvor. Alford, Compton og Samet referert i Li et al. (2012) mener at nøyaktig kartlegging av pasientens smerte kan redusere sjansen for å bli lurt og manipulert av ruspasienten. Erfaringsmessig har vi sett lite bruk av smertekartleggingsverktøy. Vi har også observert at mange sykepleiere ikke tar pasientens smerter på alvor, og kan i noen tilfeller tolke det som russøkende adferd.

I tillegg til smertekartleggingsverktøy er det andre kliniske observasjoner som sykepleier skal foreta i forhold til smerte. Sterke smerter kan føre til reaksjoner fra sentralnervesystemet som øket puls og blodtrykk, huden blir klam og muskulaturen spenner seg. Ved bruk av substitusjonslegemidler kan disse responsene bli hemmet. Sykepleier bør derfor ha kunnskap

om substitusjonslegemidler når hun gjør sine kliniske vurderinger. Pasientens smerter må alltid bli tatt på alvor. Det vil være letter å tro på en pasient som sier han har smerter, dersom de ledsages av fysiske tegn, eller har fysiske årsaker. Men vi må huske at fravær av uttrykk for smerter ikke behøver å bety fravær av smerter.

Nordtvedt et al.(2008) sier at sykepleier må imøtekomme pasientens individuelle behov der og da. Det vil i forhold til vår problemstilling si at sykepleier må gi ruspasienten adekvat smertelindring. Litteraturen sier bestemt at opioidavhengige trenger større doser opioider for å bli smertelindret enn andre pasienter. Li et al.(2012) trekker fram at sykepleiere oppgir å ha gode kunnskaper om dette, men det viser seg at opioidavhengige ikke får større doser opioider enn pasienter uten opioidavhengighet. Dette kan tyde på at anvendt kunnskap ikke er det samme som faktisk kunnskap, som igjen kan tyde på at kunnskap i seg selv ikke er nok til å endre holdninger og adferd. Det trengs støtte og mulighet for diskusjon og råd (Ford et al. 2008). De yrkesetiske retningslinjene (NSF, 2011) sier at sykepleierne er pliktig til å søke råd og veiledning i vanskelige situasjoner. I studien til Li et al. (2012) sier sykepleierne at de ofte føler at de står alene med pasienten, og at de får mangelfulle forordninger og støtte fra legene. Sykepleierne oppgir også at de er redd for å bli lurt av ruspasientene, spesielt når det gjelder etterspørsel av opioider. Studier viser at rusmisbrukere ofte er redd for å oppgi sine smerter og behov for mer smertelindring fordi de er redd for at det skal oppfattes som russøkende adferd (Baldacchio et al. referert i Li et al. 2012). Når sykepleier tviler på det pasienten forteller om sin smerte, undergraver de pasientens troverdighet. Mange rusmisbrukere kan ty til selvmedisinering dersom de føler mangel på adekvat smertelindring og tillit og respekt fra sykepleier. Slik selvmedisinering mener vi kan unngås dersom det bygges gode relasjoner med pasienten slik at han føler tillit og respekt. For at sykepleier skal velge å tro pasientens smerte er det viktig med kunnskaper om rus, rusmisbruk og smertelindring.

Teorien sier at tverrfaglighet er viktig for å oppnå adekvat smertelindring, da spesielt til opioidmisbrukere. Spesielt er samarbeidet mellom leger og sykepleiere viktig i sykehus. Tverrfaglig samarbeid er også påpekt i de yrkesetiske retningslinjene. I undersøkelsen til Li et al. (2012) sier sykepleierne at de føler de står alene med pasienten og at de får mangelfull støtte fra legene. Ford et al. (2008) fremmer verdien i støtte på arbeidsstedet. For å søke støtte

og råd kreves et godt samarbeid og godt arbeidsmiljø, slik at terskelen for å søke råd hos hverandre blir lavest mulig.

## **10. Konklusjon**

Gjennom oppgaven har vi sett at holdninger kan være en barriere for adekvat smertelindring. Dersom sykepleier har negative holdninger til rus og rusmisbrukere vil det få innvirkninger på smertelindringen og pleien til denne pasientgruppen. Sykepleierens negative holdninger vil hindre henne i å se pasienten for den han er, det unike individet. Pasienten vil kunne oppleve mistillit og frustrasjon. Pasientens smerte vil bli underbehandlet dersom sykepleier ikke har tillit til pasienten. Det å yte omsorgsfull pleie er viktig for å opprettholde pasientens integritet og verdighet. Vi ser at negative holdninger i stor grad påvirker hvordan sykepleier møter, aksepterer og behandler ruspasienten.

Adekvat smertelindring av rusmisbrukere krever spesielle kunnskaper om rusmidler, avhengighet og smertelindring. Det kreves også at sykepleier er i stand til å skape gode relasjoner til pasienten og er i stand til å samarbeide med sine kollegaer og leger. Gode relasjoner vil sjelden kunne oppnås dersom sykepleier har negative holdninger til ruspasienten. Vi mener da at sykepleier fjerner seg fra muligheten til å utføre helhetlig omsorg og pleie. For å oppnå adekvat smertelindring er også bruken av smertekartleggingsverktøy viktig, men uten gode relasjoner blir det vanskelig å få dokumentert den subjektive delen av smerter. Kompliserte spørsmål rundt pasientens smerte kan få enkle svar, dersom svaret er påvirket av negative holdninger og ikke basert på kunnskap. Dersom sykepleier ikke klarer, eller velger å la være å gjøre gode observasjoner rundt pasientens smerte vil dette få følger for smertelindringen.

Kunnskap vil øke sykepleierens forståelse og holdninger til smerter og smertelindring, det er derfor viktig å ta i bruk forskning og å kunne vurdere den. Litteraturen peker på at sykepleiere har utilstrekkelig kunnskaper om smerte og smertelindring hos rusmisbrukere. Det kan bidra til at rusmisbrukere får dårligere smertebehandling enn pasienter som ikke har et rusproblem. Problemet med ubehandlet smerte forsterkes dersom pasienten har en historie eller problem knyttet til rusmiddelbruk.

Holdninger kan deles inn i tre komponenter, tankemessig, følelsesmessig og adferdsmessig, disse påvirker hverandre. Dersom kunnskap skal endre holdninger må kunnskap ikke bare læres, men bearbeides, slik at følelser og tanker til sammen viser en adferdsendring.

Sykepleier må være villig til å bruke tid til å lære, og bearbeide nye kunnskaper for endre sine holdninger. Hun må også være selvbevist i forhold til sin adferd og hvordan pasienten oppfatter hun. For at endring skal skje må man innse at det er finnes et problem. Med andre ord er vi som sykepleiere nødt til å reflektere over våre egne holdninger og evner til å sanse pasienten, og hvordan det kommer til uttrykk i møte med ruspatienten. Å vise noen respekt krever selvrespekt og at man reflekterer over eget menneskesyn. Det kreves derfor refleksjon, nye kunnskaper, bearbeidelse og støtte for å endre holdninger og adferd, slik at ruspatienten føler seg respektert og adekvat smertelindret.

Sykepleiere trenger mer kunnskap, støtt og bedre retningslinjer for å føle seg komfortabel og sikker i møte med ruspatienten. Vi mener at en selvsikker og kunnskapsrik sykepleier vil bedre kunne evne å se den unike personen i hver enkelt pasient og skape gode relasjoner bygget på gjensidig tillit. Dette vil føre til økt respekt ovenfor pasienten og mer målrettede handlinger for å lindre smerter. Med bedre kunnskaper, støtte og retningslinjer vil sykepleier letter danne positive holdninger og erfaringer, slik at samfunnets negative holdninger til rus og rusmisbruk ikke trer frem i sykepleierens profesjonelle pleie.

Vi syns oppgaven har vært meget interessant å jobbe med. Den har gitt oss mye nye kunnskaper. Vi føler vi nå vil være mer bevisst våre egne holdninger og adferd i møte med ruspasienter. Temaet i oppgaven engasjerer oss og vi ser at den nye kunnskapen den har gitt oss vil være nyttig i møte med alle pasienter, uansett tid, sted og situasjon. Mange sykepleiere sier at de sjeldent møter ruspasienter, dette strider i mot våre erfaringer som tilsier at dette er en pasientgruppe vi møter i mange situasjoner. Vi ser fram til å kunne dele våre erfaringer fra oppgaven med andre sykepleiere.

## **Bibliografi**

\*Aadland, E. (2002). *Og eg ser deg... Vitenskapsteori og metode i helse og sosialfag* (3. utg.).

Oslo: Universitetsforlaget.

\*Berntzen, H., Danielsen, A., & Almås, H. (2011). Sykepleie ved smerter. I H. Almås, D. G. Stubberud, & R. Grønseth (red.), *Klinisk sykepleie 1* (4. utg., ss. 355-398). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Bielecki, T., & Børdahl, B. (2009). *Legemiddelhåndtering* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Blay, N., Glover, S., Bothe, J., Lee, S., & Lamont, F. (2012). *Substance users' perspective of pain management in the acute care environment*. Hentet fra Contemporary Nurse: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=0cd65098-da15-435b-a606-041c4acdfa2e%40sessionmgr10&vid=5&hid=28>

Brinchmann, B. S. (2010). Fire prinsippers etikk. I B. S. Brinchmann (red.), *Etikk i sykepleien* (2. utg., ss. 81-86). Oslo: Gyldendal akademisk.

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Egidus, H. (2000). *Psykologisk leksikon*. (J. Rygge, & T. M. Anderssen, Overs.) Oslo: Aschehoug.

Eide, H., & Eide, T. (2010). *Kommunikasjon i relasjoner - samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.

\*Felleskatalogen. (2010). *Felleskatalogen over farmasøytiske spesialpreparater markedsført i Norge* (52. utg.). Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

\*Ford, R., Bammer, G., & Becker, N. (2008). *The determinants of nurses' therapeutic attitude to patients who use illicit drugs and implications for workforce development*. Hentet fra Journal of Clinical Nursing: DOI: 10.1111/j.1365-2702.2007.02266.x

\*Frost, T. (s.a.). *Respekt for menneskeverdet- hva mener vi med det?* Hentet fra Aktive fredsreiser: [http://www.aktive-fredsreiser.no/biblioteket/fredsarbeid/respekt\\_menneskeverd.htm](http://www.aktive-fredsreiser.no/biblioteket/fredsarbeid/respekt_menneskeverd.htm)

\*Grønsleth, K. L., Roa, E., Kjønneøy, I., & Almås, H. (2011). Sykepleie ved sykdommer og skade i bevegelsesapparatet. I H. Almås, D. G. Stubberud, & R. Grønseth (red), *Klinisk sykepleie 2* (4. utg., ss. 133-168). Oslo: Gyldendal Norsk forlag.

\*Haga, W. (2012). Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ved opioidavhengighet. I K. Lossius (red.), *Håndbok i rusbehandling til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (2. utg., ss. 363-380). Oslo: Gyldendal Norsk forlag.

Håkonsen, K. M. (2009). *Innføring i psykologi* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk forlag.

\*Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Opptrappingsplan for rusfeltet*. Hentet fra Regjeringen: <http://www.regjeringen.no/Upload/HOD/Dokumenter%20FHA/Opptr.plan.pdf>

\*Helsepersonellloven. (1999). Hentet fra LOV-1999-07-02-64: [www.lovdatabank.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-064.html&emne=HELSEPERSONELLLOV\\*&&](http://www.lovdatabank.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-064.html&emne=HELSEPERSONELLLOV*&&)

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt- ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utgave. utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske Forlag.

\*Klingsheim, R. (2003). *Narkomanes dårlige helse-en sykepleie faglig utfordring*. Hentet fra Tidsskriftet Sykepleien: DOI: 10.4220/sykepleiens.2003.0003

\*Kongsgaard, U. E., Bell, R. F., & Breivik, H. (2005). *Smertelindring ved stoffmisbruk eller langvarig opioidbehandling*. Hentet fra Tidsskrift for Den norske lege forening: <http://tidsskriftet.no/article/1274854>

\*Li, R., Andenæs, R., Undall, E., & Nåden, D. (2012, nr 3). Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus. *Sykepleien Forskning* , ss. 253-260.

\*Lossius, K. (2012). Om å ruse seg. I K. Lossius (red.), *Håndbok i rusbehandling til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (2. utg., ss. 23-39). Oslo: Gyldendal Norsk forlag.

\*McCaffery, M., & Beebe, A. (1996). *Smerter lærebok for helsepersonell*. Oslo: Gyldendal.

\*Morgan, B. D. (2006, vol 7). *Knowing how to play the game: Hospitalized substance busers' strategies for obtaining pain relief*. Hentet fra Pain management nursing: DOI: 10.1111/j.1440-172X.2009.01799

\*Nesvåg, S. (2012). Ulike forståelser og perspektiver på problematisk rusmiddelbruk og avhengighet. I S. Biong, & S. Ytrehus (red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (ss. 55-76). Oslo: Akribe.

\*Nortvedt, F., & Nortvedt, P. (2001). *Smerte - fenomen og forståelse* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk forlag.

\*Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., & Reinart, L. M. (2008, s. 15). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert- en arbeidsbok for sykepleiere* (1. utg.). Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

\*NSF. (2008). *Sykepleie - et selvstendig og allsidig fag*. Hentet fra Norsk Sykepleierforbund: [www.sykepleierforbundet.no/Content/135904/Sykepleie%202008.pdf](http://www.sykepleierforbundet.no/Content/135904/Sykepleie%202008.pdf)



\*NSF. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere - ICNs etiske regler*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

\*Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Hentet fra LOV-1999-07-02-63:  
[www.lovdata.no/all/nl-19990702-063.html](http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-063.html)

Sand, O., Sjaastad, Ø. V., Haug, E., & Bjålie, J. G. (2009). *Menneskekroppen fysiologi og anatomi* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk forlag.

\*SIRUS. (2011). *Oppsummeringer*. Hentet fra Statens Institutt for Rusmiddelforskning:  
[www.sirus.no/Hvor+mange+bruker+narkotika+i+Norge+og+Europa%3F.d25-SMRfY1m.ips](http://www.sirus.no/Hvor+mange+bruker+narkotika+i+Norge+og+Europa%3F.d25-SMRfY1m.ips)

\*Skoglund, A., & Biong, S. (2012). Sykepleie til personer med opioidavhengighet i somatisk sykehus. I S. Biong, & S. Ytrehus (red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (ss. 186-201). Oslo: Akribe.

Slettebø, Å. (2009). *Sykepleie og etikk* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Slørddal, L. (2008). Misbruk av legemidler og rusmidler. I H. Nordeng, & O. Spigset (red), *Legemidler og bruken av dem* (1. utg., ss. 439-450). Oslo: Gyldendal Norsk forlag.

Slørddal, L., & Rognestad, T. (2008). Legemidler ved smerte. I H. Nordeng, & O. Spigset (red.), *Legemidler og bruken av dem* (1. utg., ss. 399-412). Oslo: Gyldendal Norsk forlag.

Sneltvedt, T. (2010). Hva innebærer det å være en profesjonell sykepleier? I B. S. Brinchmann (red.), *Etikk i sykepleien* (2. utg., ss. 149-163). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. (K. M. Thorbjørnsen, Overs.) Oslo: Universitetsforlaget.

\*WHO. (2010). *Lexicon of alcohol and drug terms published by the World Health Organization*. Hentet fra [www.who.int/substance\\_abuse/terminology/who\\_lexicon/en/](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/)

\*Wøien, H., & Strand, A. C. (2008). Sykepleietiltak ved postoperativ smertelindring. I T. Rustøen, & A. K. Wahl(red.), *Ulike tekster om smerte - fra nocisepsjon til livskvalitet* (1. utg., ss. 271-289). Oslo: Gyldendal Norsk forlag.

Selvvalgt litteratur til sammen ca 1280 sider.