

Fakultet for Helse- og sosialvitenskap

Marie Andersen & Emily Johansen

Bacheloroppgave i sykepleie
Smertelindring til opioidavhengige pasienter

Pain management for opioid addicted patients

BASYK 2015

2018

Veileder: Marit Berg

Antall ord: 12784

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA NEI

Du kjenner mitt navn,
men ikke min historie.
Du har hørt hva jeg har gjort,
men ikke hva jeg har opplevd

- Gro Anita

Sammendrag

Bakgrunn

I 2015 ble det rapportert at 17,7 millioner mennesker i verden anvendte opioider. Rusavhengighet blir beskrevet som et syndrom bestående av en rekke symptomer som fører til at personen har nedsatt kontroll på sitt rusmiddelbruk. Personer med en opioidavhengighet har større forekomst av smerter enn andre, samt at de ofte får for lite eller ingen smertelindring. Dette er derfor en pasientgruppe sykepleiere vil møte mer på sykehus i fremtiden.

Hensikt

Hensikten med denne litteraturstudien var å finne ut hvordan sykepleiere kan møte opioidavhengige pasienter på en verdig måte når de er innlagt på sykehus, og har behov for smertelindring. Vi ønsket derfor å finne forskning om sykepleierens kunnskaper, holdninger og viktigheten av en god relasjon med pasienten.

Metode

Dette er en litteraturstudie som er basert på 2 kvalitative- og 4 kvantitative forskningsstudier, 3 fagartikler, 1 rapport og 2 systematiske oversikter.

Resultat

Resultatene fra vår studie viser at sykepleierne hadde varierende kunnskaper om smertelindring til opioidavhengige, og dårlige holdninger mot denne pasientgruppen. Dette påvirket smertelindringen pasientene fikk. For å oppnå et godt samarbeid med pasienten er det viktig at man opparbeider en god relasjon, men dette blir ofte glemt i praksis.

Konklusjon

I det verdige møtet med opioidavhengige pasienter er det vesentlig at sykepleieren arbeider kunnskapsbasert, har gode holdninger og mestrer å skape en god relasjon med pasienten. Disse tre faktorene har innvirkning på smertelindringen som blir gitt til denne pasientgruppen, og er med på å skape et verdig møte.

Nøkkelord: Opioidavhengighet, smertelindring, sykepleieperspektiv, pasientperspektiv, holdninger, kunnskaper og relasjoner

INNHOILDSFORTEGNELSE

1. INNLEDNING	7
1.1 Bakgrunn for valg av tema	7
1.2 Problemstilling	8
1.3 Bakgrunn for problemstilling	8
1.4 Avgrensning	8
1.5 Definisjoner	9
1.5.1 Smarter	9
1.5.2 Opioider	9
1.5.2 Avhengighet	9
2. TEORI	10
2.1 Kunnskapsbasert praksis	10
2.2 Smertekartlegging	10
2.3 Holdninger	11
2.4 Etikk	11
2.5 Relasjonsbygging	12
2.6 Recovery	13
2.7 Sykepleieteori	13
2.7.1 Omsorg	13
2.7.2 Forståelse	14
2.7.3 Kunnskap	15
2.8 Lovverk	15
2.8.1 Helsepersonelloven	15
2.8.2 Spesialisthelsetjenesteloven	15
2.8.3 Pasient- og brukerrettighetsloven	15
2.9 Yrkesetiske retningslinjer	16
3. METODE	17
3.1 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier	18
3.1.1 Inklusjonskriterier	18
3.1.2 Eksklusjonskriterier	18
3.2 Datasamling	18
3.3 Søkeprosedyre	19

3.4	<i>Kvalitetsvurdering</i>	19
3.5	<i>Etisk vurdering</i>	20
3.6	<i>Analyse</i>	21
3.7	<i>Presentasjon av artikler</i>	23
4.	RESULTATER OG FUNN	35
4.1	<i>Sammenhengen mellom smerter og opiatbruk</i>	35
4.2	<i>Sykepleierens kunnskaper om pasientgruppen</i>	35
4.3	<i>Sykepleierens holdninger overfor pasientgruppen</i>	37
4.4	<i>Miljøfaktorer som påvirker sykepleierens holdninger og kunnskaper</i>	37
4.5	<i>Relasjonsbygging mellom pasient og sykepleier</i>	38
5.	DRØFTING	39
5.1	<i>Kunnskaper om smertelindring til opioidavhengige pasienter</i>	39
5.2	<i>Holdninger og deres påvirkning på helsehjelpen</i>	43
5.3	<i>Miljøfaktorers påvirkning på sykepleierens holdninger og kunnskaper</i>	46
5.4	<i>Relasjonen mellom pasient og sykepleier</i>	47
6.	KONKLUSJON	49
7.	REFERANSELISTE	51
8.	VEDLEGG	55
8.1	<i>Vedlegg 1</i>	55
8.2	<i>Vedlegg 2</i>	55

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Rusmiddelavhengighet er definert som et syndrom bestående av kognitive, atferdsmessige og fysiologiske symptomer, som fører til at en person har nedsatt kontroll på bruk av rusmidler (Andenæs, Li, Nåden & Undall, 2012, s. 2). I 2015 brukte 17,7 millioner mennesker i verden opioider. Ekspertene mener at bruken av heroin avtar men at bruken av opium fortsatt er like høy. Flere land forteller at de har noe nedgang av opiatbruk, mens andre rapporterer at de fortsatt ligger på det samme nivået, med en mulig økning. Samtidig som det også har vært rapportert at det har vært en liten økning i opiatbruk i Europa, har det vært rapportert at det har vært økende dødsfall med opiater de siste årene (World drug report, 2017, s.21-22).

Den globale prevalensen av ulovlig narkotikabruk blant 15-64 åringer dekker 5% av befolkningen. Over det siste tiåret har det vært en betydelig økning i antall sykehuspasienter med rusproblematikk. På bakgrunn av dette vil sykepleiere i fremtiden bruke mer tid på helsehjelp til rusmisbrukere. Dersom sykepleierne holdninger mot å jobbe med denne pasientgruppen påvirker kvaliteten på helsehjelpen som blir gitt, vil dette potensielt bli et problem for utførelsen av sykepleie (Beyil, Natan & Neta, 2009, s. 566-567).

Klinikere kan møte pragmatiske, etiske og juridiske problemer når de behandler avhengige pasienter (Cheatle, Comer, Skoufalos, Reddy & Wunsch, 2014, s. 1). Opioidavhengige pasienter søker som regel helsehjelp for andre helseproblemer enn rusmisbruk. Sykepleieren har derfor en viktig rolle i å identifisere rusproblemet (Boekel, Brouwers, Garrertsen & Weeghel, 2013, s.2). Det er vanlig å bruke opioider som smertelindring, men det kan også brukes for å oppnå en rus. Virkningen av opioider avhenger av dosen, om man har utviklet toleranse, hvordan man bruker opioidet og individuell mottakelighet (Evjen, Kielland & Øiern, 2012, s. 68). Opioidavhengige personer har en høyere forekomst av smerter enn andre pasientgrupper, og smerten blir ofte underbehandlet eller ubehandlet (Krokmyrdal & Andenæs, 2015, s. 790). Videre vet man også at pasienter som har hyppig smerte opplever mer lidelse enn de som ikke har smerter (Dever, 2017, s. 293).

I søket på forskning om temaet har vi også oppdaget at mange sykepleiere har negative holdninger og lite kunnskap om smertelindring til denne pasientgruppen. I tillegg til at de har lite fokus på å bygge en relasjon til pasienten. I denne litteraturstudien vil vi derfor undersøke hvordan dette kan påvirke sykepleien som blir gitt. Dette er en pasientgruppe som vi har erfaring med fra praksis, hvor vi observerte at kvaliteten på sykepleien var avhengig av hvem som ble tildelt pasienten.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan vi som sykepleiere møte pasienter med en opioidavhengighet på en verdig måte når de er innlagt på sykehus, og har behov for smertelindring?

1.3 Bakgrunn for problemstilling

På bakgrunn av problemstillingen vår har vi valgt tre faktorer som vi mener er viktige i et verdig møte med pasienten. Faktorene vi ønsker å belyse er sykepleierens holdninger, kunnskaper og viktigheten av relasjonsbygging mellom sykepleier og pasienten. Vi ønsker også å belyse hvordan lite kunnskap, dårlige holdninger og mangel på relasjonsbygging kan påvirke sykepleien som blir gitt til denne pasientgruppen.

1.4 Avgrensning

I denne litteraturstudien har vi valgt å fokusere hovedsakelig på sykepleierens perspektiv, men vi har også inkludert pasientens perspektiv. Smertebehandlingen avgrenses til det medikamentelle. Vi ønsket ikke å fokusere på ikke-medikamentell behandling da vi ser for oss at det er den medikamentelle smertebehandlingen som utfordrer sykepleierens kunnskaper og holdninger mest. Dette på bakgrunn av toleranseoppbygging, hyperalgesi og sentral sensibilisering (Arnold & Childers, 2018, s. 1). I tillegg til at sykepleiere er mer tilbakeholdne med den medikamentelle behandlingen til opioidavhengige, da den gjerne innebærer opioider (Liberto & Fornili, 2013, Krokmyrdal & Andenæs, 2015). Vi har valgt å ikke avgrense studien til én type smerte, da vi anser relasjonsbygging, sykepleierens kunnskaper og holdninger som viktige uansett type smerte.

1.5 Definisjoner

1.5.1 Smerter

I følge International Association for Study of Pain er “smerte en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse”. Smerter kan deles inn i tre typer; nociseptive smerter, nevroatiske smerter og idiopatiske smerter (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016, s. 386). Dette er et sammensatt fenomen, og pasientens opplevelse av smerte er ikke alltid direkte relatert til de medisinske årsakene. Smerter er subjektive, og smertegraden og intensiteten kan derfor variere fra pasient til pasient (Danielsen et al., 2016, s. 383).

1.5.2 Opioider

Når man bruker opioider som medikament, brukes dette blant annet mot smerter, hoste og diaré. Hvis man bruker opioider som rusmiddel fører dette som regel til at man får en sterk følelse av velbehag, samtidig som man får likegyldighet og nedsatt selvkritikk. De vanligste opioidene er morfin, heroin og kodein. Syntetiske opioider er blant annet metadon, petidin, buprenorfin og oksykodon. Virkningen personen får avhenger av dosen man tar, om man har utviklet toleranse, hvordan man bruker opioidet og individuell mottakelighet (Evjen et.al., 2012, s. 68-69).

1.5.3 Avhengighet

WHO definerer avhengighet som et syndrom. Avhengighetssyndromet er en gruppe av fysiologiske, adferdsmessige og kognitive fenomener, der bruken av en type stoff eller substanser er høyt prioritert. Sentrale karakteristiske trekk ved avhengighetssyndromet er et sterkt, noen ganger et overveldende ønske om å ta stoffene (World Health Organization [WHO], 2018). Avhengighet oppstår etter en til to uker med jevn tilførsel, og abstinenser kan komme etter tre til fire timer uten stoffet når kroppen er tilvent stoffet (Evjen et.al., 2012, s. 68-69).

2. Teori

2.1 Kunnskapsbasert praksis

Det er viktig at sykepleieren har kunnskap om pasientgruppen, relevante behandlinger, kulturer, lovverk og helserett. Dersom man ikke har det, vil man ikke være i stand til å gjøre en god etisk vurdering eller ta gode valg ut i fra dette (Nordtvedt, 2016, s. 26-27). For å arbeide kunnskapsbasert må sykepleieren bevisst anvende forskjellige kilder til kunnskap i det praktiske arbeidet. De ulike kildene som anvendes er forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap, samt brukerkunnskap og brukermidvirkning. Ulike situasjoner krever kunnskap fra ulike type kilder, og i det kunnskapsbaserte arbeidet er det viktig å være oppmerksom på dette (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2016, s. 16).

Smerteforskningen som har blitt gjort til nå har gitt helsepersonell mer kunnskap om smerte, og en større forståelse av fenomenet. For at sykepleieren skal kunne arbeide kunnskapsbasert må man kunne se etter denne forskningen og vurdere det man finner. Ved at man bruker forskning inn i praksis kan dette føre til at man reduserer tilfeldig praksis, og at man lettere kan argumentere for de handlingene man gjør. Ved at man har kunnskap om årsaksforklaringer rundt smerte og smertelindring, vil dette øke sykepleiernes forståelse for pasientens smerteopplevelse. Dette kan bidra til at man utfører målrettede handlinger for å smertelindre (Danielsen et.al., 2016, s. 382). For å kunne observere og gjøre gode vurderinger er det vesentlig at sykepleieren har både kunnskaper og erfaringer. En profesjonell sykepleier mestrer å bruke sin faglige kunnskap, i tillegg til sin menneskelighet (Håkonsen, 2014, s. 224-225).

2.2 Smertekartlegging

Smertekartleggingsskjemaer er pålitelige og enkle for både pasienter og sykepleiere å bruke. For at kartleggingsskjemaene skal være hensiktsmessige må de brukes regelmessig og resultatene må dokumenteres. Dette er for å se om behandlingen har noe effekt. Det er ulike skalaer man kan bruke for å kartlegge smerte, men vi har valgt å fokusere på visuell numerisk skala. Denne skalaen går fra 0 til 10, der 0 er ingen smerte og 10 er verst tenkelig smerte. Pasienten kan dermed bruke denne skalaen for å beskrive smertene sine til sykepleieren (Danielsen, et.al., 2016, s. 390-391).

2.3 Holdninger

Holdninger kan påvirke oss i en positiv retning, men også i en negativ retning. Holdninger handler ikke bare om tanker og følelser, men også handlingene vi utfører på bakgrunn av disse tankene (Håkonsen, 2014, s. 185-186). For mange er det som er ukjent, skummelt. Opioidavhengige pasienter kan være ukjent for en del sykepleiere, og dette krever at man utvider menneskesynet sitt slik at man mestrer å møte det ukjente på en god måte (Henriksen & Vetlesen, 2003, s. 133). Som sykepleier må man handle med altruisme. Det vil si at man utfører gode handlinger og pleie, uten å forvente noe tilbake fra pasienten. For å kunne gjøre dette må man ha pasientens behov i fokus (Håkonsen, 2014, s. 206).

Persepsjon innebærer at man har en spontan tendens til stereotypisering og fortolkning av virkeligheten. Persepsjonen kan bli påvirket både negativt og positivt. Der erfaringene våre bekrefter fordommene man allerede har, vil stereotypier bli forsterket. Erfaring og læring vil normalt bidra til et nyansert bilde av virkeligheten, og dermed vil tendensen til stereotypiene bli redusert. Kommunikasjon kan gi sykepleiere en påminnelse og innsikt om at det vi ser ikke er den hele og fulle virkeligheten, men en fortolkning (Eide & Eide, 2012, s. 78).

2.4 Etikk

Når sykepleieren skal gi pleie til opioidavhengige pasienter er det viktig at sykepleieren tilpasser seg til pasienten, slik at pasienten føler seg komfortabel og ikke blir krenket (Evjen et.al., 2014, s. 262). Autonomi, verdighet og integritet er sentrale verdier innen helseetikken. Det er en grunnleggende norm at sykepleie skal bygge på respekt for pasientens rett til autonomi og integritet. Autonomi tolkes som selvbestemmelsesrett og medbestemmelsesrett. Integritet ligger nært menneskeverdbegrepet, og er i denne sammenhengen menneskers rett til å opprettholde verdigheten sin uansett ytre forhold (Hummelvoll, 2016, s. 85).

I følge Tom Beauchamp og James Childress er det fire prinsipper som burde ligge til grunn i den medisinske etikken. Det første er velgjørhetsprinsippet som går ut på at man som sykepleier både ønsker å gjøre det beste for pasienten, og at man handler ut ifra dette. Ikke skade-prinsippet handler om at man skal utføre god sykepleie og ikke gi feilbehandling. Det tredje prinsippet, autonomiprinsippet, vil si at man skal respektere og bevare pasientens rett til autonomi, og at man skal se på pasienten som en selvbestemmende person.

Rettferdighetsprinsippet går ut på at alle pasienter har rett på nødvendig helsehjelp uten å bli diskriminert på grunn av kjønn, alder, rase og sosial status (Nordtvedt, 2016, s. 96-99).

2.5 Relasjonsbygging

For å bidra til at pasienten blir aktiv i sine endringsprosesser og får et godt samarbeid med sykepleieren, er det viktig med en god relasjon mellom pleier og pasient. Denne relasjonen må bygge på gjensidig respekt, og kunnskaper og ferdigheter hos sykepleieren (Håkonsen, 2014, s. 208-209). Det er vesentlig at pasienten og sykepleieren har et tillitsforhold. Dette vil si at pasienten føler at sykepleieren lytter, forstår og tåler å høre det pasienten ønsker å fortelle. Sykepleieren bør samtidig vurdere nærheten og avstanden slik at man ikke trekkes inn i kaoset som pasienten kan oppleve (Håkonsen, 2014, s. 401). God kommunikasjon er et verktøy i pasientens og pleierens arbeid om å nå et felles mål. Kommunikasjonen bør være målrettet, men det er vesentlig at kommunikasjon ikke bare brukes mot dette målet, men også som noe hyggelig og positivt (Håkonsen, 2014, s. 221). Helsepersonell bruker ofte faguttrykk som kan være vanskelig å forstå for pasienten. Dette kan oppleves som ubehagelig, og kan føre til et større skille mellom pleier og pasient (Håkonsen, 2014, s. 216).

Sykepleier-pasient-fellesskapet går ut på at man skal møte pasienten som en likeverdig person, og ikke som en hjelpesøkende. Dette er viktig i arbeidet med å skape en relasjon og et godt samarbeid mellom pasienten og pleieren (Hummelvoll, 2016, s. 38). Sykepleier-pasient-fellesskapet bygger på ni hjørnesteiner: Likeverdighet, møte/nærværenhet, selvaktelse/signifikans, ansvar og valg, mål, mening og verdiavklaring, skyld og soning, åpenhet og innsikt, konformitet versus opprør, og håp (Hummelvoll, 2016, s. 39-43). Vi har valgt å fokusere på tre av disse. Likeverdighet innebærer at en helhetlig meg møter en helhetlig du. Dette fører til at sykepleieren åpner seg for den opplevelsen pasienten har av sin situasjon (Hummelvoll, 2016, s. 39). Møte/nærværenhet vil si at sykepleieren lytter til pasienten, og er åpen for ulike måter som pasienter forsøker å gjøre seg på forstått på. Dette er en forutsetning for å nå inn til pasientens selvoppfatning og problem. Når man lytter er man nær pasienten, og denne nærværenheten kan forstås som evnen til å være tilstede på en autentisk måte (Hummelvoll, 2016, s. 40). Selvaktelse/signifikans innebærer at sykepleieren møter pasienten med en aksepterende holdning. For mange påvirkes selvaktelsen negativt når man må søke hjelp hos andre for å løse problemene sine. Når pasienten blir møtt med en

aksepterende holdning kan dette føre til at pasienten føler seg tryggere (Hummelvoll, 2016, s. 40).

2.6 Recovery

Den medisinske definisjonen av recovery-begrepet legger vekt på en reduksjon av symptomer og funksjonssvikt slik at man mestrer hverdagen (Hummelvoll, 2016, s. 56). Wiliam A. Anthony forteller om 8 antagelser i recovery-begrepet. Et av disse er at bedring pasienten opplever kan stoppe opp eller ta et steg tilbake. En annen antagelse er at bedring kan skje selv om man opplever tilbakefall av symptomer (Hummelvoll, 2016, s. 63-64).

2.7 Sykepleieteori

I denne litteraturstudien har vi valgt å anvende sykepleieteoretiker Kari Martinsen.

2.7.1 Omsorg

Omsorg handler om å være uselvvisk, neste kjærlighet og hvordan vi tar hensyn til andre. Det er tre kjennetegn ved omsorgsarbeid: at pasienten ikke er selvhjulpen, at sykepleieren har en forpliktelse og et ansvar ovenfor den andre og at sykepleieren ikke forventer noe tilbake for omsorgen den gir (Martinsen, 2003, s. 75). Alle kan bli omsorgstrengende og alle har rett til god pleie. Som sykepleier er det viktig at man ikke dømmer, og at man har denne tanken med seg når man gir omsorg (Martinsen, 2003, s. 14, 81).

Omsorgsbegrepet er et relasjonelt begrep som tar utgangspunkt i et kollektivt basert menneskesyn. Her er det grunnleggende at vi er avhengige av hverandre (Martinsen, 2003, s. 14). Alle mennesker er avhengige av hverandre. Man kan velge å fremstå som uavhengige, men vi vil alltid være avhengig av andre mennesker (Martinsen, 2003, s. 47). Avhengighet kan oppfattes negativt, da det forbindes med passivitet og mangel på autonomi. Uavhengighet er derfor en verdi som vil stå sterkt (Martinsen, 2003, s. 46). Prinsippet om ansvaret for de svake kan uttrykkes gjennom det moralske universalismeprinsipp. Med dette menes at vi alle kan komme i den situasjonen der vi har behov for hjelp fra andre. Dette universalismeprinsippet er en situasjonsbetinget og konkret handling (Martinsen, 2003, s. 15-16). Omsorg har også en moralsk side, som har med livsførsel å gjøre, og hvordan vi

anvender relasjonsferdigheter i det praktiske arbeidet. Omsorgsmoral handler om å handle ut fra prinsippet om ansvaret for svake, og kvaliteten i relasjonen er vesentlig for å yte god omsorg (Martinsen, 2003, s.17). Omsorgshandlingen er etisk, universell og ubegrunnet. Mennesker er bundet sammen med et krav om å vise omsorg for hverandre i alle livets situasjoner. Vi har alle en relasjon til hverandre, og det er ut fra disse relasjonene etikken får sitt grunnlag (Martinsen, 1993, s. 70-71). Dette ønsket om å gi omsorg for hverandre, kalles kjærlighet. Denne kjærligheten er den ubegrunnede forutsetningen for livene våre, det er her etikken har sitt feste, og det er gjennom den vi inngår i relasjoner til hverandre (Martinsen, 1993, s. 72).

Det er to sider av moralen, nemlig spontanitet og norm (Martinsen, 1993, s. 75). Disse er begge sentrale for utførelsen av god sykepleie (Martinsen, 1993, s. 89). Spontanitet ligger ubegrunnet i kjærligheten, mens normer kan formes og ligger i våre normer, regler og sosiale verdier (Martinsen, 1993, s. 75). I relasjonsarbeidet som sykepleier kan det oppstå vanskelige situasjoner og bekymringer. Da sykepleieren og pasienten håndterer dette sammen, vil dette bidra til at det dannes etiske normer, prinsipper og gode holdninger i deres relasjon. I slike vanskelige situasjoner er det viktig å ivareta den eksisterende medmenneskeligheten i oss. Dette vil si at det er det moralske i oss som danner den spontane henvendelsen om å utføre handlinger til den andres beste. I sykepleieryrket er det en risiko for at denne kjærligheten kan glemmes (Martinsen, 1993, s. 89).

2.7.2 Forståelse

Forståelse er vesentlig for å yte god sykepleie. For at man skal ha forutsetninger til å forstå hverandre må man ha et slags fellesskap, som felles normer, regler eller behov (Martinsen, 2003, s. 69). Ut fra egne erfaringer kan man forstå noe om hvordan pasientens smerter påvirker f.eks. matlyst. I tillegg til denne erfaringen, har vi fagkunnskaper som bidrar til forståelsen. Når sykepleieren har denne erfaringen og kunnskapen kan man yte sykepleie til pasienten på en slik måte at han føler seg bekreftet. Det er også viktig at sykepleieren involverer pasienten og snakker til han på en forståelig måte (Martinsen, 2003, s.75-76).

2.7.3 Kunnskap

Kunnskaper, ferdigheter og organisasjon er noen av forutsetningene for å kunne gi god omsorg til pasienter. For at kunnskapen skal kunne anvendes på en god måte er dette

avhengig av at man også mestrer å bruke kunnskapen i praksis (Martinsen, 2003, 75-76). Skjønnsmessige vurderinger er også sentrale i sykepleien. Gode sykepleiere har evnen til å være både spontane og reflekterte. Man må fremstå som nøytral og avslappet, men samtidig ha et faglig fokus. Dette vil si at man reflekterer over en handling, men at man ikke nødvendigvis forventer et spesielt utfall (Martinsen, 1993, s. 89).

2.8 Lovverk

2.8.1 Helsepersonelloven

Etter Helsepersonelloven (1999, § 4) skal helsepersonell utføre arbeidet i samsvar med de kravene om faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som en kan forvente ut ifra helsepersonellens og arbeidets karakter, kvalifikasjoner og situasjonen forøvrig.

2.8.2 Spesialisthelsetjenesteloven

Formålet med spesialisthelsetjenesteloven (1999, § 1-1, 2-2) er blant annet å bidra til å sikre kvaliteten på tjenestetilbudet, bidra til et likeverdig tjenestetilbud og å bidra til at tjenestetilbudet blir tilpasset pasientens behov. Helsetjenester i spesialisthelsetjenesten skal være forsvarlige, og tjenestene skal tilrettelegges slik at helsepersonell blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.

2.8.3 Pasient-og brukerrettighetsloven

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 1-1, 3-1) har som formål å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang til tjenester av god kvalitet, samt å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsepersonell. I tillegg til dette skal den også ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd. Denne loven sier også at pasienter har rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige behandlingsmetoder.

2.9 Yrkesetiske retningslinjer

De yrkesetiske retningslinjene stadfester at sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg, respekt for menneskerettighetene, i tillegg til at den skal være kunnskapsbasert. Sykepleieren

har et etisk, faglig og personlig ansvar for egne handlinger og vurderingene man tar når man utøver sykepleie. Retningslinjene beskriver også at man skal sette seg inn i lovverket som regulerer tjenesten (NSF, 2011, s. 7).

Sykepleieren skal ivareta den enkelte pasients integritet og verdighet. I tillegg til å gi pasienten helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende. I tillegg stadfester de yrkesetiske retningslinjene pasientens rett til ikke å bli krenket av sykepleieren. Sykepleieren skal vise respekt for kolleger og andres arbeid, men dette skal ikke være til hinder for å ta opp brudd på etiske, faglige eller kollegiale normer (NSF, 2011, s. 8-9).

3. Metode

Denne bacheloroppgaven skal skrives som en systematisk litteraturstudie. Det er et krav i retningslinjene til Høgskolen i Innlandet å bruke denne metoden. For å nå kravene til en litteraturstudie, skal vi danne et klart formål, utføre en nøye søkestrategi, og ha klare vilkår for inklusjon- og eksklusjonskriterier. Vi skal benytte oss av eksisterende forskning og litteratur rundt temaet “smertelindring til opioidavhengige”. Kvalitet og validitet skal vurderes i de studiene vi ønsker å inkludere. Deretter skal vi sammenligne og oppsummere resultatene, for å så drøfte dette sammen med relevant faglitteratur (Reinar & Jamtvedt, 2010, s. 2-5).

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» forteller sosiologen Vilhelm Aubert når han får spørsmål om hva metode er (Dalland, 2014, s. 111).

I denne studien har vi benyttet oss av både kvantitative og kvalitative forskningsartikler. En kvantitativ metode er en metode der data blir gitt i form av målbare enheter. Disse tallene gir oss anledning til å foreta ulike beregninger, som for eksempel gjennomsnitt eller prosentandeler. Kvalitativ metode er en metode der man fanger opp meninger og opplevelser som kan ikke kan tallfestes eller måles. Dette kan for eksempel være et intervju (Dalland, 2014, s. 112).

Primærlitteratur er litteratur som blir presentert for første gang. Dette er ny kunnskap om et emne. Man skal kunne kontrollere og etterprøve metoden som blir brukt i studien. Dette er fordi andre skal kunne forske videre med denne kunnskapen som grunnlag. Artikkelen skal redegjøre for og diskutere metodevalg, funn og resultater skal presenteres, og gjennom drøfting skal resultatene settes inn i en større sammenheng (Dalland, 2014, s. 78).

Sekundærlitteratur henviser til forskning som anvender data fra primærstudier som er publisert. Dataene fra primærstudiene skal re-analyseres. I sekundærstudier blir det ofte gjort en kritisk gjennomgang og en vurdering av primærstudiene, slik at det blir en kunnskapsoppsummering (Dalland, 2014, s. 79).

3.1 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier

Hensikten med denne litteraturstudien er å finne ut hvordan vi som sykepleiere kan møte pasienter med en opioidavhengighet på en verdig måte når de er innlagt i sykehus, og har behov for smertelindring. Vi var ute etter sykepleiernes holdninger, kunnskaper og viktigheten av relasjonsbygging, da vi mener disse faktorene er relevante i det verdige møtet med denne pasientgruppen. Dette er på bakgrunn av erfaringer vi har fra praksis.

3.1.1 Inklusjonskriterier:

- Opioidavhengige pasienter
- Sykepleieperspektiv
- Pasient perspektiv
- Alle aldre
- Begge kjønn
- Artikler publisert etter 2008
- Pasienter med behov for smertelindring
- Artikler skrevet på norsk, dansk, svensk eller engelsk
- Kvalitativ eller kvantitativ forskning
- Vitenskapelig publiseringsnivå 1 eller 2

3.1.2 Eksklusjonskriterier:

- Pårørendes perspektiv
- Artikler publisert før 2008
- Pasienter på avrusning
- Pasienter med andre sykdommer

3.2 Datasamling

Vi anvendte et PI(C)O-skjema når vi skulle gjøre strukturerte søk i databasene. Med hjelp av dette skjemaet får vi strukturert litteratursøket vårt, samtidig som vi får en oversikt over problemstillingen vår (Vedlegg 1). Vi fikk veiledning fra bibliotekar som hjalp oss med å utforme PI(C)O-skjemaet og finne relevante søkeord

3.3 Søkeprosedyre

Søkeordene vi anvendte var attitudes, attitudes of health personnel, professional-patients relations, smertebehandling, pain, pain management, pain treatment, rusmisbrukere, substance abuse, substance-related disorder, substance dependence, opioid og opioid abuse (Vedlegg 2).

Vi kombinerte søkeordene med AND for å begrense søket til studiene som inneholdt begge eller alle søkeordene i det aktuelle søket. Vi begrenset også søket i databasene ved å ekskludere artikler skrevet før 2008.

Vi utførte ulike søk i databasene Cinahl, SweMed+, PubMed, Sykepleien forskning og McMaster Plus. Vi brukte McMaster Plus for å finne en systematisk oversikt som var av god kvalitet. I tillegg til disse databasene gjorde vi et manuelt søk der vi så gjennom referanselistene til de artiklene vi har tatt med i studien.

3.4 Kvalitetsvurdering

Etter søkene vi gjorde i databasene endte vi opp med 21 artikler. Vi skrev ut disse i papirformat og leste gjennom de hver for oss mens vi markerte det vi mente var relevant. Etterpå presenterte vi disse for hverandre og valgte å ta med 15 videre, da de 6 andre fag- og forskningsartiklene ikke var relevante nok for oppgaven vår. Deretter anvendte vi registeret over vitenskapelige publiseringskanaler på Norsk senter for forskningsdata (2018). Dette er en side som viser oss kvaliteten på tidsskriftet som har lagt ut artiklene vi ville bruke. Publiseringsnivået på tidsskriftet er av god kvalitet dersom det er vurdert med 1 eller 2. 9 av de journalene artiklene og studiene våre var publisert i var vurdert til nr. 1 på skalaen. Vi fant ikke den ene systematiske oversikten, 1 fagartikkel eller den ene studien i registeret. Vi vurderte likevel at vi kunne bruke disse da den systematiske oversikten lå øverst i kunnskapspyramiden, fagartikkelen hadde gode kilder og studien var gitt ut av Universitetet i Edinburgh. I denne studien har vi brukt to kvantitative forskningsstudier som har hatt svarprosent under 70 %. Vi valgte å bruke disse til tross for den lave svarprosenten da vi så at resultatene samsvarer med de andre forskningsstudiene vi har funnet, og publiseringskanalene ble vurdert som nivå 1. Dette vil si at journalen de har blitt utgitt i er av god kvalitet, og vi kan tenke oss at hvis studiene ikke var tilfredsstillende, ville de ikke blitt publisert (Norsk senter for forskningsdata, 2018).

Etter å ha gjort dette anvendte vi sjekklister fra Folkehelseinstituttet (2014) for å vurdere om de var av god nok kvalitet. Vi anvendte ikke sjekklister på fagartiklene, rapporten, de systematiske oversiktene eller den ene kvantitative forskningsstudien som ikke var tverrsnittsstudie. Dette er fordi vi ikke fant sjekklister for kvantitativ forskning. Vi brukte likevel noen av spørsmålene fra sjekklister som vi synes var viktige for å vurdere kvaliteten av forskningen. Etter denne kvalitetssjekken valgte vi å ikke anvende 2 av de kvalitative forskningsstudiene og 1 av de kvantitative forskningsstudiene, da de ble vurdert til dårlig kvalitet. Vi endte derfor opp med 3 fagartikler, 1 rapport, 2 systematiske oversikter, 2 kvalitative forskningsstudier og 4 kvantitative forskningsstudier, hvorav 3 var tverrsnittsstudier som vi ønsket å bruke i studien vår.

I litteraturstudien vår har vi inkludert 6 primærkilder og 6 sekundærkilder. Hvilke som er primærkilder og hvilke som er sekundærkilder er oppført i presentasjonen av artiklene.

3.5 Etisk vurdering

Forskningsetikk går igjen i alle fasene i en studie. Hensikten med forskningsetikk er å bevare personvernet til de som deltar i studien og sikre troverdigheten av resultatene (Dalland, 2014, s. 96). Kunnskapsdepartementet har oppnevnt flere forskningsetiske komiteer som skal veilede og gi råd underveis i en studie. Dette kan gå ut på godkjenning av spørreskjemaer eller råd dersom man er i tvil om man kan intervju pasientgruppen man ønsker (Dalland, 2014, s. 98-99). Personopplysningsloven (2000) setter også krav til hvordan opplysninger skal håndteres i forskningssituasjoner (Dalland, 2014, s. 100). I oppstartsfasen til en studie må det derfor vurderes om belastningen for de deltagende veier opp for utfallet av studien, og om det er etisk riktig å involvere en sårbar pasientgruppe i studien, eller om man kan snakke med helsepersonell som arbeider med denne gruppen istedenfor (Dalland, 2014, s. 99). For at de deltagende skal kunne gi informert frivillig samtykke, må de få informasjon om hvordan opplysningene blir brukt og hva hensikten med studien er (Dalland, 2014, s. 105).

For oss er det viktig at forskningen er etisk vurdert. Dette er blant annet fordi vi både har sett i forskningen vi har funnet og erfart i tidligere praksiser at det finnes dårlige holdninger og generelt lite kunnskaper om smertelindringen til opioidavhengige pasienter. På bakgrunn av dette kan vi tenke oss at dersom personvernet ikke ble tatt på alvor, ville en del av de

deltakende unnløte å svare ærlig og resultatene fra studiene ville vært ukorrekte. I tillegg er det innhentet ulike personlige opplysninger om pasientgruppen som vi kan tenke oss at de ikke ville ha vært komfortable med å dele dersom det ikke var anonymt. Vi har brukt 6 forskningsartikler i denne oppgaven. 4 av disse ble godkjent av en etisk komite. 1 ble godkjent av personvernombudet for forskning og 1 ble godkjent av styret på universitetet og sykehuset der studien ble gjennomført.

11 av artiklene vi har brukt i denne litteraturstudien har vært på engelsk. Vi har ikke engelsk som morsmål, og det kan derfor ha blitt oversatt i feil når vi har lest disse artiklene.

3.6 Analyse

For å analyse litteraturen vi har anvendt har vi tatt i bruk Aveyard (2014) sin “Thematic analysis: A simplified approach”. Dette er en forenklet og tilpasset metode som har blitt brukt av mange studenter i helseutdanning.

Det første vi gjorde var å oppsummere innholdet i litteraturen vi har funnet (Aveyard, 2014, s. 143). Vi har tatt i bruk samleskjema for å få en oversikt over funnene i litteraturen etter at den ble kritisk vurdert og journal-nivået ble avklart. I samleskjemaet har vi skrevet ned studienes metode, utvalg, hensikt, funn, konklusjon, styrker, svakheter, og etisk vurdering. Av studiene vi har valgt å inkludere, er det to som har svakheter ved at svarprosenten er lav.

Deretter identifiserte vi temaene fra studiene vi har funnet (Aveyard, 2014, s. 144). For å oppnå dette leste vi litteraturen hver for oss mens vi markerte funnene vi mente var viktige. Etterhvert oppdaget vi at visse emner gikk igjen i flere av studiene og artiklene. Vi valgte da noen foreløpige temaer som passer til problemstillingen vår. Deretter samlet vi funnene under de ulike temaene. Disse temaene ble grunnlaget for kategoriene i resultatkapittelet vårt.

Det neste vi gjorde var å vurdere betegnelsene på temaene og om temaene vi fant i litteraturen passet til problemstillingen i oppgaven. Her er det viktig å være oppmerksom på at studiene ikke nødvendigvis har de samme resultatene og at vi begrunner årsaker til hvorfor dette kan være (Aveyard, 2014, s. 147). Vi har sett at noen av studiene og artiklene ikke har like resultater, og dette vil vi tydeliggjøre i resultatkapitlet og drøftingen senere i oppgaven. Vi

endret betegnelsene på noen av temaene underveis, da vi fant ulike resultater slik at de passer godt til problemstillingen vår og fokuset vi har valgt på oppgaven.

Vi utarbeidet 5 hovedkategorier som vi presenterer i kapittelet om resultater og funn:

- Sammenhengen mellom smerter og opiatbruk
- Sykepleierens kunnskaper om pasientgruppen
- Sykepleierens holdninger overfor pasientgruppen
- Miljøfaktorer som påvirker sykepleierens holdninger og kunnskaper
- Relasjonsbygging mellom pasient og sykepleier

Når vi utarbeidet disse var det hensiktsmessig at vi var oppmerksomme på at disse kategoriene skal svare på problemstillingen vår. Dette er viktig for å vise at vi bruker kategoriene for å besvare litteraturstudien (Aveyard, 2014, s. 150).

3.7 Presentasjon av artikler

Artikkel nr.	1
Referanse	Cotter, P. & Kelleher, S. (2008) A descriptive study on emergency department doctors' and nurses' knowledge and attitudes concerning substance use and substance users. <i>International Emergency Nursing</i> , (17), 3-14
Utvalg/Størrelse	Svarprosent 46% N = 66
Tiltak/Setting	Finne ut hva slags holdninger sykepleiere og leger hadde ovenfor rusmisbruk og rusmisbrukere.
Funn	Kunnskapen og generelt rusmisbruk er tilfredsstillende, men de mangler kunnskap om rusavhengighet og andre legemidler.
Konklusjon	Helsepersonellet mente at de hadde gode kunnskaper, men artikkelen oppdaget noen mangler. Mangelen på kunnskaper kan påvirke sykepleien som blir gitt. Studien fokuserte i hovedsak på kunnskaper.
Relevans for problemstilling	<ul style="list-style-type: none"> - Kvantitativ-tverrsnittsstudie - Lav svarprosent - Holdninger, kunnskap og tiltak - Publiseringskanal nivå 1 - Sjekklister vurdert til middels god kvalitet - Primærlitteratur
Etisk vurdering	Etisk godkjenning for å gjennomføre studien ble gitt av den aktuelle etiske komiteen.

Artikkel nr.	2
Referanse	Arhold, R., M. & Childers, J., W. (2018) <i>Management of acute pain in the patient chronically using opioids</i> . UpToDate
Utvalg/Størrelse	Denne systematiske oversikten er basert på 59 fag- og forskningsartikler.
Tiltak/Setting	Hvordan man skal behandle akutte smerter hos pasienter som jevnlig bruker opioider.
Funn	Henviser til forskning og kommer med anbefalinger fra eksperter om hvordan man skal behandle smerter hos opioidavhengige. Noen av disse anbefalingene gikk ut på at når pasienten var innlagt på sykehus for smertelindring, var dette ikke en passende tid å avruse pasienten. Helsepersonell må også ha kunnskap om at avhengighet er en kronisk lidelse, slik at pasienter får tilfredsstillende smertelindring.
Konklusjon	Er et sammendrag der forskningen kommer med anbefalinger til smertelindringen.
Relevans for problemstilling	<ul style="list-style-type: none"> - Systematisk oversikt - Informasjon om hvordan smertebehandlingen bør utføres - Sekundærlitteratur
Etisk vurdering	Ikke etisk vurdert da det er en systematisk oversikt.

Artikkel nr.	3
Referanse	Krokmyrdal, K., A & Andenæs, R. (2015) Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study. Nurse education today (35), 789-794
Utvalg/Størrelse	Svarprosent 54% N = 98
Tiltak/Setting	Finne ut hvor mye sykepleiere mener de vet om smerter, smertelindring til opioidmisbrukere og hvor de innhenter kunnskapen fra.
Funn	De fleste mente at de hadde kunnskap om smerter og smertelindring, men de mente ikke at de hadde nok. De innhentet kunnskap hos kollegaer og gjennom erfaringer.
Konklusjon	De fleste mente at opioidavhengige overdrev smerter og løy om at medisinene ikke fungerte. De fleste trodde at de bidro til avhengigheten da de ga opiater som smertelindring.
Relevans for problemstilling	<ul style="list-style-type: none"> - Kvantitativt tverrsnitt studie - Lav svarprosent - Publiseringskanal nivå 1 - Holdninger og kunnskap - Sjekklister vurdert til middels god kvalitet - Primærlitteratur
Etisk vurdering	Studien ble godkjent av etikk og forskningsstyringsmyndigheten.

Artikkel nr.	4
Referanse	Li, R., Undall, E., Andenæs, R. & Nåden, D. (2012) Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus. Sykepleien Forskning 7(3), 252-260
Utvalg/Størrelse	Svarprosent 72% N = 312
Tiltak/Setting	Kartlegge helsepersonells handlinger, kunnskaper og holdninger til opioidavhengige med smerter innlagt på sykehus.
Funn	Få kartla rusmisbruk, under halvparten ga opioidsubstitusjon mot abstinenser. Over halvparten brukte aldri smertekartleggingsverktøy og følte seg lurt av rusmisbrukerne.
Konklusjon	Ettersom helsepersonellet ikke virker til å stole på rusmisbrukeren er det nødvendig med videre studier for å undersøke om de faktisk får adekvat smertebehandling når de er innlagt på sykehus.
Relevans for problemstilling	<ul style="list-style-type: none"> - Kvantitativt tverrsnittsstudie - Publiseringskanal nivå 1 - Holdninger, kunnskap og tiltak - Sjekklistevurdert som meget god kvalitet - Primærlitteratur
Etisk vurdering	Allmenne forskningsetiske prinsipper ble fulgt. Studien ble meldt til, og ble godkjent av personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste A/S.

Artikkel nr.	5
Referanse	Morgan, B.D. (2014) Nursing attitudes toward patients with substance use disorders in pain. <i>Pain management nursing</i> 15(1), 165-175
Utvalg/Størrelse	Intervju av 12 kvinner og 2 menn
Tiltak/Setting	Belyse sykepleieres holdninger mot os relasjoner med rusmisbrukere i smerte, og på denne måten få en forståelse for problematikken i smertebehandlingen til denne pasientgruppen.
Funn	Rusmisbrukere ble oppfattet som krevende, frekke og manipulerende.
Konklusjon	Sykepleiere trenger mer kunnskap om smerte generelt og rusmisbruk. I tillegg til hvordan de skal takle vanskelige situasjoner.
Relevans for problemstilling	<ul style="list-style-type: none"> - Kvalitativ forskningsstudie - Publiseringskanal nivå 1 - Holdninger, kunnskap og relasjoner - Sjekklistevurdert som meget god kvalitet - Primærlitteratur
Etisk vurdering	The institutional Review Boards på både universitetet og sykehuset der studien ble gjennomført godkjente studien. Studien ble deretter introdusert for avdelingslederne.

Artikkel nr.	6
Referanse	Cheatle, M., Comer, M., Wunsch, M., Skoufalos, A. & Reddy, Y. (2014). Treating pain in addicted patients: Recommendations from an expert panel. <i>Population Health</i> 17(2), 79-89
Utvalg/Størrelse	Basert på 73 fag- og forskningsartikler.
Tiltak/Setting	En oppsummering av anbefalinger fra eksperter om hvordan leger skal behandle kroniske smerter hos pasienter som er avhengige når en smertespesialist ikke er tilgjengelig.
Funn	De mener at det ikke er gode nok retningslinjer for dette temaet. De kommer med ulike anbefalinger for medikamentell smertebehandling, ikke-medikamentell smertebehandling og behandling for avhengighet.
Konklusjon	De har funnet flere steg som leger kan følge for å gi avhengige pasienter i smerte best mulig behandling. Risikostrategisering og kontinuerlig vurdering av pasienten vil hjelpe legene å gi pasientene en god nok smertebehandling.
Relevans for problemstilling	<ul style="list-style-type: none"> - Fagartikkel - Publiseringskanal nivå 1 - Oppsummerte anbefalinger fra eksperter om avhengige pasienter i smerter - Sekundærlitteratur
Etisk vurdering	Ikke etisk vurdert da det er en fagartikkel

Artikkel nr.	7
Referanse	Boekel, L., C., V., Brouwers, E., P., M., Weeghel, J., V. & Garretsen, H., F., L. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. <i>Elsevier</i> 131, 23-35
Utvalg/Størrelse	28 studier ble inkludert.
Tiltak/Setting	Finne ut hvilke holdninger helsepersonell i vestlige land har til pasienter med et rusmisbruk og beskrive hvilke faktorer som skaper negative holdninger, i tillegg til å se hvilke konsekvenser dårlige holdninger har på helsehjelpen som blir gitt
Funn	De oppdaget generelt dårlige holdninger til pasienter med et rusmisbruk, de likte heller ikke å ha denne pasientgruppen som pasienter. Dette kan komme av mangel på kunnskap og at de følte det var emosjonelt vanskelig.
Konklusjon	De fleste hadde dårlige holdninger til denne pasientgruppen. Mangel på utdanning og kunnskap kan være en årsak til dette. Det kan ikke konkluderes med hva dette gjør for helsehjelpen som blir gitt.
Relevans for problemstilling	<ul style="list-style-type: none"> - Systematisk oversikt - Publiseringskanal nivå 1 - Kunnskap og holdninger - Sekundærlitteratur
Etisk vurdering	Ikke etisk vurdert da det er en systematisk oversikt

Artikkel nr.	8
Referanse	Dever, C. (2017). Treating Acute Pain in the Opiate-Dependent Patient. <i>Journal of trauma nursing</i> 24 (5), 292-299.
Utvalg/Størrelse	Basert på 30 fag- og forskningsartikler.
Tiltak/Setting	Denne artikkelen diskuterer viktigheten av tilfredsstillende smertebehandling av akutt smerte hos pasienter som er opioidavhengige. Den inneholder også anbefalinger til helsepersonell om hvordan man skal behandle smerter ved at man bruker flere metoder samtidig.
Funn	Artikkelen inneholder en tabell der det er 5 hovedområder som det blir anbefalt å følge. Disse områdene er å øke kunnskap hos helsepersonell, bruke screenings verktøy, bruke psykologiske verktøy, hvordan man skal medisinere disse pasientene og hyppig pasient vurdering.
Konklusjon	De kommer frem til at ved å følge disse 5 områdene, så vil pasienten få best mulig behandling på sykehuset. De finner også ut at det trengs mer forskning i forhold til å skrive ut resepter på opioider på en trygg måte etter pasienten har vært i en akutt situasjon.
Relevans for problemstilling	<ul style="list-style-type: none"> - Fagartikkel - Publiseringskanal nivå 1 - Anbefalinger om hvordan man skal behandle smertepåvirket opioidavhengige i en akutt situasjon. - Sekundærlitteratur
Etisk vurdering	Ikke etisk vurdert da det er en fagartikkel.

Artikkel nr.	9
Referanse	Liberto, L.A. & Fornili, K.S. (2013) Managing pain in opioid-dependent patients in general hospital settings. <i>CNE series</i> 22(1), 33-37
Utvalg/Størrelse	Denne fagartikkelen er basert på 25 fag- og forskningsartikler.
Tiltak/Setting	Denne artikkelen handler om at opioidavhengige pasienter har en egen smertebehandling, og når helsepersonell har tilfredsstillende kunnskap, ikke smertekartlegger og har dårlig holdninger, vil dette føre til at pasientene får en dårlig opplevelse ved å være innlagt på sykehus.
Funn	Holdninger, for lite kunnskap og trening. Misbruk og avhengighet. Avhengighet er en sykdom.
Konklusjon	Flere pasienter med opiatmisbruk vil komme inn på sykehus. Disse pasientene vil kanskje ikke få tilfredsstillende helsehjelp på grunn av stigmatisering, holdninger, mangel på kunnskap og trening.
Relevans for problemstilling	<ul style="list-style-type: none"> - Fagartikkel - Ikke mulig å finne journalen på NSD. - Holdninger, kunnskap og relasjoner - Sekundærlitteratur
Etisk vurdering	Ikke etisk vurdert da det er en fagartikkel.

Artikkel nr.	10
Referanse	McCreaddie, M., Croft, J., Ewing, E., Fox, P., Lyons, I., Smith, M., Tocher, J. & Watt, D. (2009). "I take it you're anti-drugs are you? Well dinnae treat me like a piece of shit" A grounded theory of the pain management of drug users in acute care settings. <i>The University of Edinburgh</i>
Utvalg/Størrelse	11 intervju med rusavhengige og 5 fokusgrupper med helsepersonell
Tiltak/Setting	Hensikten med denne studien er å utforske oppfatninger og strategier sykepleiere og rusavhengige pasienter har i forhold til smertelindring i akutte situasjoner.
Funn	Studien fant ut at det var vanskeligheter rundt moral, rutiner og ritualer hos både sykepleier og pasient i behandlingen av rusavhengige i akutte situasjoner. Rusavhengige og sykepleierne hadde ulike forventninger og oppfatninger av smertelindringen, og det var utfordringer knyttet til å håndtere det unormale og umorale og å yte omsorg. Den diskuterer også stigmatisering, følelser og angst. Toleranseutvikling hos rusavhengige er også blitt diskutert og virkeligheten av smertene til pasienten.
Konklusjon	Denne studien gir et godt bilde av hvordan sykepleiere og rusavhengige kjemper med moral og deres rutiner når man forsøker å smertelindre i en akutt situasjon. Uønsket oppførsel kan oppstå fra begge parter. De kommer også frem til at de er nødvendig med mer forskning ved dette temaet.
Relevans for problemstilling	<ul style="list-style-type: none"> - Kvalitativ forskning - Publiseringskanal nivå 1 - Holdninger, kunnskap, rutiner og følelser. - Sjekkliste - vurdert som meget god kvalitet. - Primærlitteratur
Etisk vurdering	Etiske tillatelser ble hentet fra den lokale forskningsetiske komiteen etter mindre endringer.

Artikkel nr.	11
Referanse	Natan, M.B., Beyil, V. & Neta, O. (2009) Nurses' perception of the quality of care they provide to hospitalized drug addicts: Testing the theory of reasoned action. <i>International Journal of nursing practice</i> . 15, 566-573
Utvalg/Størrelse	Svarprosent: 85% 135 personer fra sykehus i Israel
Tiltak/Setting	Utforske helsepersonells holdninger og subjektive normer til rusmisbrukere ved bruk av Theory of reasoned action (TRA)
Funn	Sykepleiere hadde moderate negative holdninger til rusmisbrukere. De som hadde dårlige holdninger oppfattet pleien de ga som dårligere. De fleste mente at disse pasientene fortjente den samme helsehjelpen som andre, men synes at pasientgruppen var krevende.
Konklusjon	TRA var et nyttig hjelpemiddel å bruke i denne sammenhengen. Det anbefales kurs og informasjon om viktigheten om at denne pasientgruppen ikke blir diskriminert og får samme helsehjelp som alle andre.
Relevans for problemstilling	<ul style="list-style-type: none"> - Kvantitativ - Publiseringskanal nivå 1 - Holdninger og kunnskap - Sjekkliste - ikke brukt dette da det ikke ligger sjekkliste ute for kvantitativ forskning. - Primærlitteratur
Etisk vurdering	Studien og spørreskjemaet ble godkjent av den forskningsetiske komiteen på sykepleieavdelingen på Pat Matthews Academic School of Nursing.

Artikkel nr.	12
Referanse	Gaulen, Z., Alpers, S.E., Carlsen, S.E.L. & Nesvåg, S. (2016) Health and social issues among older patients in opioid maintenance treatment in Norway. <i>Nordic studies on alcohol and drugs</i> . 34(1), 80-90
Utvalg/Størrelse	32 forskningsartikler, 3 statistiske kilder, 2 grupper med helsepersonell og 1 gruppe med pasienter over 45 år
Tiltak/Setting	Hvilke sosiale- og helseproblemer sliter denne pasientgruppen med? Hvordan er støttetjenestene for denne gruppen organisert? Hvilke konsekvenser kan en større andel av eldre i denne gruppen ha for behovet for større kapasitet og endringer i støttetjenestene? Hvilke kunnskaper trenger helsepersonell for å kunne gi tilfredsstillende helsehjelp til denne gruppen?
Funn	Somatiske og psykiske lidelser påvirket behandlingen som denne pasientgruppen fikk. Helsetilbudene burde bli strukturert slik at det blir lettere for denne gruppen å få hjelp. De eldre som er opioidavhengige burde ha personal som har gode kommunikasjonsferdigheter og kan identifisere pasientens individuelle behov.
Konklusjon	Helsepersonell trenger mer kunnskap om denne pasientgruppen og helsetilbudene bør tilpasses. Helsepersonell har generelt lite kompetanse om eldre opiatmisbrukere. De har skrevet 5 tiltak som kan forbedre helsehjelpen denne gruppen mottar.
Relevans for problemstilling	<ul style="list-style-type: none"> - Rapport - Publiseringskanal nivå 1 - Har ingen definert konklusjon - Handler om eldre opiatmisbrukere - Sekundærlitteratur
Etisk vurdering	Ikke etisk vurdert da det er en rapport.

4. Resultater og funn

4.1 Sammenhengen mellom smerter og opiatbruk

Disse pasientene har en høyere forekomst av smerter og smerten er ofte ubehandlet eller underbehandlet (Andenæs et al., 2012, s. 2). Dever (2017) skriver i sin fagartikkel at pasienter som ofte har smerter, opplever mer psykologisk og fysisk lidelse enn de som ikke har smerter (s. 293). Dette forårsaker unødvendig lidelse for pasienten og manglende evne til å ta vare på seg selv, samt at det reduserer livskvaliteten. Studier viser også at stress fra en dårlig smertebehandling kan forverre den eksisterende avhengigheten (Krokmyrdal & Andenæs, 2015, s. 790-793). Det er derfor viktig at helsepersonell har kunnskap om forskjell på kroniske og akutte smerter slik at dette kan bli behandlet på riktig måte (Dever, 2017, s. 293). Tilstedeværelsen av smerter hos opioidavhengige er beskrevet som en mer komplisert smerte enn hos andre pasienter. Opioidavhengighet stimulerer nevropsykologiske, atferdsmessige og sosiale responser, som øker opplevelsen av smerte og gjør det vanskelig å gi tilfredsstillende smertelindring (Andenæs et al., 2012, s.2).

Rusmisbruk fremskynder også forhold knyttet til aldring, og fører til at pasientene rammes av redusert mobilitet og aldersrelaterte sykdommer. Denne pasientgruppen har vesentlig lavere forventet levetid enn andre mennesker (Alpers et al., 2017, s. 2). Det er flere utfordringer helsepersonell kan møte i smertebehandlingen av denne pasientgruppen. Sentral sensibilisering, toleranse og opioid-indusert hyperalgesi er faktorer som gjør det vanskelig å smertelindre pasienter som jevnlig bruker opioider (Arnold & Childers, 2018, s. 1). Det kan også oppstå etiske og juridiske problemer i behandlingen, spesielt hvis pasientene oppfattes å være narkotika søkende (Cheatle et al., 2014, s. 1).

4.2 Sykepleiernes kunnskaper om pasientgruppen

Noen studier viste at sykepleiere hadde lite kunnskap om smertelindring til opioidavhengige (Krokmyrdal & Andenæs, 2015, Morgan, 2014, Kelleher & Cotter, 2008, Boekel, Brouwers et al., 2013). Andre viste derimot at de hadde middels kunnskap om dette temaet (Andenæs et al., 2012, Beyil et al., 2009). Flere studier har oppdaget at mangelfulle kunnskaper er en vesentlig årsak til utilstrekkelig smertelindring (Andenæs et al., 2012., Morgan, 2014., Krokmyrdal & Andenæs, 2015., Boekel et al., 2013., Dever, 2017., McCreaddie et al.,

2009).

Denne pasientgruppen krever at helse- og omsorgstjenestene øker den faglige kompetansen til helsepersonellet, og institusjonene bør takle utfordringene denne pasientgruppen byr på (Alpers et al., 2017, s. 7). Studien “Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus” viste at sykepleiere hadde mye kunnskap om toleranse og at rusavhengige pasienter trenger større doser opioider for å få smertelindrende effekt. Til tross for dette fikk ikke opioidavhengige pasienter mer smertestillende enn andre pasienter som var innlagt. På bakgrunn av dette kan se ut som sykepleiere har denne kunnskapen, men velger ikke å bruke den (Andenæs et al., 2012, s. 11-12). Mange sykepleiere er også redde for at de bidrar til pasientens avhengighet dersom de gir opiater som smertelindring (Liberto & Fornili, 2013, Krokmyrdal & Andenæs, 2015). Denne frykten kan føre til at sykepleierne ikke gir opioider som smertestillende til tross for at det ikke er bevist eller at det er noen indikasjoner på at smertebehandling med opioider bidrar til pasientens avhengighet eller forverrer den (Krokmyrdal & Andenæs, 2015, s. 793). En forståelse av avhengighet som en kronisk, progressiv lidelse kan tillate helsepersonell å skaffe effektiv smertestillende til pasienter som er avhengige av opioider. Når en pasient kommer på sykehuset med smerter er det ikke en passende tid til å prøve å avruse pasienten (Arnold & Childers, 2018, s. 12).

Forskning viser at mangelfull kartlegging kan føre til at smertene blir tolket som mindre alvorlige enn det pasienten opplever, og dermed blir de underbehandlet. Flere studier viser at få sykepleiere kartlegger pasientens smerter og rusmisbruk (Andenæs et al., 2012, Kelleher & Cotter, 2008, Liberto & Fornili, 2013). I studien “Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus” viste det seg at få sykepleiere kartla pasientens rusmisbruk. Årsaken til dette kan være at sykepleierne ikke anså kartlegging av rusmisbruk som sitt ansvarsområde.

Sykepleierne manglet kunnskap om hvordan opioidavhengighet kan påvirke smerteopplevelsen og behandlingen, og derfor kan dette ha bidratt til at de ikke mente at kartlegging var relevant. På bakgrunn av at smerter er subjektive er det relevant å anvende kartleggingsverktøy for å vurdere graden av smerter. Dette vil være vesentlig for at opioidavhengige pasienter skal få tilstrekkelig smertelindring. God bruk av smertekartleggingsskjema kan også føre til at sykepleieren ikke blir manipulert av pasienten. Dette er på grunn av pasienten får tilfredsstillende smertelindring (Andenæs et al., 2012, s. 11-12).

4.3 Sykepleiernes holdninger overfor pasientgruppen

Folks vilje til å gi hjelp og støtte i stigmatiserende situasjoner er avhengig av hvem som blir oppfattet som ansvarlig. Forskning har vist at sinne og mangel på sympati fremkommer overfor personer som blir oppfattet som ansvarlig for sin egen tilstand, der ulike handlinger kunne ha gjort at de unngikk sin nåværende helseproblematikk (Beyil et al, 2009, s. 567). Flere av studiene kom frem til at sykepleiere hadde dårlige holdninger overfor opioidavhengige og at disse holdningene kunne ha negativ påvirkning på smertelindringen pasientene fikk (Kelleher & Cotter, 2008, Liberto & Fornili, 2013, Morgan, 2014., Andenæs et al., 2012., Beyil et al., 2009., Boekel et al., 2013., Dever, 2017., McCreddie et al, 2009). Noen studier oppdaget også at sykepleiere mente rusmisbrukere overdrev smertene, og at de løy om effekten av smertestillende for å få mer (Morgan, 2014., Andenæs et al., 2012, Krokmyrdal & Andenæs, 2015., McCreddie et al., 2009). Dette kan være en av grunnene til at en del pasienter ikke sier ifra om sitt rusmisbruk når de blir innlagt, (Andenæs et al., 2012., Arnold & Childers, 2018., Cheatle et al., 2014).

I studien “Nursing attitudes toward patients with substance use disorders in pain” beskrev sykepleierne sine egne holdninger, og holdningene til kollegaene sine. En sykepleier i denne studien beskrev denne pasientgruppen som veldig krevende og vanskelige å tilfredsstille. Flere sykepleiere fortalte at noen av kollegaene deres overså smerten til pasientene når de mistenkte en opioidavhengighet. En annen beskrev denne type pasienter som mistenksomme (Morgan, 2014, s. 170-173).

4.4 Miljøfaktorer som påvirker sykepleierens holdninger og kunnskaper

Sykepleieres holdninger og kunnskaper formes av arbeidsmiljøet og arbeidskollegaene deres (Krokmyrdal & Andenæs, 2015, Boekel et al., 2013, Beyil et al., 2009). En studie beskriver også at faktorer som tid, organisering av avdelingen, ansvarsfølelse overfor pasientgruppen og støtte fra kollegaer, er med på å påvirke helsepersonellens engasjement (Boekel et al., 2013, s. 32).

I studien “Nurses’ competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study” anså sykepleierne sine kollegaer og deres erfaring som primære kilder til sin kunnskap. Konsekvensen av dette kan være at kvaliteten på arbeidsstedet, kan bestemme kompetansenivået (Krokmyrdal & Andenæs, 2015, s. 793).

4.5 Relasjonsbygging mellom pasient og sykepleier

Oppretting av et gjensidig tillitsforhold mellom helsepersonell og opioidavhengige er et overordnet mål ved behandlingstilbudet i sykehus. En profesjonell sykepleier stoler på pasientens rapportering av smerte. Det har vist seg at dersom sykepleieren viser respekt og klarer å oppnå tillit hos pasienten, vil dette ha en positiv effekt på samarbeidet med pasienten (Andenæs et al., 2012, s. 4). I tillegg til at opioidavhengige pasienter ikke ruser seg ved siden av smertebehandlingen dersom sykepleieren stoler på deres rapportering av smerte. Det er derfor grunnleggende å opparbeide et gjensidig tillitsforhold ved smertelindringen til denne pasientgruppen. For å oppnå dette må man anvende kommunikasjon aktivt. Det er vesentlig å forklare pasienten at han vil motta tilstrekkelig smertelindring, behandling og forebygging av symptomer på abstinens, samt lindring av plager og symptomer som oppstår ved abstinens. Dette vil være med på å danne et tillitsforhold mellom sykepleieren og pasienten (Andenæs et al., 2012, s. 15).

5. Drøfting

I dette kapittelet skal vi drøfte hvordan vi som sykepleiere kan møte pasienter med en opioidavhengighet på en verdig måte når de er innlagt på sykehus med behov for smertelindring. Dette skal vi få svar på ved hjelp av teorien og forskningen vi har anvendt i oppgaven.

5.1 Kunnskaper om smertelindring til opioidavhengige pasienter

Kunnskaper er en av forutsetningene for å kunne yte tilfredsstillende sykepleie til pasienter (Martinsen, 2003, s. 75). Vi ser at denne pasientgruppen øker i antall innleggelser på sykehus, så dersom sykepleieren ikke har kunnskaper om smertelindring til opioidavhengige, må dette tilegnes. Noen studier kom frem til at sykepleiere hadde lite kunnskap om smertelindring til denne pasientgruppen (Krokmyrdal & Andenæs, 2015, Morgan, 2014, Kelleher & Cotter, 2008, Boekel et.al., 2013). Det var derimot andre som viste at sykepleiere hadde middels gode kunnskaper om dette emnet (Andenæs et.al., 2012, Beyil et.al., 2009). Som sykepleier skal man arbeide ut i fra kravene om faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp, som man kan forvente ut i fra sykepleierens egenskaper, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Helsetjenester i spesialisthelsetjenesten skal være forsvarlige (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 2-2). Det vil si at det kan forventes at sykepleiere som arbeider på en sykehusavdeling har kunnskap om smertelindring til opioidavhengige.

Sykepleiere skal også holde seg oppdatert på forskning og bidra til at ny kunnskap tas i bruk i praksis, samt at man som sykepleier har et ansvar for å lindre pasientens lidelse (NSF, 2011, s. 7). For å kunne foreta gode valg er det sentralt at sykepleieren har kunnskaper om pasientgruppen, behandlingsalternativer, ulike kulturer, lovverk og helserett (Nordtvedt, 2016, s. 26). I tillegg til dette, mestrer en profesjonell sykepleier å anvende sin menneskelighet i møtet med pasienten (Håkonsen, 2014, s. 225). I en studie ble det oppdaget at sykepleiere hadde tilfredsstillende kunnskap om opioidavhengiges toleranse og at de på bakgrunn av dette har behov for større doser opioider for å få en smertestillende effekt. Til tross for dette mottok denne pasientgruppen mindre smertelindring enn andre pasienter (Andenæs et.al., 2012, s. 11-12). En årsak til dette kan være at sykepleiere er redde for å bidra til avhengigheten da de gir opioider som smertelindring (Liberto & Fornili, 2013, Krokmyrdal & Andenæs, 2015). Dette til tross for at det ikke finnes bevis eller noen indikasjoner på at smertebehandling med opioider bidrar til pasientens avhengighet eller forverrer den (Krokmyrdal & Andenæs, 2015,

s. 793). Dette viser oss at en del sykepleiere har gode kunnskaper, men at de allikevel kan la være å anvende de. Årsaken til dette kan være dårlige holdninger eller manglende forståelse for denne pasientgruppen. Vi ser imidlertid også at det finnes mange sykepleiere som ikke har nok kunnskaper om dette temaet (Krokmyrdal & Andenæs, 2015, Morgan, 2014, Kelleher & Cotter, 2008, Boekel et.al., 2013., Andenæs et.al., 2012, Beyil et.al., 2009). Dette er ikke i samsvar med Helsepersonelloven (1999, § 4), og vil føre til at disse pasientene ikke får korrekt smertebehandling. For å unngå feilbehandling er det derfor viktig at sykepleieren arbeider kunnskapsbasert. Dette krever at sykepleierne mestrer å finne relevant forskning og vurdere denne. Ved å anvende forskningen i praksis, reduseres den tilfeldige praksisen og man kan argumentere for handlingene man utfører. (Danielsen et.al., 2016, s. 382). Erfaringer er også en del av det kunnskapsbaserte arbeidet (Nortvedt et al, 2016, s. 16). Sykepleierens erfaringer bidrar til en økt forståelse for hvordan en plage kan påvirke pasientens grunnleggende behov, og pasienten vil dermed motta god sykepleie. Fagkunnskaper bidrar til denne erfaringen, og gjør slik at sykepleieren kan gi pleie til pasienten på en tilfredsstillende måte (Martinsen, 2003, s. 69, 75-76). Denne forståelsen bidrar til at sykepleieren utfører målrettede handlinger for å lindre pasientens plager (Danielsen et.al., 2016, s. 382). Dette er en sårbar pasientgruppe som ofte opplever å bli stigmatisert og som kan bli møtt på en dårlig måte (Kelleher & Cotter, 2008, Liberto & Fornili, 2013, Morgan, 2014., Andenæs et.al., 2012., Beyil et.al., 2009., Boekel et.al., 2013., Dever, 2017., McCreaddie et.al., 2009). Forståelsen av avhengighet som en kronisk, progressiv lidelse kan føre til at sykepleiere oppnår en bedre innsikt i pasientens situasjon, noe som kan tillate dem å gi tilfredsstillende smertelindring til pasienter som er avhengige av opioider (Arnold & Childers, 2018, s. 12). Vi har selv erfart i praksis at sykepleiere som har lite kunnskap, har mindre forståelse for pasientenes opplevelser og situasjon. På bakgrunn av erfaringene våre mener vi at denne forståelsen er vesentlig hos denne pasientgruppen, slik at de føler seg akseptert, ivaretatt, og at de blir betrygget av at sykepleierens kunnskaper er tilfredsstillende samt at de føler at smerteopplevelsen deres blir forstått.

Pasienter som er innlagt på sykehus med behov for smertelindring er avhengige av sykepleierens kunnskaper. Alle kan komme i en situasjon som gjør at vi har behov for hjelp fra andre. Vi vil dermed være avhengige av den hjelpende parten. Denne avhengigheten kan for pasienten oppfattes som mangel på autonomi og selvbestemmelse. Verdien om å være uavhengig av andre mennesker vil derfor stå sterkt (Martinsen, 2003, s. 14-16, 47).

Smertebildet hos opioidavhengige pasienter oppleves som mer komplekst enn hos pasienter uten en avhengighet, noe som gjør det vanskeligere å gi tilfredsstillende smertelindring. Stresset som forårsakes av utilfredsstillende smertelindring, kan gjøre at den eksisterende avhengigheten blir forverret (Krokmyrdal & Andenæs, 2015, s. 793). På bakgrunn av dette blir ikke-skade-prinsippet og autonomiprinsippet aktuelt. Autonomiprinsippet vil si at sykepleieren respekterer og bevarer pasientens rett til autonomi, samt at man skal se på pasienten som en selvbestemmende person. Ikke-skade-prinsippet handler om at man skal yte god sykepleie uten å drive tilfeldig praksis. Dersom man ikke klarer å gi tilfredsstillende smertelindring til pasienten, vil dette gå ut over dette prinsippet, både på grunn av at pasienten ikke får god nok smertelindring, men også på grunn av at dette kan forverre pasientens avhengighet (Nordtvedt, 2016, s. 96-99). Derfor er det også viktig at helsepersonell har kunnskap om forskjellen mellom kroniske og akutte smerter, for at pasienten skal få riktig behandling. I en studie forteller rusmisbrukerne at personalet som klarte å identifisere smerten deres og behandle den på en god måte ble sett på som "snille", mens personalet som ikke klarte dette ble sett på som "slemme" (McCreaddie et.al., 2009, s. 32-34). Vi har erfart i praksis at dersom sykepleieren ikke har kunnskaper om smertelindring, vil dette gå ut over sykepleien pasienten mottar. I tillegg har vi observert at dette er viktig i det videre samarbeidet mellom sykepleier og pasient. I samarbeidet med pasienter innenfor denne pasientgruppen er det viktig å involvere de og sikre at deres autonomi blir ivaretatt (Nordtvedt, 2016, s. 98).

Den medikamentelle behandlingen er forskjellig ved akutte og kroniske smerter. Opioider er sentralt i behandlingen av akutte smerter, mens man først og fremst vil bruke Paracetamol og NSAIDS-preparater ved kroniske smerter, og det er først ved sterke smerter man vil bruke opioider (Danielsen et.al., 2016, s.398-399, 418). Vi har opplevd i praksis at de ansatte har denne kunnskapen, men at de likevel ikke ønsker å gi opioider da pasienten er opioidavhengig. Når de først gir opioider er det gjerne en liten dose. Det kan derfor se ut som om de har kunnskap om smertelindring generelt, men at det er kunnskapen om smertelindring til opioidavhengige og opioidtoleranse som mangler. Opioidtoleranse oppstår ved gjentagende administreringer av opioider over tid. Dette gjør at kroppen tilpasser seg stoffet og det vil kreve større mengder for å oppnå samme effekt som man fikk før toleransen oppsto. Derfor vil opioidavhengige trenge større doser opioider for å forebygge abstinenser og for å behandle smerte (McCreaddie et.al., 2009, s. 23). Denne toleransen, sentral sensibilisering og opioid-indusert hyperalgesi gjør det vanskelig å smertelindre denne pasientgruppen (Arnold &

Childers, 2018, s. 1). Her kommer det også frem hvor avhengig pasienten er av sykepleierens kunnskaper. Mangel på smertelindring kan oppleves som tap av autonomi (Martinsen, 2003, s. 46). En av grunnene til at opioidavhengige blir underbehandlet for smertene sine er at sykepleiere ofte er redde for bivirkningene. De viktigste bivirkningene ved opioider er sedasjon, respirasjonsdepresjon og fare for avhengighet (Danielsen et.al., 2016, s. 402). De fleste opioid-tolerante pasienter vil kunne tåle en økning i dosen av opioider uten å oppleve sedering eller respiratorisk depresjon (Arnold & Childers, 2018, s. 6). Det er likevel vesentlig å ha respekt for medikamentet og skaffe seg kunnskap om virkningene og bivirkningene. Kun da kan stoffet brukes på riktig måte og gi optimal smertelindring for pasienten (Danielsen et.al., 2016, s. 402). Teorien sier at man skal ha respekt for medikamentet, men det vi har opplevd i praksis er at denne respekten har blitt mer som en frykt da det skal anvendes på opioidavhengige. Frykten for at pasienten allerede har tatt opioider før innleggelsen er stor, men på tross av dette har vi aldri opplevd at noen har spurt pasientene om de har inntatt noe på egen hånd. Vi mistenker at dette er på grunn av at de er redde for reaksjonen til pasienten. En av bivirkningene av opioider er fare for avhengighet (Danielsen et.al., 2016, s. 402). Pasientgruppen som vi har valgt å fokusere på er allerede avhengige og forskningen sier at det ikke er noe som indikerer på at opioider til smertebehandling forverrer avhengigheten (Krokmyrdal & Andenæs, 2015, s. 793). Da mangel på kunnskaper er en av grunnene til at pasientene får utilstrekkelig smertelindring (Andenæs et.al., 2012., Morgan, 2014., Krokmyrdal & Andenæs, 2015., Boekel et.al., 2013., Dever, 2017., McCreddie et.al., 2009), vil dette kreve at sykepleiere har god kompetanse og mestrer utfordringer som kan oppstå i behandlingen av denne pasientgruppen (Alpers et.al., 2017, s. 7).

Smerter er subjektive og personlige, og det er dermed vesentlig å anvende smertekartlegging for å sikre en individuell og adekvat smertelindring. Bruk av kartleggingsverktøy knyttet til smerte og rusmisbruk er viktig for at opioidavhengige skal få tilfredsstillende smertelindring (Andenæs et.al., 2012, s. 12). Det er sykepleieren sitt ansvar å innhente data om smertens lokasjon, intensitet og utløsende eller lindrende faktorer, samt objektive data som hudfarge, svette og mimikk (Danielsen et.al., 2016, s.398). Som sykepleier krever det at man reflekterer over handlinger og gjør faglige vurderinger av pasientens tilstand, samtidig som man fremstår nøytral slik at pasienten ikke bekymrer seg (Martinsen, 1993, s. 89). Flere studier viser at få sykepleiere kartlegger smerter hos denne pasientgruppen, selv om dette bør være sykepleierens ansvar på lik linje med observasjoner og vurderinger (Andenæs et.al., 2012,

Kelleher & Cotter, 2008, Liberto & Fornili, 2013). En mulig forklaring på at sykepleiere ikke kartlegger smerte hos disse pasientene kan være at de mangler kunnskap om hvordan opioidavhengighet påvirker smerteopplevelsen og smertebehandlingen (Andenæs et.al., 2012, s. 11). Smertekartleggingsskjema er et godt hjelpemiddel for tilfredsstillende smertelindring. Kartleggingsskjemaer gir ikke rom for sykepleierens egne tolkninger, og på denne måten er det pasientens opplevelse som blir grunnlaget for smertelindringen (Andenæs et.al., 2012, s. 12). I praksis erfarte vi at kartlegging av smerte ble utført, men at sykepleiere likevel tolket smertene som lavere enn de opioidavhengige hadde rapportert. Dette kan skyldes dårlige holdninger og oppfatningen av at pasientene er russøkende (Morgan, 2014., Andenæs et.al., 2012., Krokmyrdal & Andenæs, 2015., McCreaddie et.al., 2009). Vi har også erfart at dette kan skyldes frykten for at pasienten har ruset seg ved siden av smertelindringen, og at de derfor ville gi mindre opioider. Forskning viser derimot at opioidavhengige pasienter ikke ruser seg i skjul dersom de opplever at sykepleieren stoler på rapporteringen deres om smerte (Andenæs et.al., 2012, s. 15).

5.2 Holdninger og deres påvirkning på sykepleien

Vårt bilde av oss selv som sykepleiere kan påvirke handlingene vi utfører, og måten vi oppfatter og møter andre på. Det som oppleves som ukjent, kan være skummelt, men som sykepleier kreves det at man utvider menneskesynet sitt og møter det ukjente på en tilfredsstillende måte (Henriksen & Vetlesen, 2003, s. 131-133). På bakgrunn av hva vi føler og tenker om en gitt situasjon, vil holdningene påvirke handlingene våre på en positiv eller negativ måte (Håkonsen, 2014, s. 185-186). Vi erfarte i praksis at sykepleiere som hadde lite erfaring med opioidavhengige pasienter, opplevde pasientsituasjonen som ukjent og vanskelig. Dette førte til at pasientene kunne oppfatte sykepleieren som avvisende og lite motivert til å hjelpe, og det ble et dårlig samarbeid mellom sykepleieren og pasienten. Vi kan tenke oss at slike møter med pasienten kan være med på å forme holdningene til sykepleieren over tid. På grunn av disse dårlige holdningene, mottar ikke opioidavhengige pasienter tilstrekkelig smertelindring når de er innlagt på sykehus (Morgan, 2014., Andenæs et.al., 2012., Beyil et.al., 2009., Kelleher & Cotter, 2008., Liberto & Fornili, 2013., Boekel et.al., 2013., Dever, 2017., McCreaddie et.al., 2009). Dette kan være med å bidra til at pasienter ikke forteller om sitt rusmisbruk når de kommer inn på sykehuset (Andenæs et.al., 2012., Arnold & Childers, 2018., Cheatle et.al., 2014). Derfor er det viktig at man som sykepleier ikke dømmer, og at man har fokus på dette når man yter omsorg. Omsorg handler om hvordan

vi mennesker tar hensyn til hverandre, samt nestekjærlighet og det å være uselvisk (Martinsen, 2003, s. 14, 18). Det er også viktig at man handler med altruisme og har pasientens behov i fokus (Håkonsen, 2014, s. 206).

Flere studier kom frem til at sykepleiere hadde en oppfatning av at rusmisbrukere overdrev smertene sine, samt at de løy om den smertestillende effekten for å kunne få mer (Morgan, 2014., Andenæs et.al., 2012., Krokmyrdal & Andenæs, 2015., McCreaddie et.al., 2009). Som sykepleier må man være klar over at våre oppfatninger og det vi ser, ikke er hele sannheten, men vår egen fortolkning av den. Sykepleieren vil etterhvert få et nyansert bilde av virkeligheten, da erfaring og kunnskap er faktorer som fremskynder dette. Våre erfaringer kan påvirke persepsjonen negativt dersom de bekrefter fordommene vi allerede har (Eide & Eide, 2012, s. 78). Når situasjoner med mistillit oppstår mellom sykepleieren og pasienten vil dette skape bekymring for begge parter. Måten de håndterer denne situasjonen på vil være med å danne felles normer, prinsipper og holdninger i deres relasjon. I utførelsen av god sykepleie er spontanitet og moral grunnleggende, og det er viktig at man opprettholder medmenneskeligheten man allerede har i seg. Dette vil si at man utfører handlinger til pasientens beste (Martinsen, 1993, s. 89). I en av studiene beskrev sykepleieren opioidavhengige pasienter som krevende og vanskelige. Noen beskrev dem også som mistenksomme (Morgan, 2014, s. 170-173). En mulig forklaring til at sykepleierne opplever pasientene på denne måten kan være at de oppfatter pasientene som ansvarlige for sin situasjon. Forskning har oppdaget at mangel på sympati oppstår dersom pasienten oppfattes som ansvarlig for sin egen tilstand (Beyil et.al., 2009, s. 567). Vi har også erfart i praksis at sykepleiere har negative holdninger mot pasienter som har en avhengighet, da dette oppleves som selvforskyldt. Dette er også tilfelle til tross for at pasienten har blitt avhengig på grunn av legens ordinasjoner av legemidler etter en ulykke, eller lignende. Rusmiddelavhengighet er et syndrom, og det kan derfor ikke beskrives som selvforskyldt (Andenæs et.al., 2012, s. 2). Disse holdningene strider mot de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (NSF, 2011), da retningslinjene forteller at sykepleieren skal bevare pasientens rett til å ikke bli krenket, samt ivareta pasientens integritet og verdighet (s. 8). Integritet vil i denne sammenhengen være pasientens rett til å bevare sin verdighet uansett ytre forhold. Dette er en grunnleggende verdi innen sykepleie, i tillegg til pasientens selvbestemmelsesrett og medbestemmelsesrett (Hummelvoll, 2016, s. 85). I tillegg skal helsetjenester yte et likeverdig tilbud for alle, og bidra til et tilpasset tjenestetilbud etter pasientens individuelle behov

(Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 1-1). Rettferdighetsprinsippet går også ut på at alle har rett på nødvendig helsehjelp uten å bli diskriminert på grunn av kjønn, alder, rase eller sosial status (Nordtvedt, 2016, s. 96). Vi har sett i forskning at opioidavhengige pasienter ofte blir møtt med dårlige holdninger (Kelleher & Cotter, 2008, Liberto & Fornili, 2013, Morgan, 2014., Andenæs et.al., 2012., Beyil et.al., 2009., Boekel et.al., 2013., Dever, 2017., McCreaddie et.al., 2009). Dette er en pasientgruppe som er avhengig av sykepleierens holdninger for at møtet mellom dem skal oppleves som verdig. På bakgrunn av denne avhengigheten og at det er en sårbar gruppe kan vi beskrive opioidavhengige pasienter som svake. Omsorgsmoralen handler om at sykepleieren skal arbeide ut i fra prinsippet om ansvaret for de svake (Martinsen, 2003, s.17). Disse handlingene er etiske, universelle og ubegrunnede. Alle mennesker er knyttet til hverandre med et krav om å vise omsorg for hverandre i alle livets situasjoner (Martinsen, 1993, s. 70-71). Da det er omsorgen som knytter oss mennesker sammen, vil sykepleierens gode holdninger kunne være med på å bidra til at opioidavhengige pasienter føler seg likeverdig behandlet.

Sykepleiere erfarer ofte at pasientene kommer inn på avdelingen, og at problemet deres blir identifisert. Deretter blir de behandlet slik at de kan dra hjem friske. Dette løpet gjelder imidlertid ikke alltid rusmisbrukere. De kan ofte bli lagt inn igjen for de samme problemene som de ble behandlet for første gang. Dette kan føre til at sykepleierne føler at behandlingen de gir ikke har effekt, noe fører til at omsorgen pasienten mottar blir redusert (McCreaddie et.al., 2009, s. 19-20). I praksis erfarte vi at pasientene som var opioidavhengige ofte var innlagt flere ganger i løpet av praksisperioden. De var innlagt med den samme smerteproblematikken hver gang, og sykepleierne på avdelingen uttrykte en frustrasjon over dette. Recovery-begrepet legger vekt på å redusere pasientens symptomer og funksjonssvikt, slik at han mestrer sin egen hverdag (Hummelvoll, 2016, s. 57). En antagelse innen dette begrepet er at pasientens bedring kan stoppe opp eller ta et steg tilbake. Dette kan likevel beskrives som bedring i følge recovery-begrepet. En annen antagelse er at bedring kan skje selv om pasienten opplever tilbakefall av symptomer (Hummelvoll, 2016, s. 63-64). Dette mener vi er relevant tenkning i arbeidet med opioidavhengige pasienter da årsaken til smertene de opplever ofte ikke forsvinner, og de vil dermed få tilbakefall av symptomer (McCreaddie et.al., 2009, s. 19-20). På bakgrunn av dette tenker vi at det vil være lønnsomt for oss som sykepleiere å være oppmerksomme på at man reduserer symptomer slik at pasienten mestrer hverdagen, men at dette ikke nødvendigvis trenger å bety at pasienten ikke opplever den samme smerteproblematikken igjen.

5.3 Miljøfaktorerers påvirkning på sykepleierens holdninger og kunnskaper

En av forutsetningene for å kunne gi god omsorg er organisasjon (Martinsen, 2003, s. 75-76). En studie oppdaget at sykepleierne så på kollegaene sine og deres erfaring som de viktigste kildene til sin kunnskap. Dette kan føre til at arbeidsstedets kvalitet avgjør kompetansenivået til sykepleierne (Krokmyrdal & Andenæs, 2015, s.793). Flere andre studier kommer også frem til at sykepleierens holdninger og kunnskaper formes av arbeidsmiljøet og kollegaene deres (Krokmyrdal & Andenæs, 2015, Boekel et al., 2013, Beyil et al., 2009). Vi opplevde i praksis at sykepleierne ofte spurte hverandre om temaer de var usikre på, istedenfor å bruke forskning eller faglitteratur. Vi så at dette bidro til å videreføre både gode og dårlige holdninger og kunnskaper på avdelingen. Etter yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF, 2011) skal sykepleie være kunnskapsbasert, dette vil si å arbeide etter erfaring, forskning og brukermedvirkning. I tillegg skal sykepleieren vise respekt for kolleger og andres arbeid, men dette skal ikke være et hinder for å ta opp brudd på etiske, faglige eller kollegiale normer (s. 7, 9).

Noen studier viste også at tid, organisering, ansvarsfølelse og støtte fra kollegaer var faktorer som påvirket helsepersonellens engasjement (Boekel et al., 2013, Andenæs et al., 2012). Rutiner og ritualer er en viktig del av en rusmisbrukers hverdag. Når disse pasientene er innlagt på sykehus er det en fordel å følge disse rutinene slik at man kan forebygge abstinenser, men sykepleierne fortalte at dette var vanskelig på grunn av avdelingens egne rutiner (McCreaddie et al., 2009, s. 29). I studien av Beyil, Natan og Neta (2009) er mange av sykepleierne enige i at pasienter med et rusmisbruk var vanskelige pasienter og forstyrret avdelingen (s. 570). Dette er en oppfatning som vi observerte i vår praksis. Denne pasientgruppen ble stemplet som vanskelige og ble ofte snakket negativt om på vaktrommet. I følge de yrkesetiske retningslinjene (NSF, 2011) skal sykepleie blant annet baseres på barmhjertighet og omsorg (s. 7). Som sykepleier er det viktig å ivareta det moralske i oss som gjør at vi utfører spontane handlinger for pasientens beste (Martinsen, 1993, s. 89). Velgjørenhetsprinsippet handler også om dette. Som sykepleier ønsker man å gjøre det beste for pasienten, og handler derfor ut i fra dette ønsket (Nordtvedt, 2016, s. 96).

5.4 Relasjonen mellom pasient og sykepleier

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 1-1) har blant annet som formål å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsepersonell. Dette er vesentlig under smertebehandlingen til opioidavhengige pasienter. For å oppnå dette må man anvende kommunikasjon aktivt (Andenæs et al., 2012, s. 15). Sykepleieren må lytte til pasienten, forstå og tåle å høre det pasienten ønsker å fortelle. I tillegg til at sykepleieren bør være oppmerksom på nærheten og avstanden til pasienten for å unngå å bli trukket inn i kaoset som pasienten kan oppleve (Håkonsen, 2014, s. 401). For å kunne få til dette tillitsforholdet er sykepleieren nødt til å trygge pasienten på at han vil få tilstrekkelig smertelindring, behandling og forebygging av abstinenssymptomer, samt lindring av plager og symptomer som følge av abstinenser (Andenæs et al., 2012, s. 15). I samarbeidet mellom sykepleieren og pasienten er god kommunikasjon vesentlig for å oppnå et felles mål om tilfredsstillende smertelindring. I tillegg til dette er det viktig at kommunikasjonen blir oppfattet som noe hyggelig for pasienten, slik at det ikke dreier seg kun om behandlingen (Håkonsen, 2014, s. 221). Ut i fra observasjoner vi har gjort i praksis har vi oppdaget at det er vesentlig at det er en god kommunikasjon mellom sykepleier og pasient for å bygge en god relasjon mellom disse. Helsepersonell anvender ofte ord og faguttrykk som pasienten ikke forstår (Håkonsen, 2014, s. 216). Det er viktig at sykepleieren snakker til pasienten på en forståelig måte. Dersom sykepleieren ikke tilpasser kommunikasjonen kan dette føre til at pasienten ikke forstår alt som blir sagt og det kan oppstå usikkerhet (Martinsen, 2003, s. 76). Noe som kan føre til et skille mellom sykepleieren og pasienten (Håkonsen, 2014, s. 216).

Opioidavhengige pasienter kan også ha mistillit til andre mennesker på bakgrunn av tidligere erfaringer (Andenæs et al., 2012, s. 15). Under en samtale med en opioidavhengig pasient i praksis, kom det frem at sykepleierens evne til å bygge en relasjon er avgjørende for kvaliteten på helsehjelpen. I tillegg til at manglende evne til å skape tillit kan gjøre terskelen høyere for å oppsøke helsehjelp senere. Alle mennesker har en relasjon til hverandre og et ønske om å gi omsorg for hverandre. Denne omsorgen kan også kalles kjærlighet. Dette er grunnleggende hos alle mennesker, og det er her etikken dannes. Det er gjennom denne kjærligheten vi skaper relasjoner til hverandre (Martinsen, 1993, s. 72). I studien av Morgan (2014) blir det fortalt at relasjonen mellom pasient og sykepleier ofte kan bli glemt i praksis, og det er derfor viktig å opprettholde denne (s. 173). Omsorg handler blant annet om hvordan vi som sykepleiere forholder oss til relasjonen med pasienten. Kvaliteten i denne relasjonen er

grunnleggende for å kunne utføre god sykepleie (Martinsen, 2003, s. 17). Vi har også erfart dette når vi har vært i praksis. Vi har observert flere sykepleiere som ikke tar seg tid til å bygge en relasjon med pasientene, og dette kan påvirke samarbeidet mellom pasient og sykepleier. En god relasjon mellom sykepleieren og pasienten er viktig for å bidra til et godt samarbeid. Det er grunnleggende i denne relasjonen at sykepleieren har kunnskaper og ferdigheter, samt at det er en gjensidig respekt mellom sykepleieren og pasienten (Håkonsen, 2014, s. 208-209).

Det grunnleggende i sykepleier-pasient-fellesskapet er at sykepleieren og pasienten er likeverdige, og at man har et menneske-til-menneske forhold (Hummelvoll, 2016, s. 38). Noen av hjørnesteinene til Hummelvoll (2016) er likeverdighet, møte/nærværenhet og selvaktelse/signifikans. I et likeverdig møte åpner sykepleieren seg for pasientens opplevelse av smertene (Hummelvoll, 2016, s. 39). I tillitsforholdet mellom sykepleieren og pasienten er det viktig at sykepleieren stoler på pasientens smerteopplevelse. Det har vist seg at når sykepleieren viser pasienten tillit, vil pasienten være ærlig om sitt misbruk (Andenæs et al., 2012, s. 4). Det er også vesentlig at sykepleieren mestrer å være tilstede på en autentisk måte, og er åpen for pasientens ulike måter å gjøre seg forstått på (Hummelvoll, 2016, s. 40). For å kunne mestre dette må sykepleieren ha fagkunnskap og erfaringer om pasientens situasjon. Dette gir sykepleieren en forutsetning til å kunne forstå pasientens opplevelse, og man kan gi pleie til pasienten på en slik måte at han føler seg bekreftet (Martinsen, 2003, s.75). Vi har opplevd i praksis at flere pasienter føler seg ukomfortable med å motta hjelp fra andre. De vil gjerne ikke motta hjelp fra alle sykepleiere, og velger seg ut noen som de føler seg mer komfortable med. Vi har observert at dette ofte kommer av at noen sykepleiere har mer forståelse og bedre holdninger enn andre. Det er derfor vesentlig at sykepleieren møter pasienten med en aksepterende holdning, slik at pasienten kan føle seg trygg på sykepleieren (Hummelvoll, 2016, s. 40).

6. Konklusjon

Det har blitt et økende antall sykehusinnleggelses av pasienter med utfordringer knyttet til rus, og vi som sykepleiere vil derfor møte denne pasientgruppen hyppigere enn man gjorde før. På bakgrunn av dette er det vesentlig at vi har tilstrekkelig med kunnskap om deres utfordringer for å kunne utføre god sykepleie. Sykepleierens holdninger og evne til å bygge en relasjon med disse pasientene vil også være grunnleggende faktorer som vil påvirke møtet mellom sykepleieren og pasienten. Hensikten med litteraturstudien var å undersøke hvordan vi som sykepleiere kan møte pasienter med en opioidavhengighet på en verdig måte når de er innlagt på sykehus med behov for smertelindring. For å få svar på dette ønsket vi å se nærmere på sykepleierens holdninger og kunnskaper, og viktigheten av relasjonsbygging da det kom til denne pasientgruppen. Vi har innhentet kunnskap om både pasienters og sykepleiers opplevelser av de tre faktorene vi ønsket å belyse ved et verdig møte.

Forskningen viser oss at sykepleierens holdninger og kunnskaper påvirkes av arbeidsmiljøet. Innhenting av kunnskap går ofte gjennom kollegaer, og på denne måten kan dårlige holdninger og mangelfull kunnskap videreføres på arbeidssstedet. I denne studien oppdaget vi også at sykepleierne har varierende kunnskaper om smertelindringen til opioidavhengige pasienter, og at de fleste har lite kunnskaper om dette emnet. Dette påvirker smertebehandlingen denne pasientgruppen mottar, og de får ofte for lite eller ingen smertebehandling. Det vil derfor være grunnleggende at sykepleiere arbeider kunnskapsbasert slik at pasientene får den helsehjelpen de har rett til. Mange sykepleiere har også dårlige holdninger til denne pasientgruppen. Opioidavhengige blir sett på som manipulerende og vanskelige pasienter, samt at sykepleierne oppfatter dem som russøkende. Disse holdningene fører til at sykepleierne gir for lite smertelindring. Som sykepleier er det grunnleggende å ikke dømme pasientene, og å handle med pasientens behov i fokus. Derfor blir det viktig at man ikke lar dårlige holdninger påvirke møtet mellom pasienten og sykepleieren. Det er vesentlig at sykepleieren ser på pasienten som en likeverdige person, og at man har et menneske-til-menneske forhold. Dette i tillegg til kommunikasjon er vesentlig for å bygge en god relasjon til pasienten og for å oppnå tilfredsstillende smertelindring. Det er også viktig at sykepleieren stoler på pasientens smerteopplevelse, da dette er med på å skape en gjensidig tillit og gjør det lettere for pasienten å være ærlig om sitt rusmisbruk. Relasjonsbygging blir ofte glemt i praksis, da hovedfokuset ligger på det praktiske arbeidet.

Flere av forskningsartiklene vi har anvendt har kommet frem til at det er nødvendig med videre forskning rundt dette temaet, spesielt om hva slags konsekvenser dårlige holdninger og lite kunnskaper har for behandlingen disse pasientene mottar. Vi er enige i denne konklusjonen, i tillegg til at vi mener det burde forskes mer på årsakene til de dårlige holdningene og mangelen på kunnskaper. Vi mener dette er viktig da dette er en pasientgruppe som øker i antall, og det kan føre til at opioidavhengige pasienter blir møtt på en verdig måte slik som de fortjener og har rett til.

7. Referanseliste

Alpers, S.E., Carlsen, S.E.L., Gaulen, Z. & Nesvåg, S. (2016) Health and social issues among older patients in opioid maintenance treatment in Norway. *Nordic studies on alcohol and drugs*. 34(1), 80-90

Andenæs, R., Li, R., Nåden, D. & Undall, E.(2012) Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus. *Sykepleien Forskning* 7(3), 252-260

Arnhold, R., M. & Childers, J., W. (2018) *Management of acute pain in the patient chronically using opioids*. UpToDate

Aveyard, H. (2014). *Doing A Literature Review In Health And Social Care: a practical guide*. (3. utg.) Maidenhead: McGraw-Hill/Open University Press.

Beyil, V., Natan, M.B. & Neta, O. (2009) Nurses' perception of the quality of care they provide to hospitalized drug addicts: Testing the theory of reasoned action. *International Journal of nursing practice*. 15, 566-573

Boekel, L.C.V, Brouwers, E.P.M. Weeghel, J.V & Garretsen, H.F.L. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Elsevier* 131, 23-35

Cheathle, M., Comer, M., Wunsch, M., Skoufalos, A. & Reddy, Y. (2014). Treating Pain in Addicted Patients: Recommendations from an Expert Panel. *Population Health* 17 (2), 79-89

Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving*. (5. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk

Danielse, A., Berntzen, H. & Almås, H. (2016). Sykepleie ved smerter. I D-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie, bind 1*. (5. Utg., s. 381-427). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dever, C. (2017). Treating Acute Pain in the Opiate-Dependent Patient. *Journal of trauma nursing* 24 (5), 292-299.

Eide, H. & Eide, T. (2012). *Kommunikasjon i relasjoner - samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk

Evjen, R., Kielland, B, K. & Øiern, T. (2012). *Dobbelt opp - om psykiske lidelser og rusmisbruk*. (3. utg). Oslo: Universitetsforlaget AS

Folkehelseinstituttet. (2014). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler*, 2014. Hentet fra: <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartikler/>

Henriksen, J. O. & Vetlesen, A. J. (2003). *Nærhet og distanse: Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker*. (UTGAVE). Oslo: Gyldendal Akademisk

Hummelvoll, J, K. (2016) *Helt - ikke stykkevis og delt, psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (7. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk

Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser*. (5. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk

Jamtvedt, G. & Reinart, L.M. (2010) Hvordan skrive en systematisk oversikt? *Sykepleien*, 1-16

Kelleher, S & Cotter, P. (2008) A descriptive study on emergency department doctors' and nurses' knowledge and attitudes concerning substance use and substance users. *International Emergency Nursing*, (17), 3-14

Krokmyrdal, K., A & Andenæs, R. (2015) Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study. *Nurse education today* (35), 789-794

Liberto, L.A. & Fornili, K.S. (2013) Managing pain in opioid-dependent patients in general hospital settings. *CNE series* 22(1), 33-37

Lov om helsepersonell, LOV-1999-07-02-64. (2017). Hentet fra <https://lovdata.no/>

Lov om spesialisthelsetjenesten, LOV-1999-07-02-61. (2017). Hentet fra <https://lovdata.no/>

Lov om pasient- og brukerrettigheter, LOV-1999-07-02-63. (2017). Hentet fra <https://lovdata.no/>

Martinsen, K. (1993). *Fra Marx til Løgstrup - om etikk og sanselighet i sykepleien*. Otta: TANO

Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin*. (2. utg). Oslo: Universitetsforlaget

McCreaddie, M., Croft, J., Ewing, E., Fox, P., Lyons, I., Smith, M., Tocher, J. & Watt, D. (2009). "I take it you're anti-drugs are you? Well dinnae treat me like a piece of shit" A grounded theory of the pain management of drug users in acute care settings. *The University of Edinburgh*.

Morgan, B.D. (2014) Nursing attitudes toward patients with substance use disorders in pain. *Pain management nursing* 15(1), 165-175

Norsk senter for forskningsdata. (2018). Register over vitenskapelige publiseringskanaler. Hentet fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Nordtvedt, P. (2016). *Omtanke, en i sykepleiens etikk*. (2. utg) Oslo: Gyldendal Akademisk

Nordtvedt, W, M., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, V, L., Reinart, M, L. (2016). *Jobb kunnskapsbasert - en arbeidsbok*. (2. utg). Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Personopplysningsloven, LOV-2000-04-14-31 (2015). Hentet fra <https://lovdata.no/>

United Nations Office on Drugs and Crime. (2017). Market analysis of plant-based drugs - opiates, cocaine, cannabis - World Drug Report, 2017. Hentet fra:

https://www.unodc.org/wdr2017/field/Booklet_3_Plantbased.pdf

World Health Organization. (2018). *Management of Substance abuse - dependence syndrom*, 2018. Hentet fra: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/en/

8. Vedlegg

8.1 Vedlegg 1

Pico-skjema

P	Pasient/problem	Hvilken pasientgruppe eller populasjon dreier det seg om? Smertelindring hos opioidavhengige
I	Intervention	Hva er det med denne pasientgruppen du er interessert i? Sykepleierens holdninger og kunnskap
C	Comparison	Ønsker du å sammenligne to typer tiltak?
O	Outcome	Hvilke endepunkter er du interessert i? Smertelindring hos opioidavhengige. Kunnskap og holdninger hos sykepleierne som behandler denne pasientgruppen

8.2 Vedlegg 2

Søkehistorikk

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
Opioid abuse AND pain treatment, limited 2008 - current	05.04.18	PubMed	1849	4	2	1
Opioid abuse AND pain treatment, limited 2008 - current	05.04.18	Cinahl	616	3	0	Ingen nye artikler

Opioid abuse AND pain treatment, limited 2008 - current	05.04.18	SweMed+	7	2	0	Ingen nye artikler
Smertebehandling, rusmisbrukere	05.04.18	Sykepleien forskning	2	1	1	1
Opioid AND Professional-Patients Relations	06.04.18	SweMed+	13	3	1	1
Opioid AND Professional-Patients Relations	06.04.18	Cinahl	80	2	0	Ingen nye artikler
Opioid AND Professional-Patients Relations	06.04.18	PubMed	244	2	0	Ingen nye artikler
Substance abuse AND pain management, limited 2008 - current	06.04.18	Cinahl	632	5	2	1
Substance abuse AND pain management, limited 2008 - current	06.04.18	SweMed+	0	0	0	Ingen nye artikler
Substance abuse AND pain management, limited 2008 - current	06.04.18	PubMed	1350	5	1	Ingen nye artikler

Substance dependence AND pain, limited 2008 - current	08.04.18	Cinahl	296	4	1	1
Substance dependence AND pain, limited 2008 - current	08.04.18	SweMed+	0	0	0	Ingen nye artikler
Substance dependence AND pain, limited 2008 - current	08.04.18	PubMed	7347	6	0	Ingen nye artikler
Pain management AND substance dependence, limited 2008 - current	08.04.18	Cinahl	26	4	1	1
Pain management AND substance dependence, limited 2008 - current	08.04.18	SweMed+	0	0	0	Ingen nye artikler
Pain management AND substance dependence, limited 2008 - current	08.04.18	PubMed	1194	5	0	Ingen nye artikler
Attitudes AND substance abuse, limited 2008 - current	09.04.18	Cinahl	3131	6	3	2
Attitudes AND substance abuse, limited 2008 - current	09.04.18	SweMed+	0	0	0	Ingen nye artikler
Attitudes AND substance abuse, limited 2008 - current	09.04.18	PubMed	7396	5	2	Ingen nye artikler
Attitudes of health personnel AND Pain management AND	09.04.18	PubMed	53	4	2	1

Substance-related disorder, limited 2008 - current						
Attitudes of health personnel AND Pain management AND Substance-related disorder, limited 2008 - current	09.04.18	Cinahl	0	0	0	Ingen nye artikler
Attitudes of health personnel AND Pain management AND Substance-related disorder, limited 2008 - current	09.04.18	SweMed+	0	0	0	Ingen nye artikler
Opioid dependent	09.04.18	UpToDate	52	3	2	1
Substance abuse AND attitudes of health personnel, limited 2008 - current	10.04.18	Cinahl	386	4	2	1
Substance abuse AND attitudes of health personnel, limited 2008 - current	10.04.18	SweMed+	0	0	0	Ingen nye artikler
Substance abuse AND attitudes of health personnel, limited 2008 - current	10.04.18	PubMed	1172	3	0	Ingen nye artikler
Manuelle søk					1	1