

Hvordan kan smertelindring til opioidavhengige pasienter som er innlagt på sykehus påvirkes av sykepleier sine holdninger?

Kandidatnummer: 194
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 8150
Dato: 19.04.22



Lovisenberg
diakonale høgskole

Hvordan kan smertelindring til oppioidavhengige pasienter som er innlagt på sykehus påvirkes av sykepleier sine holdninger?

Problemstilling:

Opioider som smertestillende midler har økt de siste årene. Opioidavhengige pasienter har en stor risiko for å bli utsatt for traumer som kan gi opphav til smerter som kan føre til innleggelser. Egne erfaringer og forskning viser at møte mellom dem og sykepleier er utfordrende, samt stigmatiserende og dømmende holdninger kan være faktorer som påvirke smertelindringen negativt. Problemstillingen blir som følge:

Hvordan kan smertelindring til oppioidavhengige pasienter som er innlagt på sykehus påvirkes av sykepleier sine holdninger?

Teoretisk perspektiv:

Det teoretiske grunnlaget bygger på Kartlegging av holdninger og hvordan holdninger kunne påvirke smertelindring til opioidavhengige. Sykepleier sine grunnleggende funksjoner, lovverk og yrkesetiske retningslinjer vil også trekkes inn. Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee vil bli benyttet og hennes teori om Menneske-til-menneske-forhold for svare på problemstillingen.

Metode:

Denne Bacheloroppgaven er en litterær oppgave. Den vil ta for seg fire forskningsartikler og annen relevant litteratur, pensum og fagbøker, men også inkludere egne erfaringer til å besvare problemstillingen. Søk av forskningsartikler har blitt gjort i Cinhal og PubMed med søkeord: «Nursing», «Nurse attitudes», «Advanced Practice», «Stigma», «Substance use disorder», og «Opioid».

Drøfting:

Forskning viste ulike holdninger til pasientgruppen, ofte negative. Som et resultat førte det til mistillit mellom partene og brudd i relasjonen. Dette fikk konsekvenser for smertelindringen og pasientens tillit til helsetjenesten. Sykepleier viste seg ha varierende, men ofte ikke tilstrekkelige, kunnskaper om smertebehandling til opioidavhengige.

Konklusjon:

Forskning indikerer ulike faktorer som påvirker sykepleierens evne til å gi god smertelindring til opioidavhengige i sykehus. Det innebærer holdninger, kunnskaper og erfaringer, og relasjon mellom sykepleier og pasient. Disse faktorene er avhengig av hverandre og påvirker hverandre gjensidig – dersom en unnviker, kan det få konsekvenser for smertelindring. Sykepleier må derfor være klar over sin profesjonelle rolle og utøve kunnskapsbasert sykepleie.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Problemstilling	2
1.2	Avgrensning.....	2
2	Teoretisk grunnlag	3
2.1	Holdninger.....	3
2.2	Opioidanalgetika.....	4
2.3	Opioidavhengighet.....	4
2.4	Smerteopplevelse og smertelindring	5
2.5	Sykepleiefaglig relevans	6
2.6	Sykepleieteori – Joyce Travelbee	7
3	Metode	9
3.1	Søkestrategi	9
3.2	Fremgangsmåte for litteratursøk	10
3.3	Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	11
3.4	Annen relevant litteratur som blir benyttet	12
3.5	Kildekritikk	12
3.6	Etiske vurderinger	13
4	Resultater	14
4.1	Artikkelmatrise	15
5	Diskusjon.....	16
5.1	Sykepleiers holdninger har påvirkning på smertelindring.....	16
5.2	Miljøfaktorer påvirker sykepleiers holdning.....	18
5.3	Relasjon mellom sykepleier og pasient – Et gjensidig forhold	20
5.4	Mangel på kunnskapsbasert sykepleie kan påvirke sykepleiers holdninger?	22
5.5	Kritisk vurdering av artiklenes funn og mulige begrensninger	24
6	Konklusjon.....	27
	Referanseliste	28

1 Innledning

Opioider er i Norge det mest brukte vanedannende legemidlene mot smerter og brukes henholdsvis i behandling av moderate og sterke akutte, kroniske og langvarige smerter (Skurtveit et al., 2020, s. 2). Forbruket av opioider som smertebehandlingen har vist til å være økende: i 2005 var antallet voksne brukere av sterke opioider 24 000 og økt til 54 500 i 2013 (Skurtveit et al., 2014, s. 7).

I 2008 kom det en endring av blåreseptordningen – pasienter som var utsatt for langvarig kraftige smerter kunne få forskrevet opioider på blå resept. I nyere tid viser det antallet pasienter som får dette tilbudet har økt, og at forbruket pågår i flere år og dosene de får overskrider det blåreseptordningen tillater (Skurtveit et al., 2020, s. 2). I 2009 fortsatte 48%, av de som startet med opioider på blå resept, med behandlingen i ni påfølgende år. I 2018 fikk 1,9% av de 17 383 kartlagte pasientene høyere dose enn det blåreseptordningen hadde som øvrig grense (Skurtveit et al., 2020, s. 2).

Opioider er sterkt avhengighetsskapende og kan ved langvarig bruk føre til toleranse for stoffets/opioidets effekter – noe som fører til at de har behov for en høyere dose (Oslo Universitetssykehus, 2020). Opioider brukes også som et middel for rus. Denne pasientgruppen har en stor risiko for å bli utsatt for traumer som kan gi opphav for smerter som kan føre til innleggelser (Den norske legeförening, 2009). Det er fortsatt svakheter i helse- og omsorgstjenesten når det kommer til pasienter med ulike rusmiddelproblemer. Det kan være utfordrende for sykepleier å møte med denne pasientgruppen. Stigmatisering har, og fortsatt er, en promeneret faktorer som fører til at denne gruppen blir utsatt for diskriminering og krenkelse (Biong & Ytrehus, 2018, s. 17).

Av egen erfaring har jeg observert ulike perspektiver fra sykepleiere ute i klinikken. Det har vært skeptiske holdninger overfor pasienten og en følelse av utrygghet. I tilfeller hvor sykepleier ikke har vært klar over pasientens opioid-toleranse kan de være redd for manipulering (Skoglund & Biong, 2018, s. 186). Disse pasientene har ofte uttrykket misnøye og føler at de ikke blir sett på som «vanlige» mennesker eller individer. I andre tilfeller tar ikke sykepleier pasientens smerte seriøst, noe som kan føre til et brudd av tillit og bryte

relasjonen mellom dem. Samtidig har jeg opplevd sykepleiere som ikke har tilstrekkelig kunnskaper om opioider og toleranse pasienten har utviklet.

Dette kan indikere ulike mangler hos den profesjonelle sykepleier – mangler på holdninger, men også kunnskap, som gi utfordringer i å gi tilstrekkelig omsorg og sykepleie for denne gruppen (Vervarda et al., 2018, s. 6). I lys av dette vil jeg i denne oppgaven undersøke og vurdere hvordan sykepleier, gjennom sine holdninger, kan gi smertelindring til opioidavhengige som er innlagt på sykehus.

1.1 Problemstilling

Oppgavens problemstilling er som følger:

Hvordan kan smertelindring til opioidavhengige pasienter som er innlagt på sykehus påvirkes av sykepleier sine holdninger?

1.2 Avgrensning

I denne oppgaven vil hovedområde for diskusjon være holdninger, men den vil også inkludere aspekter om hvordan sykepleiers kunnskaper kan få konsekvenser for holdninger og pasienten. Perspektivet vil hovedsakelig forholde seg til sykepleier, men også pasienten, sett i lys av at pasient har rett til medvirkning i egen behandling (norsk sykepleierforbund, 2019), men også for å få et innblikk i hvordan pasientene opplever møte med sykepleier.

Smertelindring vil avgrenses kun til medikamentell behandling, grunnet at de fleste av utfordringen til smertelindring av opioidavhengige er relatert til det medikamentelle, og sykepleiers utfordringer relatert til dette. Oppgaven vil ta for seg alle ulike typer smerter, fordi smerte er en svært subjektiv opplevelse og varierer fra person til person (Danielsen et al., 2017, s. 383). Konteksten avgrenses til sykehus. Denne pasientgruppen kan ofte være utsatt for traumer som kan føre til innleggelse (Den norske legeforening, 2009). Oppgaven vil ta for seg voksne personer, individer over 18 år.

2 Teoretisk grunnlag

Her vil jeg presentere aktuell Teori og definere begreper som er med på å diskutere problemstillingen. Overordnet vil oppgaven ta for seg sykepleiers holdninger, opioidavhengighet, smerteopplevelse og smertelindring av opioidavhengige.

2.1 Holdninger

Håkonsen (2014) definerer holdninger som en spesiell tilbøyelighet der individet reagerer på en bestemt måte overfor andre mennesker, ting eller hendelser, og den kan predisponere hvordan vedkommende vil reagere (Håkonsen, 2014, s. 185). Holdninger kan være dømmende og vurderende, både negativt og positivt. Noen holdninger kan virke intuitivt i bevisstheten, men andre kan kreve større vurderingsevne. Siden holdninger ofte har blitt utviklet over tid, og er en stor del av selvet, er de også vanskelige å forandre og kan kreve mye fra vedkommende dersom de vil prøve å forandre disse holdningene (Håkonsen, 2014, s. 185). Holdninger består av tre deler; 1) den tankemessige, 2) den følelsesmessige, og 3) den atferdsmessige.

Det tankemessige:

Mennesker danner seg synspunkter og tanker fra det de hører og oppfatter rundt seg, samt ulike opplevelser og erfaringer som kombineres slik at man skaper seg egne kunnskaper og meninger. Det tankemessige aspektet peker på hva vi mener om forskjellige områder og vil gjenspeile holdningene om de respektive temaene (Håkonsen, 2014, s. 186).

Det følelsesmessige:

Dette innebærer menneskets følelsesmessige reaksjon. Det kan være negativt, som forakt, avsky eller frykt (fordommer), eller positive følelser som empati eller respekt. Det følelsesmessige aspektet i holdninger er ofte et resultat av klassisk betinging (Håkonsen, 2014, s. 185).

Det atferdsmessige:

Holdninger er ikke bare tankemessig eller følelsesmessig betinget. Hvordan en reagerer eller handler i ulike situasjoner og settinger vil også belyse vedkommende sine holdninger. Et viktig aspekt er at ofte kan atferden ikke være i samsvar med det en tenker eller føler

(Håkonsen, 2014, s. 187). Selv om vedkommende oppfører seg i samsvar med sine holdninger, betyr det ikke nødvendigvis at holdningene kan predikere hvordan en vil oppføre seg i en gitt situasjon (Håkonsen, 2014, s. 187). For eksempel, en person kan ha god forståelse og kunnskap om faren om røyking, men vil likevel røyke selv (Håkonsen, 2014, s. 185).

Et faktum som kan påvirke det atferdsmessige er situasjonsbetingede faktorer. Til tross for at en person kan ha klare holdninger til et område, kan situasjoner prege vedkommende i den grad at oppførselen ikke er i samsvar med holdningene (Håkonsen, 2014, s. 187).

Eksempelvis, dårlig tid i hektiske situasjoner eller press fra andre, fører til at personen gjennomfører oppgaven på en annen måte.

Sett i lys av dette kan de bety at dersom sykepleiers holdninger i møte med opioidavhengige pasienter, til tross for gode kunnskaper, preges av utrygghet eller forakt, kan det få konsekvenser for hvordan sykepleier vil forholde seg til pasienten og smertebehandlingen (Vervarda et al., 2018, s. 6).

2.2 Opioidanalgetika

Opioider er en fellesbetegnelse på alle smertestillende midler som har en lik virkning som morfin (Slørddal, 2018a, s. 330). De er framstilt både syntetisk og naturlig fra opiumsvalmuen (Oslo Universitetssykehus, 2020). Noen eksempler er morfin, kodein, tramadol, heroin, metadon, buprenorfin, okdykodon og fentanyl. Opioider virker ved å binde og stimulere opioidreseptorer i kroppen, og utøver en hemmende, samt stimulerende effekt på sentralnervesystemet (Slørddal, 2018a, s. 330-331). De brukes ofte ved akutt sykdom, kronisk sykdom og ved ulike kreftsykdommer, men også som smertelindring hos pasienter med kroniske smerter (Slørddal, 2018a, s. 330). Opioider brukes også illegalt og er et utstrakt brukt som rusmiddel. Langvarig bruk kan føre til en økt toleranse, og gjør at brukeren har behov for å øke dosen for å føle samme effekt (Oslo Universitetssykehus, 2020).

2.3 Opioidavhengighet

Opioidavhengighet i seg selv er ikke en klar diagnose. For å kunne definere dette må en se det i sammenheng med begrepet, avhengighet. Opioidbrukere vil ofte utvikle en avhengighet slik at de får abstinenssymptomer som følge av en reduksjon eller seponering av dosen (Oslo

Universitetssykehus, 2020). Opioidavhengighet kan også ses i lys av avhengighetssyndrom. ICD-10 definerer det som når atferdsmessige, kognitive og fysiologiske fenomener utvikler seg etter gjentatt bruk – brukeren har vanskeligheter med å kontrollere bruken, bruker det til tross for skadelige konsekvenser, økt toleranse og stoffbruket blir en høy prioritet (helsedirektoratet, 2012, s. 18).

Opioidavhengighet skiller seg fra begrepet rusmisbruk, særlig det aspektet at et individ med et rusmisbruk kan bruke flere illegale stoffer som cannabis, alkohol og opioider samtidig. På den andre siden vil et individ med opioidavhengighet bare benytte seg av opioider, og andre illegale midler blir ikke benyttet.

2.4 Smerteopplevelse og smertelindring

Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse, og den er alltid subjektiv (Den norske legeföreningen, 2009). Smertefenomenet er en sammensatt opplevelse som påvirkes av ulike faktorer – de kan både redusere og forverre smerteopplevelsen. Samme smertestimuli varierer og påvirkes av situasjonen, og smerteopplevelsen er lite tilgjengelig for andre kontroll på grunn av dens subjektive karakter (Danielsen et al., 2017, s. 383). Beskrivelse av smerteopplevelsen kan ofte bli ufullstendig og vedkommende står alt i alt alene med følelsen (Danielsen et al., 2017, s. 383). Dersom sykepleier ikke er innenforstått med, eller ser på med pasientens beskrivelse som pålitelig, kan dette forsterke ensomhet, hjelpeløshet og følelsen av forlatelse (Danielsen et al., 2017, s. 383).

Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee (1999) forteller at smerte er et vagt begrep. Smerten i seg selv er vanskelig å observere – det er bare individet ene og alene som kan forsøke å formidle smerteopplevelsen, som kan være vanskelig fra en utenforstående å fullstendig forstå (Travelbee, 1999, s. 112). Noe som resulterer i at sykepleier bare kan skape en oppfatning av pasientens smerte gjennom observasjoner, men aldri fullt ha forståelse for hvordan vedkommende har det eller om de vurderingene som blir tatt er reelle. Travelbee understreker at smerte ikke eksplisitt handler fysiske lidelse, men også psykisk smerte. Smerte angår hele mennesket og kan strengt tatt ikke kategoriseres som ente fysisk eller psykisk. De to faktorene spiller på hverandre; psykisk smerte kan ha innvirkning for individet fysisk smerte, men fysisk smerte kan påvirkes av det psykiske og følelsesmessige (Travelbee, 1999, 113).

Tilstrekkelig smertelindring bør gå foran «frykten» for overmedisinering (Skoglund & Biong, 2018, s. 187). Sykepleier kan føle frykten for eller ha feiloppfatninger om at pasienten «manipulerer» for å oppnå rus (Skoglund & Biong, 2018, s. 186). Målet på en sykehusavdeling er ikke nødvendigvis å avruse vedkommende, men å gi tilstrekkelig smertelindring og holde pasienten smertefri (Skoglund & Biong, 2018, s. 187). Den norske legeforeningen definerer at målet for smertelindring er å lindre smerte og bedre pasientens livskvalitet, og ved gode retningslinjer skal det sikre vedkommende adekvat behandling (Den norske legeforeningen, 2009)

Opioidavhengige er en gruppe som ofte er underbehandlet for smerte, noe som er ugunstig dersom de blir dårlig smertebehandlet før de forlater avdelingen. I verste fall kan det føre til brudd av relasjonen mellom pasient og helsevesenet, og kan føre til at en desto sykere pasient kommer tilbake (Skoglund & Biong, 2018, s. 187).

2.5 Sykepleiefaglig relevans

Sykepleiers rolle og funksjon i samhandling med lovverk og etikk

Sykepleiers verdigrunnlag og idealer bygger på barmhjertighet og nestekjærlighet, og dens omsorgsdimensjoner er definert i de Yrkesetiske retningslinjer for sykepleie (Norsk sykepleierforbund, 2019) og ICNs etiske regler for sykepleiere (Kristoffersen et al., 2016, s. 16). Både pasient- og brukerrettighetsloven og helsepersonelloven understreker det sentrale om likeverd og at kvaliteten på tjenestene skal være av god kvalitet, og ivareta respekt og trygghet for pasientene. Hele befolkningen har lik rett til helse- og omsorgstjenester (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999) (Helsepersonelloven, 1999). Sykepleier er bundet i lovverket og dens plikter, samt de yrkesetiske retningslinjene, som skal sikre god yrkesutøvelse og forsvarlig sykepleie. I likhet med lovverket, beskriver de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere at utøvelsen skal utføres av god kvalitet og faglig forsvarlig (Norsk sykepleierforbund, 2019). Samtidig understreker de yrkesetiske retningslinjene at sykepleier verdsetter den enkelte med verdighet og respekterer pasientens integritet, samt ikke utnytter vedkommende sin sårbarhet (Norsk sykepleierforbund, 2019). Sykepleier må også benytte sine kunnskaper og kompetanse til å hjelpe med opplæring av pasienter og pårørende (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999).

Sykepleie og klinisk sykepleie sine funksjonsområder

En sykepleier har en spesiell handlingskompetanse hvor en skal kunne ivareta og utøve oppgaver som er essensielle i yrkesfunksjonen som er knyttet til pasienten og pårørende. Dette gjelder spesielt individets helsetilstand og ivaretagelse av grunnleggende behov, samt et fokus for pasientens helse, livskvalitet, mestring og omsorg for mennesket (Kristoffersen et al., 2016, s. 16). Et annet sentral moment i sykepleien er å handle kunnskapsbasert. Det innebærer at sykepleier tar faglige avgjørelser basert på innhentet forskningsbasert kunnskap, erfart kunnskap, samt pasientens ønsker og behov i den spesifikke situasjonen. (Kristoffersen et al., 2016, s. 17).

Videre er det viktig å peke på grunnleggende funksjons- og ansvarsområder i sykepleie, med utgangspunkt i rammeplanen for sykepleierutdanningen. Det innebærer åtte punkter; 1) helsefremming, 2) forebygging, 3) behandling, 4) lindring, 5) rehabilitering, 6) undervisning og veiledning, 7) organisering, administrasjon og ledelse, 8) fagutvikling, kvalitetssikring og forskning (Kristoffersen et al., 2016, s. 17). Punkt 1-5 er knyttet til pasient og pårørende, men punkt seks, undervisning og veiledning, er særlig viktig i møte med opioidavhengige pasienter og sykepleiere. Oppgaven vil utdype dette videre i diskusjonen.

Et sentralt perspektiv i sykepleien er pasientens opplevelse av sykdom. Sykepleier må ha evnen til å ivareta og møte pasientens erfaring av sin tilstand i dette øyeblikket (Nordtvedt & Grønseth, 2017, s. 20-21). Smerte kan være en faktor som kan påvirke pasientens funksjonsevne og aktivitet, men det er like viktig å anerkjenne det faktumet at smerte først og fremst er et problem på grunn av at smerte er en opplevelse av å ha det vondt (Nordtvedt & Grønseth, 2017, s. 20). Ved kronisk smerte kan både søvnen og konsentrasjon påvirkes. Videre: det å ha vondt konstant kan øke stressnivået som fører til irritabel atferd, som kan få konsekvenser for relasjonen med de rundt seg og kan påvirke tilværelsen (Nordtvedt & Grønseth, 2017, s. 21).

2.6 Sykepleieteori – Joyce Travelbee

Sykepleieteorien i denne oppgaven er basert på Joyce Travelbee sin bok om mellommenneskelige forhold og aspekter i sykepleien. Travelbee var en amerikansk sykepleier som arbeidet som en psykiatrisk sykepleier og lærer i sykepleierutdanningen

(Travelbee, 1999, s. 5). Travelbee presenter sykepleie som en interaksjonsprosess, hvor utviklingen av relasjonen mellom pasient og sykepleier står i fokus. Teorien hennes er konsentrert rundt tanken om at mennesket er et unikt individ, likt i mange aspekter, men samtidig ulikt (Travelbee, 1999, s. 5).

Menneske til menneske-forhold

Et sentralt utgangspunkt i menneske-til-menneske-forholdet er Travelbee sitt perspektiv om sykepleie. Hun definerer sykepleie som en prosess som er basert flere erfaringer og hendelser som inntreffer mellom den hjelpetrequende og sykepleier (Travelbee, 1999, s. 30). Denne prosessen er av dynamisk karakter. Sykepleiesituasjoner er erfaringer i tid og rom og vil aldri være den samme, derimot i konstant utvikling. Slike situasjoner tilstreber forandring. I møte mellom det syke individet og sykepleier, vil hver part påvirke hverandre gjensidig i en kontinuerlig prosess. Travelbee deler dette menneske-til-menneske-forholdet i en prosess med fire forutgående faser: 1) det innledende møtet, 2) framvekst av identiteter, 3) empati og 4) sympati og medfølelse (Travelbee, 1999, s. 172).

Hovedessensen er erfaringer som finner sted mellom to individer. Disse erfaringene blir sett på som betydningsfulle for begge parter (Travelbee, 1999, s. 177). Empati og medfølelse er to nøkkelbegreper. Både sykepleier og det syke individ er må se hverandre fra utsiden, men samtidig se den andre indre opplevelse gjennom det ytre. Dette er sentralt for at en god relasjon skal oppnås. Dersom sykepleier klarer å opprettholde dette forholdet ved å utøve disiplinert, samt bruker seg selv terapeutisk og har en rasjonell tilnærming, kan hun/han/hen kunne dekke og ivareta individets behov for sykepleie (Travelbee, 1999, s. 41).

Det er viktig å understreke at menneske-til-menneske-forholdet blir bygget og opprettholdt av den profesjonelle sykepleier, og er ikke den syke pasientens ansvar (Travelbee, 1999, s. 177). Det er sykepleier sitt ansvar å ivareta og tilstrebe forholdet, men samtidig kan det ikke etableres av sykepleier alene. Forholdet blir bygget opp gjennom de fire fasene, og er et samarbeid mellom sykepleier og pasienten. Gjensidighet er derfor et sentralt element for etablering av menneske-til-menneske forholdet, eller rettere sagt, gjensidig forståelse og kontakt (Travelbee, 1999, s. 172). Det

3 Metode

En metode, er ifølge Dalland (2017), en fremgangsmåte eller et middel til å løse et problem og finne fram til ny kunnskap. Metoden er derfor for å hjelpe til å skaffe data til det en vil forske på, og hvilke ulike midler som tjener dette formålet (Dalland, 2017, s. 51-52).

Bakgrunn for valg av metode går i henhold til skolens retningslinjer og rammeplan for bachelorskriving. Denne bacheloroppgaven er en litterær oppgave som vil ta i bruk fire forskningsartikler og annen relevant faglitteratur for å besvare oppgaven. En litterær oppgave er en oppgave som henter inn data fra eksisterende forskning, fagkunnskap og teori (Dalland, 2017, s. 207).

3.1 Søkestrategi

I søkeprosessen ble det brukt ulike databaser. Prosessen startet først og fremst med å foreta noen enkle søk på Google Scholar for å gjøre noen oversiktssøk. Dette var for å finne hvor stor utbredelse og hvor lett tilgjengelig det var å finne kilder og data for temaet, men også for å identifisere gode søkeord som kunne brukes til et mer systematisk søk. For å finne medisinsk baserte og helsefaglige fagartikler ble databasene CINAHL og PubMed. Dette var de to databasene som ble benyttet, men CINAHL ble primært brukt. Søkeord som ble benyttet i søkeprosessen var: Opioid, Substance use disorder, Substance dependence, nurse attitudes, Advanced practice nursing, nursing/nurses competence, hospital, stigma, pain management og pain assessment. I kombinasjon med ovennevnte søkeord, ble boolske operatører benyttet, ord som AND og OR for å sette sammen søkeordene (Thidemann, 2019, s. 87). Bruken av AND mellom to søkeord vil føre til funn av litteratur om omhandler begge søkeordene, derimot ved å bruke OR vil søket utvides og kan gi flere treff på grunn av at resultatet vil finne litteratur om både ord 1 og 2 eller begge ordene. PICO-skjema ble også utarbeidet for å indikere hvilke aspekter som overveies i søket (se vedlegg 1), og vil også indikere hva som er inkluderende og ekskluderende elementer, samt finne et utvalg av begreper og søkeord som kan brukes i søket (Thidemann, 2019, s. 82).

Av egen erfaring av søkeprosessen, startet det litt sakte. I starten av prosessen ble søkene kanskje litt for omfattende og trolig ble for mange ord ble brukt i kombinasjon med hverandre. Et resultat av dette var at søket ofte ble for bredt og førte til at resultatet av artikler ble for vidt. Et eksempel var å bruke OR for å utvide treffene og finne mer informasjon

mellom ordene som ble benyttet. Et eksempel som ble brukt var: Substance use disorder OR opioid AND Nurse attitudes OR Stigma AND pain management OR pain. Dette førte et resultat på 253 treff som gjorde det tidkrevende og vanskelig å finne artikler som var konkrete nok og relevante. For å gjøre det lettere å finne et bedre utvalg ble den boolske operatoren OR ikke benyttet i søket, men derimot AND.

3.2 Fremgangsmåte for litteratursøk

Tabell 1 viser oversikt over søkemetoden som ble benytte for de respektive artiklene. Den forklarer hvilke søkeord, databaser, kombinasjoner, antall treff og gjennomgåtte abstrakter.

Tabell 1 – Oversikt over litteratursøk

Artikkel nr.	Søkeord	Databaser	kombinasjoner	Antall treff	Gjennomgåtte abstrakter	Tittel
1 Søk utført tirsdag, 14. Desember, 2021, kl. 15:47	1. Nurse attitudes 2. Substance use disorder	Cinhal	1 2 1 AND 2 + (Narrow by language – English) + Narrow by Geographic – Europe)	176,725 34,520 80	5	1. Krokmyrdal, A. K. & Andenæs, R. (2015). Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study. <i>Nurse Education Today</i> , 35(6), 789-794, https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.02.022
2 Søk utført tirsdag, 13. Desember, 2021, kl. 20.46	1. Substance use disorder 2. opioid 3. Advanced practice nursing	PubMed	1 2 3 1 AND 2 AND 3 AND + (Siste 10 år)	96,849 69,635 5640 30	3	2. Marie, St. B. (2016). The Experiences of Advanced Practice Nurses Caring for Patients with Substance Use Disorder and Chronic Pain. <i>Pain Management Nursing</i> , 17(5), 311-321. https://doi.org/10.1016/j.pmn.2016.06.001

3	1. Substance use disorder 2. Opioid 3. Stigma	Cinhal	1 2 3 1 AND 2 AND 3 AND + (Siste 10 år)	179,524 42,709 18,810 45	4	4. Garpenhag, L. & Dahlman, D. (2021). Perceived healthcare stigma among patients in opioid substitution treatment: a qualitative study. <i>Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy</i> , 16(81), 1-12, https://doi.org/10.1186/s13011-021-00417-3
Søk utført tirsdag, 14. desember, 2021, kl. 13:17						
4	1. Substance use disorder 2. Stigma 3. Opioid 4. Nursing	PubMed	1 2 3 4 1 AND 2 AND 3 AND 4 AND + (siste 10 år)	311,534 33,847 188,830 867,419 58	3	5. Morley, G., Briggs, M. & Chumbley, G. (2015). Nurses' Experiences of Patients with Substance-Use Disorder in Pain: A Phenomenological Study. <i>Pain Management Nursing</i> , 16(5), 701-711. https://doi.org/10.1016/j.pmn.2015.03.005
Søk utført tirsdag, 29. Mars, 2022, kl: 22.22						

3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Søkene som har blitt gjort har også basert seg på inklusjon og eksklusjonskriterier (se Tabell 2), og hjelper med å avgrense søkene. Disse kriteriene har forandret seg underveis i forhold til tilgjengelighet av artikler og andre relevante funn. Et av inklusjonskriteriene var nordiske språk eller engelske, og artikler fra land utenfor Norden og Europa. Dette var så lenge artiklene hadde en overføringsverdi, relevans for problemstillingen og sammenlignbare. Artiklene måtte være fagfellevurdert og inneholde strukturelle kriterier som introduksjon, resultat, diskusjon og konklusjon, IMRaD struktur (Thidemann, 2019, s. 66). Et annet inklusjonskriteriene var at deltakerne i forskningen måtte være 18 år eller eldre, altså voksne mennesker. Ved bruk av disse kriteriene hjalp det søkeprosessen slik at artiklene som blir benyttet i oppgaven har en relevans og kan benyttes for å besvare problemstillingen.

Tabell 2 – inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier:	Eksklusjonskriterier:
Forskningsartikler	Fagartikler
Artikler publisert etter 2012	Artikler eldre enn 2012
Nordiske og engelske språk	Alle andre språk ikke nevnt i inklusjonskriterier
Relevans til problemstilling og sammenlignbare	
Fagfellevurdert	
Artikler som omhandler sykehus, sykehusavdelinger eller akuttmottak	Artikler fra rusinstitusjoner
Alder: >18 år	Alder: <18 år
IMRaD struktur	

3.4 Annen relevant litteratur som blir benyttet

Oppgaven benytter seg av primær- og sekundære kilder. Dalland definerer primærkilder som forfatterens egen forskning og den opprinnelige innhold, derimot, sekundærkilder er forfatterens tolkning fra et annet verk (Dalland, 2017, s. 162). Det blir videre benyttet fagbøker fra pensum, men også utenfor pensum dersom det blir funnet litteratur som har relevans for problemstillingen. Lovverk og retningslinjer vil også bli benyttet for å svare på problemstillingen.

3.5 Kildekritikk

Kildekritikk er et hensiktsmessig verktøy som bør benyttes for å se om kildene som har blitt valgt ut er relevante og er av god kvalitet, og hvordan man kritisk tilnærmer seg informasjonen man finner. Når en benytter seg av mange ulike kilder er det vesentlig å ha et kritisk syn for valget av kilder, hvordan søket har blitt gjort og om de er troverdige, samt er relevante for problemstillingen og deres styrker og svakheter. Dalland beskriver

kildekritikken er en måte og karakterisere og vurdere litteraturen som har blitt funnet (Dalland, 2017, s. 158)

For å svare på problemstillingen må oppgaven inneholde litteratur utenfor pensum, som forskningsartikler (Thidemann, 2019, s. 37), grunnet dette er det viktig å stille seg kritisk til utvalget og valget av artiklene og deres relevans til problemstillingen.

Artiklene som er valgt er skrevet på engelsk, noe som kan føre til konsekvenser for forfatteren sitt hovedbudskap, begrunnelser og begreper kan miste sin opprinnelige betydning dersom teksten mistolkes i oversettelsen. På den andre siden er utvalget av artikler av den karakter at de er sammenlignbare og har en overføringsverdi og relevans til problemstillingen. Likevel, en svakhet kan være at to av artiklene er amerikanske og de to andre er fra to nordiske land, Norge og Sverige, kan ulikheter i helseordningen og ulike kulturelle aspekter i landene føre til ulike resultater, samt konteksten i de respektive landene kan variere som igjen kan påvirke resultatet i forskningen.

Underveis i prosessen ble heller ikke alle ord benyttet. Ord som hospital, chronic pain, nurses knowledge og patient experience ble ikke benyttet i de endelige søkene. Dette var primært på grunn av ved bruken av disse ordene, i kombinasjon med de ordene som er benyttet i søkehistoriekkjen, ført til at søket ble for bredt og u-spesifikt, noe som ført til at artiklene som dukket opp ikke var relevante nok for problemstillingen. Men dette kan også ha medført at andre sentrale artikler ikke ble tatt med i oppgaven.

3.6 Ethiske vurderinger

Når det kommer til forskningsbasert arbeid med mennesker i sårbare grupper, er det hensiktsmessig å dra inn etiske vurderinger og hvilke etiske utfordringer arbeidet bringer med seg (Dalland 2017, s. 235). Etikk dreier seg først og fremst normene for rett og galt, og kan være et kritisk verktøy for hvordan sykepleier vurderer handlinger og avgjørelser (Nortvedt, 2017, s. 11). Oppgaven er skrevet i henhold til høgskolens retningslinjer for kildehenvisning, APA 7, og akademisk oppgaveskriving, og refererer til riktige forfattere for å unngå plagiater. Det er relevant å knytte etiske vurderinger i lys av forskningen som har blitt funnet. Artiklene som har blitt benyttet i oppgaven er fra anerkjente tidsskrifter og har blitt etisk vurdert.

Oppgaven vil ikke oppgi konfidensiell informasjon om andre sykehus eller avdelinger og skal ivareta pasienters rett til vern om fortrolige opplysninger (Norsk sykepleierforbund, 2019).

4 Resultater

I dette kapitlet vil oppgaven presenter resultatene fra de utvalgte artiklene i en syntese og artikkelmatrise. Syntesen vil oppsummere hovedresultater, uten egne vurderinger eller vurderinger og artikkelmatrisen vil kortfattet og klart presenterer alle de enkelte artiklers elementer.

Overordnet, felles funn for alle artiklene, var det faktumet at holdninger og stigmatisering har en stor påvirkningskraft for kvaliteten på smertebehandlingen (Garpenhag & Dahlman, 2021; Krokmyrdal & Andenæs, 2015; Marie, 2016; Morley et al., 2015). Artiklene fra Marie (2016), Morley et al. (2015) og Krokmyrdal & Andenæs (2015) ga uttrykk at opioidavhengige var en utfordrende og komplisert pasientgruppe å jobbe med, og som ofte kanskje ikke virket villige til å delta i sin egen behandling for bedring. Til tross for dette var de intervjuede klar over hvordan disse komplikasjonene påvirket pasienten, både psykiske og fysiske faktorer, og at denne pasientgruppen hadde andre behov enn «vanlige» pasienter. Et annet funn som var prominent blant artiklene var sykepleierens arbeidserfaring og kunnskaper for pasientgruppen og en følelse av at utdanningen ikke hadde gitt dem tilstrekkelig kunnskap om problemområdet.

Morley et al. (2015) og Krokmyrdal & Andenæs (2015) fant at arbeidserfaring spilte en stor rolle for hvordan sykepleier kunne utøve faglig forsvarlig, og at utilstrekkelig kompetanse om opioider og kjennskap til smertebehandlingen, førte til usikkerhet i behandlingen til pasienten. Marie (2016) viste at mange av de som ikke følte seg komfortable med å foreskrive opioider til pasienten eller ikke var villige til å håndtere pasientens smertelindring, førte til at arbeidsmengden ble overført til andre kollegaer, eller de med høyere utdanning eller erfaring.

4.1 Artikkelmatrise

Nr	Forfatter/årstall	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Design/Metode	Utvalg	Overordnede funn
1	Krokmyrdal, A. K. & Andenæs, R. (2015).	Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study.	<i>Nurse Education Today</i>	Å evaluere sykepleieres selvoppfatning om kompetanse for denne pasientgruppen: det innebar (1) deres kunnskap om smerter, (2) deres kompetanse til å gi tilstrekkelig smertelindring, og (3) og hva kilden til deres kunnskap.	En kvantitativ beskrivende tversnittstudie hvor data ble hentet ved hjelp av spørreskjema. 181 skjemaer ble sendt ut, hvorav 98 ble besvart.	I studien var 64 av de deltakende fra en medisinsk avdeling og 34 fra en ortopedisk post. Til sammen var det 98 sykepleiere som deltok.	88% av deltakerne/sykepleierne mente at de ikke hadde god nok kompetanse når det kom til smertelindring til denne pasientgruppen. Arbeidserfaring var en stor faktor relatert til dette.
2	Marie, St. B. (2016).	The Experiences of Advanced Practice Nurses Caring for Patients with Substance Use Disorder and Chronic Pain.	<i>Pain Management Nursing</i>	Å identifisere sykepleiere med etterutdanning (Advanced Practice Registered Nurses – APRNs) sine erfaringer rundt smertelindring til pasienter med kronisk smerte og rusmiddelavhengighet.	En kvalitativ narrativ studie som innhentet data ved telefonintervju og semistrukturert dybdeintervjuer fra juni til august i 2014.	20 kvinnelige sykepleiere med spesialisert etterutdanning, hvorav alle hadde en spesialisering i smertelindring og hadde klinisk erfaring med denne pasientgruppen	Sykepleierne med etterutdanning opplevde at de andre sykepleierne ofte var redd for å gi opioider til pasienten fordi de følte seg ukomfortable, og ga heller ansvaret/arbeidet til dem. Samtidig var de klare over barrierer som gjorde forandring hos pasientene vanskelig og var klar over deres rolle.
3	Garpenhag, L. & Dahlman, D. (2021).	Perceived healthcare stigma among patients in opioid substitution treatment: a qualitative study	<i>Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy</i>	Å utforske opioidavhengige/avhengighetssyndrom pasienters tidligere og nåværende erfaringer i møte med stigma fra helsepersonell i ulike nivåer av helsesektoren, samt deres egen kompetanse innenfor helse (Health literacy), og hvilke utfordringer de møter på i helsevesenet og strategier de bruker for å håndtere det.	En kvalitativ metode som innhenter data ved hjelp av intervjuer og sekundærlitteratur fra en tidligere forskning.	23 pasienter, 13 menn og 10 kvinner, ble fordelt mellom 6 fokusgrupper. Alle var over 20 år.	Pasientene hadde opplevde stigma og diskriminering fra ulike helsetjenester, og opplevde dårlig behandling grunnet helsepersonells syn og holdninger. Dette fikk en negativ påvirkning for pasientenes smertelindring og førte til at mange prøvde å unngå å søke opp helsehjelp.

4	Morley, G., Briggs, M. & Chumbley, G. (2015).	Nurses' Experiences of Patients with Substance-Use Disorder in Pain: A Phenomenological Study.	<i>Pain Management Nursing</i>	Å belyse negative holdninger mot pasienter med en form for rusavhengighet og konsekvenser dette har for deres smertelindring, samt gi en dypere forståelse av sykepleieres opplevelse og barrierer mellom dem og disse pasienten når det kommer til smertelindring.	Et fenomenologisk kvalitativt design som bruker semistrukturert intervjuer med varighet mellom 40 og 30 minutter.	Fem sykepleiere, alle av en alder over 20 år, med ulike bakgrunn fra ulike kliniske områder, blant annet; akutt medisin, ortopedi, palliativ behandling og fengselshelsetjenesten. Alle deltakerne hadde erfart fenomenet.	Mange av Sykepleierne ga uttrykk for at disse pasientene var «vanskelige» og at dette var en gruppe som virket lite villige i å delta i sin behandling. Deltakerne var klar over at dette er en kompleks pasientgruppe som står overfor andre utfordringer og komplikasjoner, som toleranse for opioidet, opioidindusert hyperalgesi, psykososiale faktorer, osv., enn «normale» pasienter.
---	---	--	--------------------------------	---	---	--	---

5 Diskusjon

I dette kapittelet vil oppgaven diskutere med hjelp av resultatene fra artikkelen, lovverk, yrkesetiske retningslinjer, og teori disse overordnede temaene som kom til syne i kapittel 4: Holdninger, kunnskaper og erfaring, relasjon og samspill mellom sykepleier og pasient. Disse punktene skal forsøke å besvare oppgavens problemstilling:

Hvordan kan smertelindring til opioidavhengige pasienter som er innlagt på sykehus påvirkes av sykepleier sine holdninger?

5.1 Sykepleiers holdninger har påvirkning på smertelindring

Resultatene som ble beskrevet i kapittelet 4, viser at sykepleien til opioidavhengige pasienter kan preges av negative fordommer og holdninger som fører til konsekvenser for smertelindring (Garpenhag & Dahlman, 2021; Krokmyrdal & Andenæs, 2015; Marie, 2016; Morley et al., 2015). Disse funnene var forbundet med at sykepleiers innstilling og forventninger var negative allerede før pasienten kom inn døren, og ble sett på som «vanskelige» (Morley et al., 2015). Av egen erfaring har jeg selv opplevd den slags holdning ovenfor pasienter fra sykepleiere ute i klinikken og ulike sykehusavdelinger. Når pasienten

sine journaler eller epikriser, og informasjon om deres opioidavhengighet ble kjent for sykepleier, var det et klart skifte i deres perspektiv og hvordan de så på pasienten. Garpenhag & Dahlman (2021) speiler dette utsagnet; pasientene opplevde tydelig forandringer i sykepleiers holdning dersom de fant ut av deres opioidavhengighet, noe som resulterte seg i at sykepleier primært så på diagnosen, men ikke personen bak, noe som gjorde at de følte seg mindre verdt enn «vanlige» pasienter. Diskriminerende holdninger som dette førte til at pasientene følte seg misfornøyd med kvaliteten på behandlingen, og følte at de ikke ble tatt alvorlig, som igjen gjorde at de ikke lenger ønsket å oppsøke helsehjelp (Garpenhag & Dahlman, 2021). Samtidig prøvde de å skjule avhengighet for å slippe unna stigma (Garpenhag & Dahlman, 2021). Konsekvensen kan videre bli dårlig kvalitet av smertebehandlingen, som følge av negative holdninger fra sykepleiere og føre til at pasienten drar for tidlig fra avdelingen og gjøre at en desto sykere pasienten kommer tilbake (Skoglund & Biong, 2018, s. 187). Garpenhag & Dahlman (2021) fant i tillegg at sykepleiere, og annet helsepersonell, sine holdninger og stigma hadde en negativ påvirkning på pasienten sin muligheten til å komme tilbake til et normalt liv i samfunnet. Å bli behandlet på en dårlig måte fikk ikke bare negative konsekvenser for deres mentale velvære, men også for motivasjonen til forandring. Selv om pasienten ikke lenger var opioidavhengig, var fortsatt stempelet om at de hadde vært det prominent, som førte til at de negative holdningene fortsatt fant sted blant helsepersonell (Garpenhag & Dahlman, 2021)

Et annet funn som viste til negative aspekter hos sykepleiere, var tanken om at pasienten prøvde å lure eller manipulere sykepleier og utnytte posisjonen deres til å skaffe mer opiater til å oppnå rus (Garpenhag & Dahlman, 2021; Morley et al., 2015) (Skoglund & Biong, 2018, s. 186). Jeg har også opplevd slike utsagn og kommentarer fra kollegaer ute i klinikken. Det er ofte en usikkerhet blant personalet om hvordan en skal forholde seg til denne pasientgruppen. Sykepleier kan være skeptisk til pasientens smerteopplevelse eller allerede ha en predikert forventning om å bli forsøkt manipulert (Morley et al., 2015). Flere sykepleiere kan føle at pasienten overdriver smertene sine og ikke er ærlige i tolkningen av smerteopplevelsen (Garpenhag & Dahlman, 2021; Krokmyrdal & Andenæs, 2015). Omvendt, pasienten kan føle at sykepleier ikke tar smertene seriøst på grunn av de tror at de prøver å manipulere dem (Garpenhag & Dahlman, 2021). Dette er et aspekt sykepleier bør ta i betraktning – smerteopplevelse. Gjennom observasjoner kan sykepleier skape seg et bilde eller en mening om pasientens smertebilde, men vil aldri oppriktig forstå opplevelsen (Travelbee, 1999, s. 112). Dersom smerteopplevelsen ikke blir tatt på alvor, kan det føre til at

pasienten ikke føler seg anerkjent eller ikke føle seg som en verdig pasient (Garpenhag & Dahlman, 2021), samt føle seg forlatt av sykepleier (Danielsen et al., 2017, s. 383). Sett i lys av dette er det vesentlig at sykepleier ikke ser på pasientgruppen med et stigmatiserende og stereotypisk perspektiv, men derimot ser på hver pasientene som mennesker som har behov for individuell- og holistisk behandling (Garpenhag & Dahlman, 2021; Marie 2016).

Et essensielt moment i sykepleierens etiske vurdering er de yrkesetiske retningslinjene og verdigrunnet om at sykepleien skal omfatte omsorg og respekt for menneskerettighetene (Norsk sykepleierforbund, 2019). I møte med denne opioidavhengige pasienter kan sykepleiers etiske grunnlag bli utfordret, noe som kan bli speilet i deres holdninger. Sykepleier må ikke trekke konklusjonene slik at helsehjelpens kvalitet avhengig av om pasienten er vanskelig eller enkel å jobbe med. I følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999) §1-1 har alle mennesker krav og rett til helse- og omsorgstjenester av god kvalitet og ivareta enkelte pasienters respekt, integritet og menneskeverd. Hensikten med denne loven er å unngå å forebygge stigma til enkeltpersoner og grupper i samfunnet vårt (Vervarda et al., 2018). Til tross for lover og retningslinjene som skal gi veiledning for etisk vurdering, viser forskning at stigma og negative holdninger fortsatt er et fremtredende aspekt i sykepleien, som får konsekvenser for de opioidavhengige og deres smertelindring (Garpenhag & Dahlman, 2021; Krokmyrdal & Andenæs, 2015; Marie, 2016; Morley et al., 2015).

Dersom sykepleier sine forutinntatte holdninger kommer i veien for kvaliteten av smertebehandlingen, står vedkommende i fare for å bryte sine grunnleggende prinsipper og verdier, og bryte respekten for menneskerettighetene (Norsk sykepleierforbund, 2019).

5.2 Miljøfaktorer påvirker sykepleiers holdning

I et sykehus kan det være mange eksterne faktorer som vil påvirke en sykepleiers arbeidsdag, og som kan påvirke sykepleiers holdninger (Morley et al., 2015). Tidspress og rutiner, samt bemanning kan være faktorer som påvirker møte med den opioidavhengige. For sykepleier kan arbeidet med denne pasientgruppe være tidkrevende. Pasientgruppen kan ofte ha egne rutiner og ønsker å få ting gjort på spesifikke måter, noe som ikke alltid passer med sykepleier sine egne daglige rutiner, som igjen gjør at sykepleier vil referere til pasient som «vanskelig» og derfor ønske ha mindre å gjøre med vedkommende og «skifte» ansvaret til andre kollegaer

(Marie, 2016; Morley et al., 2015). Dette kan føre til at pasienten ikke føler seg respektert eller sett, noe som kan få konsekvenser for relasjonen (Travelbee, 1999).

Andre underliggende faktorer som kunne påvirke sykepleier var uenighet mellom legene og sykepleier og innleggelsen til pasienten. I likhet med sykepleier, har legen har også sine daglige rutiner og mål de må nå, og kan ha andre perspektiver. Ute i klinikken har jeg møtt på leger med lignende interessekonflikter, hvor legen vil prøve å fikse pasientens avhengighet heller enn å tilstrebe adekvat smertelindring. Sykepleier kan føle seg presset til å gjøre det slik legen ønsker. Morley et al. (2015) viser likheter i dette med at legen ofte var mer innstilt på å «fikse» pasienten opioidavhengighet, men også det at mindre erfarne sykepleiere følte seg maktesløse og at kunnskaper om smertebehandlingen ikke var god nok til å ta til motmæle. Dette er et kan føre til en forlenget sykehusinnleggelse som fører til at verdifulle sengeplasser blir okkupert – sengeplasser som kan være kritiske for andre innleggelser (Morley et al., 2015). En viktig faktor er at målet for pasientens innleggelse først og fremst er å føle seg smertefri og dermed gi tilstrekkelig smertelindring (Skoglund & Biong, 2018, s. 187). Sekundært kommer målet for avrusning. De yrkesetiske retningslinjene sier at dersom det oppstår interessekonflikter mellom kollegaer, må hensynet til pasientens liv, helse og vilje prioriteres (Norsk sykepleierforbund, 2019). Det kan være hensiktsmessig i lys av dette at sykepleier og lege viser sine respektive perspektiver og kommuniserer seg imellom for hvordan de bør gå fram for å sette pasientens behov først (Morley et al., 2015).

Stressende og hektiske situasjoner, eller press fra de rundt, føre til at sykepleiers handlinger ikke går overens deres holdninger (Håkonsen, 2014, s. 187). I lys av forskningen som er benyttet kommer det fram at noen av sykepleierne føler at de har forståelse for at opioidavhengige pasienter sine behov er særegne og at de har kunnskaper og er innstilt på å utøve god sykepleie til dem (Krokmyrdal & Andenæs, 2015; Marie, 2016; Morley, Briggs & Chumbley, 2015), men grunnet sykehuskonteksten og tidspresset, samt ofte begrenset bemanning, kan det føre til at de sykepleieoppgavene deres gjennomføres på en annen måte enn det de faktisk vet er faglig forsvarlig (Håkonsen, 2014, s. 187).

Som vi har sett på tidligere i diskusjonen, er det mange ulike faktorer som spiller inn på sykepleiers holdninger. Men holdninger kan være vanskelig å endre på og kan være en stor del av selvet. Holdninger er bygget opp av individets tanker, følelser og oppførsel, både negative og positive, noe som betyr holdningene kan definere individet (Håkonsen, 2014, s.

185). På bakgrunn av dette kan det tyde på at endring i sykepleiers negative holdninger overfor opioidavhengige kan være kompleks og tidkrevende. Dette krever at sykepleier er motivert til forandring, noe som ikke nødvendigvis er selvsagt. Tvert imot, dersom vedkommende ikke er motivert til å forandre sine holdninger, kan det føre til at vedkommende ikke vil tilnærme seg ny kunnskap og dermed ikke utvikle seg selv som sykepleier (Vervarda et al., 2018). De yrkesetiske retningslinjene sier at sykepleier har et etisk ansvar å holde seg oppdatert om forskning og ny kunnskap (Norsk sykepleierforbund, 2019).

Dette underkapittelet belyser også aspekter som påvirker holdninger – Sykepleiers kunnskaper om smertelindring og opioidavhengighet, men også sykepleiers relasjon og samarbeid med pasienten. Videre i diskusjon vil oppgaven se på hvordan relasjonen kan forandre sykepleiers stigma og holdninger, og om det er en kunnskapsbrist som kan påvirke holdninger negativt.

5.3 Relasjon mellom sykepleier og pasient – Et gjensidig forhold

Pasienters erfaringer av negative holdninger og stigma fra sykepleiere, og annet helsepersonell, kan gjøre dem skeptiske til å søke helsehjelp og føre til mistillit overfor helsevesenet (Garpenhag & Dahlman, 2021). Motsatt, sykepleier sine erfaringer i møte med pasientgruppen kan gjør dem redde for å bli lurt eller manipulert, som kan få negative konsekvenser for holdningene deres og pasientens smertelindring (Morley et al., 2015). En slik relasjonsbrist kan føre til et svakt samarbeid mellom de to partene. Mangel på relasjoner kan hemme menneskers mulighet til positiv forandring (Håkonsen, 2014, s. 208). Sykepleier vil alltid ha en maktposisjon, men maktbalansen kan føles dominerende i pasientens øyne, noe som kan gjøre at sykepleier eller pasient ikke ser hverandre som likeverdige mennesker (Eide & Eide, 2018, s. 26). For at et godt samspill kan etableres må relasjonen bygges på tillit – en tillit hvor både sykepleier og pasient tør å «gi fra seg» makten og invitere hverandre inn i hverandre sin erfaring, en gjensidig tillit (Eide & Eide, 2018, s. 26). Joyce Travelbee (1999) understreker gjensidighet i hennes teori om menneske-til-menneske-forholdet. Det er en prosess hvor flere erfaringer fra begge parter blir sett på som betydningsfulle og en gjensidig forståelse ovenfor hverandre, og som innebærer gjensidig respekt, samt forstå situasjonen begge er i (Travelbee, 1999, s. 177).

For en sykepleier i møte med den opioidavhengige betyr det at han/hun/hen må se pasienten sitt perspektiv og se den indres opplevelse gjennom det ytre, og at det kan være psykososiale faktorer som hindrer dette (Morley et al., 2015). Sykepleier bør se at pasienten er i sårbar posisjon og har behov som ikke blir ivaretatt. Som sagt, dette forholdet er ikke ensidig, men gjensidig, noe som tilstreber at sykepleier sine behov også blir ivaretatt. Sykepleieren er også et menneske med sine behov, og det er viktig at i møte med pasienten at disse ikke blir forsømt – samarbeidet skal føles betydningsfullt for begge (Travelbee, 1999, s. 178). Det er midlertidig sykepleier sitt ansvar å opprettholde dette forhold, men krever at pasienten er medvirkende og samarbeider med sykepleier (Travelbee, 1999, s. 177).

Dersom sykepleier evner og opprettholder dette forholdet, kan en bruke seg selv terapeutisk, slik at man har en bedre mulighet for å dekke pasientens behov og dermed tilstrebe god smertelindring (Travelbee, 1999, s. 41). Marie (2016) speiler også dette, hvor sykepleier mente at ved å opprettholde et terapeutisk forhold kan fasilitere opioidavhengige pasienter til å åpne seg om sine følelser og behov. Sykepleier sin egenskap til å se pasienten som et helt menneske, og se de for dem de er, kan fremme positiv forandring (Morley et al., 2015).

På den andre siden, tillit fører med en maktbalanse som lett kan stå i fare for å bli brutt, og raskt kan true dette menneske-til-menneske-forholdet. Mistillit var som sagt en faktor blant pasientene som skapte barrierer for å kunne møte helsepersonell med tillit (Garpenhag & Dahlman, 2021). Som et resultat må sykepleier være klar over at tillit kan medbringe makt, makten til å lytte eller avise den opioidavhengige pasienten, som kan by på etiske utfordringer (Eide & Eide, 2018, s. 27). Konsekvenser for avvising kan medføre krenking av pasientens integritet, noe som ikke går overens med de yrkesetiske retningslinjene (Norsk sykepleierforbund, 2019).

Grunnsteinen i et godt samspill er gjensidig tillit og respekt mellom pasient og sykepleier, som skaper en relasjon hvor hver av partene har forståelse for hverandres situasjon. Sykepleier kan stille seg som et medmenneske overfor pasienten dersom vedkommende prøver å lytte aktivt til hva pasienten prøver å formidle og utelukke stigma og fordommer (Skoglund & Biong, 2018, s. 191). Dette kan for eksempel innebære å forstå pasientenes smerteopplevelse (Garpenhag & Dahlman, 2021; Krokmyrdal & Andenæs, 2015). Ved å knytte tillitsfulle relasjon kan det fortrinnsvis føre til at pasienten åpner seg mer opp og sykepleier kan identifisere hvilke andre grunnleggende behov som er truet og hvorfor de er

som de er (Morley et al., 2015). Om sykepleier tar disse verdiene i betraktning, kan det skape et godt grunnlag for relasjonen, som kan ha positiv virkning på mulige fordomsfulle holdninger.

5.4 Mangel på kunnskapsbasert sykepleie kan påvirke sykepleiers holdninger?

Helsepersonelloven (1999) samt yrkesetiske retningslinjer (Norsk sykepleierforbund, 2019) uttrykker et av sykepleiernes grunnleggende krav og forventinger i utøvelsen av sykepleie: krav om faglig forsvarlighet. Dette innebærer at sykepleier må innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, ellers vil ikke sykepleien bli sett på som faglig forsvarlig (Helsepersonelloven, 1999, §4). De yrkesetiske retningslinjene peker også på sykepleier sin evne til å holde seg oppdatert på forskning og utvikling (Norsk sykepleierforbund, 2019). Sett i lys av oppgavens problemområde indikerer disse kravene at sykepleier bør ha tilstrekkelige kunnskaper om smertelindring til opioidavhengige.

Resultatene av forskningen som har blitt benyttet viser ulik grad av kunnskap hos sykepleierne. Krokmyrdal og Andenæs (2015) fant at en del av sykepleierne ikke følte at de hadde nok kunnskaper smertebehandling eller til å evaluere graden av pasientens smerte. Dette er ikke tilstrekkelig i henhold til de lovpålagte kravene eller de etiske retningslinjene, og utøvelsen kan som følge ikke kategoriseres som faglig forsvarlig. Begrenset kunnskap kan føre til negative holdninger (Vervarda et al., 2018, s. 6). For eksempel, dersom ikke sykepleier ikke er inneforstått med at opioidavhengige har en høyere toleranse for opiatet (Oslo Universitetssykehus, 2020), kan det medføre at pasientens gjentatte krav om mer smertestillende derimot blir sett på som en måte å lure til seg preparater for å ruse seg, noe som kan resultere i at sykepleier ikke tror på pasientens smerteopplevelse og ikke ta dem på alvor (Garpenhag & Dahlman, 2021; Morley et al., 2015). På den måten utøver sykepleier kunnskapen sin på grunnlag av intuisjon, og ikke gjennom litteratur eller forskning, altså ikke kunnskapsbasert (Kristoffersen et al., 2016, s. 17).

Samtidig innebærer dette at sykepleier ikke holder seg oppdatert på nye forskning (Norsk sykepleierforbund, 2019). For å unngå slike tilfeller bør sykepleier ha en bevisst og reflekterende holdning til arbeidsprosessen sin og prøve å bygge en bro mellom kunnskap og kritisk tenkning (Nordtvedt & Grønseth, 2017, s. 24). Det går også henhold i til de yrkesetiske

retningslinjene om må kjenne sine grenser for egen kompetanse og hva som ses på som tilstrekkelig (Norsk sykepleierforbund, 2019). I sykehuskontekst må også helsetjenesten sykepleier tilbyr være faglig forsvarlig i henhold til loven (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §2-2). Det var derimot noen sykepleiere som mente kunnskapen deres var tilstrekkelig og hadde forståelse for toleranse og opioidindusert hyperalgesi, men samtidig var det noen som mente at opioid som smertestillende bidro til pasientens avhengighet. (Morley et al., 2015; Krokmyrdal og Andenæs 2015). Denne frykten for å forlenge avhengigheten ført til at sykepleier ikke turte å forordne eller administrere opioider som smertelindring, til tross for lite vitenskapelige bevis på at opioid i smertelindring ikke forverrer eller bidrar til pasientens avhengighet (Krokmyrdal og Andenæs 2015).

På den andre siden, Marie (2016) forskning viser i sin perspektivet fra sykepleiere med mye erfaring med denne pasientgruppen – Advanced Practice Registered Nurses (APRNs). Artikkelen diskuterte at deres rolle er unik, i den form at deres kunnskaper førte til at de kunne utøve fagligforsvarlig og tilstrekkelig smertebehandling, men også en særegen evne til opplæring både for pasienter og kollegaer som et resultat av deres kompetanse. Dette kan ses i samsvar med Spesialisthelsetjenesteloven (1999) §3-8, om utdanning av helsepersonell, samt pasientopplæring, men også et grunnleggende i forhold til sykepleierens funksjonsområde (Kristoffersen et al., 2016, s. 17). Sykepleierne i denne forskningen følte et ansvar for å lære opp sykepleierkollegaer og forandre deres perspektiv og holdning i behandlingen for denne gruppen pasienter, som blant annet identifisering av barrierer for smertelindring (Marie, 2016). Sykepleierne var i stand til å implementere riskfaktorer, identifisere smerteopplevelsen til pasienten og dermed redusere og forhindre underbehandling av pasientene og håndtere opiatte etter forskrifter, forsvarlig innenfor risikonivåer (Marie, 2016)

På den andre siden, ikke alle avdelinger har tilgang til slike fordeler eller bemanning som inkluderer sykepleiere med slik spesifikk erfaring og kunnskap. Men dersom en møter denne gruppen sykepleier ute i klinikken kan deres kunnskaper og kompetanse, samt arbeidserfaring, være en god kilde til faglig utvikling.

I forskningen til Krokmyrdal & Andenæs (2015) dukket det tydelig opp at arbeidserfaring og kollegaer var et stort bidrag til kunnskapen hos sykepleierne. Morley et al. (2015) støtter også dette utsagnet, hvor sykepleierne mente at erfaring førte til bedre smertebehandling. Sykepleiere med flere års erfaring fra klinikken kan ha omfattende kunnskaper om spesifikke

pasientgrupper, som for eksempel opioidavhengige, og kan være en unik ressurs for sykepleiere med mindre erfaring (Nordtvedt & Grønseth, 2017, s. 35). Deling av sykepleierfaringer og aktivt ha interfaglige og tverrfaglige diskusjoner kan bidra til kompetanseutvikling (Nordtvedt & Grønseth, 2017, s. 35).

Dog, flere års arbeidserfaring kan også være preget av vranglære eller kunnskap og forskning som ikke er oppdatert til nåtidens standard, som kan føre til videreformidling av feilinformasjon.

I Krokmyrdal og Andenæs (2015) mente en stor andel av sykepleierne at grunnutdanningen i sykepleien ikke ga dem arsenalet eller kunnskap nok til å utøve forsvarlig sykepleie og smertelindring til denne pasientgruppen. I motsetning til sykepleierne i Marie (2016) sin forskning, som hadde en spesialutdanning innenfor feltet, hadde disse sykepleierne fem år eller mindre erfaring med opioidavhengige pasienter (Krokmyrdal og Andenæs, 2015).

Mangel på kunnskap og lite erfaring blir gjentatte ganger nevnt i avsnittene over. Men mye av sykepleier sine negative holdninger kan ha sitt opphav i disse faktorene. Det betyr i midlertidig ikke at kunnskap og erfaring er hovedårsaken til dårlige holdninger. Motsatt kan negative holdninger føre til at sykepleier ikke er villig til å innhente ny kunnskap, noe som går i strid med de tidligere nevnte lovene og retningslinjene (Helsepersonelloven, 1999; Norsk Sykepleierforbund, 2019; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999).

5.5 Kritisk vurdering av artiklens funn og mulige begrensninger

Artiklene som har blitt brukt i oppgaven har bidratt til å finne påstander og funn som kan understøtte problemstillingen. Likevel må en vurdere resultatene forskningen presenterer og stille seg kritisk i forhold til mulige begrensninger.

Krokmyrdal og Andenæs (2015) sin forskning viste ulike mangler på kunnskap om den aktuelle pasientgruppen fra sykepleiere som jobbet i somatiske avdelinger. På den andre siden kan svakheter i resultatene være at studien var gjennomført på et geografisk område i Norge. Studiene er derfor ikke landsdekkende og viser bare perspektiver fra medisinske- og ortopediske avdelinger fra to sykehus, med et begrenset antall deltakere. I lys av dette kan det

være lite grunnlag for at dette representerer alle sykepleiers kunnskapsgrunnlag i Norge og en generalisering av funnene ikke kan rettferdiggjøres (Krokmyrdal og Andenæs, 2015).

Marie (2016) og Morley et al. (2015), kan i like stor grad dras inn i denne diskusjonen. Antall deltakere i deres forskning var desto mer begrenset. Morley et al. 2015 inkluderte fem kvinnelige sykepleiere fra et geografisk område i Storbritannia, noe som kan ha begrenset validiteten i å konstantere at deres funn også kan generaliseres. På den andre siden, deltakerne sine kliniske bakgrunn var mer variert enn sykepleierne i Krokmyrdal og Andenæs (2015) sin forskning, noe som kan være en styrke og vise et utvidet perspektiv på sykepleiers kunnskap og holdning. Marie (2016) kan heller ikke generaliseres i den forstand at sykepleierne (APRNs) som deltok i forskningen var aktive medlemmer i «pain management organizations», og eide et annet kunnskapsgrunnlag og erfaring enn sykepleierne i Krokmyrdal og Andenæs (2015) og Morley et al. (2015). Derimot, en styrke i forskningsresultatene var sykepleiernes særegne kompetanse med denne pasientgruppen og viser at dersom sykepleiere utøver sykepleie faglig og kunnskapsbasert, kan sykepleier utøve bedre smertelindring til den opioidavhengige pasient (Marie, 2016). Noe som står i kontrast til Krokmyrdal og Andenæs (2015) sitt resultat, der sykepleiere ikke følte på mangler i sin kunnskap.

På de andre siden, en styrke som gjelder alle tre artikler er fokuset på utforskningen av sykepleier sine erfaringer, kunnskaper og deres holdninger i samsvar med smertelindring av opioidavhengige. (Krokmyrdal & Andenæs, 2015; Marie, 2016; Morley et al., 2015). Til tross for at de finner sted i tre ulike geografiske områder, deler de mange aspekter som har overføringsverdi for hverandre. I lys at dette er de relevant for problemstillingen, og kan hjelpe med å besvare problemstillingen.

I Garpenhag & Dahlman (2021) sin forskning blir pasientens perspektiv presentert, kontra sykepleier, og man utforsker deres møte med helsevesenet. En annen styrke i forskningen var at pasientene fortalte om diskriminerende holdninger og opplevelser i møte med helsepersonell, til tross for å ikke implisitt bli direkte blir spurt om stigma (Garpenhag & Dahlman, 2021). Dette kan indikere at negative holdninger og stigma blant sykepleier og helsepersonell fortsatt er en sentral problemstilling som behøver ytterligere forskning og faglig utvikling. En styrke ved å bruk av denne artikkelen er at den kan være relevant for problemstillingen og vise et kontrasterende perspektiv mot sykepleieren, og vise deres ulike syn på smertelindringen.

Derimot, en svakhet kan være at disse pasientene strengt talt ikke bare deler erfaringer fra sykehus eller sykehusavdelinger, men også andre institusjoner, som rusinstitusjoner. I forhold til inklusjons- og eksklusjonskriterier i oppgaven kunne det derfor være hensiktsmessig å vurdere en annen artikkel.

På den andre siden, hjalp forskningen med å understreke at stigma var, og er, et prevalent problem blant sykepleiere og at de opioidavhengige pasientene ble møtt med ulike negative og diskriminerende holdninger, uavhengig av institusjon (Garpenhag & Dahlman, 2021). Den med å understøtte påstander og diskutere andre aspekter i diskusjonen, og ble derfor inkludert.

6 Konklusjon

Hvordan kan smertelindring til opioidavhengige pasienter som er innlagt på sykehus påvirkes av sykepleier sine holdninger?

Det økende forbruket av opioid og desto høyere doser som blir gitt, øker sjansen for at sykepleiere som jobber på sykehus eller en sykehusavdeling vil møte denne pasientgruppen. Møte mellom de to aktørene er komplekst og krever mye ressurser og tid fra begge parter dersom pasientens smertelindring skal være forsvarlig. Sykepleier må være klar over at denne pasientgruppen har behov som skiller seg ut fra den «alminnelige» pasient.

Funnene i oppgaven viser at det er en kompleks kombinasjon av ulike faktorer som påvirker smertelindringen. Dette var blant annet holdninger, kunnskaper og erfaringer, og relasjon mellom sykepleier og pasient. Forskningen viste at sykepleiere sine negative og stigmatiserende holdninger fikk konsekvenser for smertelindringen. Kunnskaper kunne også påvirke holdningene. På den andre siden var det et symbiotisk forhold mellom holdninger og kunnskap, der manglende kunnskap påvirket holdninger, og negative holdninger holdt sykepleier tilbake fra å innhente ny kunnskap. Holdninger var også nært tilknyttet relasjon. Sykepleier må sette til side stigma og se pasient som et helt menneske, samt begge parter må ha gjensidig forståelse for hverandres situasjon og bygge en relasjon basert på tillit.

Dersom en av disse byggeklossene ikke blir inkludert, vil det falle fra hverandre. De ovennevnte faktorene er avhengig av hverandre og for at holdninger kan endres. Et sentralt element i diskusjonen om holdninger, er sykepleier sin profesjonelle rolle, og hva det innebærer. Sykepleier må følge de lover og regler, samt retningslinjer som gjelder og være inneforstått med hva dette betyr for ens yrkesutøvelse. I lys av oppgavens funn kan det indikere at det er behov for videre forskning på smertelindring til opioidavhengige. Samtidig kan det indikere behov for systematisk endring eller utvikling av sykepleierens grunnutdanning, som kan gi et bedre grunnlag for kommende sykepleiere til å utøve mer faglig forsvarlig sykepleie og gi bedre smertelindring til disse pasientene.

Referanseliste

- Biong, S. & Ytrehus, S. (2018). Rusmiddelproblemer – en utfordring for samfunnet, helsetjenesten og den enkelte. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2. utg., s. 13-20). Cappelen Damm Akademisk.
- Dalland, O. (2017). Metode og oppgaveskriving. (6.utg.) Oslo: Gyldendal akademisk
- Danielsen, A., Berntzen, H. & Almås, H. (2017) Sykepleie ved smerter. I D. – G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk Sykepleie 1* (s. 381-423). Gyldendal Akademisk
- Den norske legeforeningen. (2009). *Retningslinjer for smertelindring*. Hentet 8. desember 2021 fra <https://www.legeforeningen.no/contentassets/6d9a7062741b4ef397e6868a31b88dc0/smertelindringshefte-retningslinjer.pdf>
- Eide, H. & Eide, T. (2018). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal
- Garpenhag, L. & Dahlman, D. (2021). Perceived healthcare stigma among patients in opioid substitution treatment: a qualitative study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 16(81), 1-12, <https://doi.org/10.1186/s13011-021-00417-3>
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser* (IS-1948). Helsedirektoratet. <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/rop/forside>
- Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser*. (5. utg.). Gyldendal Akademisk

- Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., Skaug, E.–A. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie?: Sykepleie – fag og funksjoner. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E.–A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende Sykepleie Bind 1: Sykepleie – fag og funksjon*. (3. Utg., s. 15- 27). Gyldendal akademisk.
- Krokmyrdal, A. K. & Andenæs, R. (2015). Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study. *Nurse Education Today*, 35(6), 789-794, <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.02.022>
- Marie, St. B. (2016). The Experiences of Advanced Practice Nurses Caring for Patients with Substance Use Disorder and Chronic Pain. *Pain Management Nursing*, 17(5), 311-321. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2016.06.001>
- Nordtvedt, P. (2017). Omtanke: En innføring i sykepleierens etikk (2. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Nordtvedt, P. & Grønseth, R. (2017). Klinisk Sykepleie – Funksjon, ansvar og kompetanse. I D. – G. Stubberud, R. Grønseth & A. Hallbjørg (Red.), *Klinisk Sykepleie* (5. Utg., s. 17-37). Gyldendal Akademisk.
- Norsk sykepleierforbund (2019) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleie: Oversikt*. <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-forsykepleiere>
- Oslo Universitetssykehus. (2020, 3. desember). *Opioider*. Oversikt: <https://oslouniversitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/tsb/verktoy-for-fagutvikling/fakta-om-rusmidler/opioider#referanser>
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukervedvirkning (LOV 1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Skoglund, A. & Biong, S. (2018). Sykepleie til personer med rusmiddelavhengighet i somatisk sykehus. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2. utg., s. 178-192). Cappelen Damm Akademisk.

Skurtveit, S., Hjellsvik, V., Sakshaug, S., Borchgrevink, C. P., Larsen, M. B., Clausen, T., Skovlund, E., Heggen, E. E. & Handal, M. (2020). Forskning av opioider på blå resept mot langvarige smerter. *Tidsskriftet – den norske legeforening*, 140(15), 1-8.

DOI: 10.4045/tidsskr.20.0153

Skurtveit, S., Sakshaug, S., Hjellsvik, V., Berg, C. & Handal, M. (2014) *Bruk av vanedannende legemidler i Norge 2005-2013: Basert på data fra reseptregisteret*.

ISBN: 978-82-8082-630-5. Folkehelseinstituttet.

<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2014/bruk-av-vanedannende-legemidler-pdf.pdf>

Slørdal, L. (2018a). Legemidler ved smerter. I H. Nordeng & O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (3. utg., s. 325-333). Gyldendal Akademisk

Slørdal, L. (2018b). Misbruk av legemidler og rusmidler. I H. Nordeng & O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (3. utg., s. 359-367). Gyldendal Akademisk

Spesialisthelsetjenesteloven (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (LOV-1999-07-02 61). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

Thidemann, I-J. (2019). *Bachelor-oppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg). Universitetsforlaget.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1. Utg.). Gyldendal Akademisk.

Vervarda, J., Hansen, O. & Larsen, C. (2018) Rusmiddelavhengighet: Sykepleiers holdninger påvirker smertebehandling. *Sykepleien.no* 2018 106(70402)(e-70402)

DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.70402>

Vedlegg 1 – PICO-skjema

P	Patient/Problem Hvem/Hvilke	<ul style="list-style-type: none"> - Substance abuse - Substance dependence - Opioid - Nurse Attitudes - Advanced practice nursing - Nursing/nurses knowledge - Nurse competence
I	Intervention/Exposure Hva	<ul style="list-style-type: none"> - Stigma - Pain - Patient experience - Chronic pain
C	Comparison	
O	Outcome/resultater	<ul style="list-style-type: none"> - Pain management - Pain assesment