

HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

**Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid,
Pilestredet,
Fakultet for helsefag**

Kandidatnummer: 220 og 296

Eksamensnavn: SYBA3900

Dato: 14.03.17

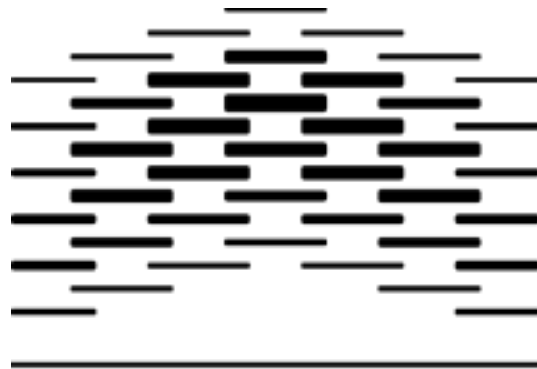
Klasse: 3E

Kull: 2014

Antall ord: 9796

”Det å bli stemplet som avhengig og manipulerende var det verste”

Hvordan kan sykepleier bidra til god smertelindring av opioidavhengige pasienter innlagt på postoperativ avdeling?



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

Sammendrag

Problemstilling

Hvordan kan sykepleier bidra til god smertelindring av opioidavhengige pasienter innlagt på postoperativ avdeling?

Bakgrunn: Bakgrunn for valg av tema og problemstilling er interesse for psykiatri og rusomsorgen, men også en pasienthistorie fra en tidligere praksisperiode. Denne historien er inkludert i innledningen.

Hensikt: Hensikten med litteraturstudien er å belyse problemstillingen om hvordan sykepleieren kan smertelindre den opioidavhengige på en postoperativ avdeling.

Metode: Dette er en litteraturstudie, basert på relevant teori og tre kvantitative forskningsartikler, en oversiktsartikkel og en kvalitativ forskningsartikkel. Databasene Cinahl, Svemed og Medline ble benyttet til litteratursøk. Oppgaven er delt inn i innledning, teori, metode, funn, drøfting og konklusjon.

Resultat: Rusavhengige pasienter opplever uadekvat smertelindring, funn viser at opptil 60% opplever å ikke bli tilstrekkelig smertelindret. Sykepleierens kunnskap, egne holdninger og sosialisering på arbeidsplassen er med på å påvirke behandlingen til den rusavhengige. Det viser seg at en god kartlegging er et viktig verktøy.

Konklusjon: Funnene viser at det er for lite kunnskap hos helsepersonell om denne pasientgruppen og at dette påvirker sykepleierens holdninger. Det er viktig med endringsarbeid dersom disse holdningene er negative. Sosialisering på avdelingen og sykepleierens mulighet til kartlegging er viktige faktorer som spiller inn. For å komme i dialog med pasienten og få til en god behandling er det avgjørende å skape en relasjon til pasienten.

Nøkkelord: Sykepleier, opioidavhengig, smertelindring, postoperativ avdeling

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	6
1.1 Tema: rus og smertelindring	6
1.2 Problemstilling:	7
1.3 Definisjon av sentrale begreper:	7
1.4 Oppbygging:	8
1.5 Bakgrunn for valg av tema:	8
1.6 Avgrensning.....	9
2.0 TEORI	10
2.1 Sykepleie	10
2.1.1 Travelbee	10
2.1.2 Holdninger	11
2.2 Smertelindring	12
2.2.1 Smertelindring av rusavhengige	13
2.3 Opiodavhengighet.....	14
2.4 Pasienter.....	15
2.5 Postoperativ avdeling	16
3.0 METODE.....	17
3.1 Hva er metode.....	17
3.2 Litteraturstudie som metode	17
3.3 Søkeprosessen.....	18
3.4 Eksklusjons- og inklusjonskriterier	19
3.5 Ethiske overveielser.....	19
3.6 Kildekritikk.....	19
4.0 FUNN	21
Artikkel 1	21
Artikkel 2	22
Artikkel 3	23
Artikkel 4	24
Artikkel 5	25
5.0 DRØFTING	27
5.1 Forskning	27
5.2 Sosialisering.....	28
5.3 Holdninger	29

5.4 Kunnskaper	30
5.5 Kartlegging	33
5.6 Sykepleiersperspektiv	34
6.0 KONKLUSJON	35

1.0 INNLEDNING

En pasient ringer avdelingen vi er på i praksis, og forteller i store smerter at hun ikke blir smertelindret på sykehuset etter at det kom frem at hun er rusavhengig. En sykepleier på vår avdeling ringer og prøver å forklare situasjonen for den andre avdelingen, uten hell. Det ender til slutt med at en lege må ringe opp og forklare at vårt ansvar er å behandle rusavhengighet, og deres ansvar er å behandle sykdom og lindre smerte. Med veiledning fra vår avdelingslege, ble denne pasienten til slutt tilstrekkelig smertelindret. Pasienten sier selv at hun følte at det å bli stemplet som avhengig og manipulerende var det verste, når hun faktisk opplevde store smerter. Hva skjer med pasientene dersom det ikke finnes en lege som kan støtte de i denne situasjonen? Og hva er det som får en hel avdeling til å stoppe all smertelindring til en person med store smerter? Dette var spørsmål vi satt igjen med etter denne situasjonen.

Eksempelet over er en pasienthistorie fra en av praksisperiodene vi har hatt i løpet av studiet.

1.1 Tema: rus og smertelindring.

Det er vanskelig å si hvor mange rusavhengige personer det finnes i Norge. Helsedirektoratet skriver i Nasjonale retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet (2010) at det i 2005 ble anslått å være mellom 8200 – 12500 sprøytemisbrukere i Norge. Men Fekjær (2009) skriver at det er vanskelig å anslå et konkret tall, da bruk og misbruk finnes i alle grader. Det å få diagnosen rusavhengig er mer basert på skadevirkningene rusen gir, enn på hvor ofte eller hvor mye rusmiddel man bruker (Fekjær, 2009).

Forskning og en pasienthistorie fra praksis har fått oss til å ville undersøke dette temaet nærmere. Yrkesetiske retningslinjer (2011) skriver at sykepleierens plikt er å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død. Det er derfor sykepleierens plikt å fange opp og videreformidle behovet til den opioidavhengige. Krokmyrdal & Andenæs (2015) har i sin artikkel skrevet at en studie har funnet at opptil 60% av inneliggende pasienter opplever uadekvat smertelindring. Opioidavhengige trenger betydelig høyere doser enn opioid-naive. Hva er det som gjør at opioidavhengige ikke blir tilstrekkelig smertelindret?

I denne bacheloroppgaven skal vi ta for oss hvordan sykepleier kan bidra til god smertelindring av opioidavhengige pasienter på en postoperativ avdeling. For å gjøre det skal vi drøfte punktene sosialisering, holdninger, kunnskaper, kartlegging og sykepleieperspektivet.

1.2 Problemstilling.

Hvordan kan sykepleier bidra til god smertelindring av opioidavhengige pasienter innlagt på postoperativ avdeling?

1.3 Definisjon av sentrale begreper.

I denne oppgaven bruker vi begrepene rusavhengige, rusmisbruker og opioidavhengig om personer som er avhengig av opioider og/eller får substitusjonsbehandling, begrepene blir derfor brukt om hverandre.

Sykepleie

“Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleieren hjelper en person, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig å finne en mening i disse erfaringene” (Kristoffersen, 2014, s. 216).

Smertelindring

Hovedmålet med smertebehandling er at pasienten skal ha det så godt som mulig, uten unødige lidelser. Pasienten bør klare å bevege seg og puste tilstrekkelig for å unngå eventuelle komplikasjoner. Berntzen, Danielsen & Almås (2010a) skriver videre at smerter kan i flere situasjoner lindres uten legemidler, mange ulike metoder brukes ofte og er godt dokumentert. Blant annet kognitiv atferdsterapi, avspenning, massasje, akupunktur og fysioterapi.

Ved medikamentell smertelindring er individualisering av behandlingen viktig. Dette er nærmere beskrevet i teorikapittelet. På grunn av oppgavens ordramme har vi ikke gått i detalj på hvordan postoperativ smertelindring foregår eller ulike komplikasjoner som kan oppstå ved bruk av opioider som smertelindring.

Opioidavhengighet

Helsedirektoratet (2010) skriver i Nasjonale retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet, at det ikke finnes en klar definisjon av rusmiddelavhengighet. Det er en samling av symptomer, et syndrom, der rusmiddelbruk påvirker en persons liv over en periode på en skadelig og uhensiktsmessig måte (Helsedirektoratet, 2010). Opioidavhengighet er en sammensatt lidelse, der den avhengige har et stort behov for oppfølging fra mange instanser (Håkonsen, 2014).

Pasienter

I følge Travelbee (1999) finnes det ingen *pasienter*, det finnes bare enkeltmennesker som trenger omsorg, tjenester og hjelp fra andre. ”Pasienten” skiller seg kun ut som menneske fordi han eller hun trenger hjelp til å løse helseproblemer.

Postoperativ avdeling

Det er på en postoperativ avdeling pasientene ligger de første timene etter en operasjon, her stilles det høye krav til sykepleierne, og det er ofte intensivsykepleiere som overvåker nyopererte pasienter (Berntzen et al., 2010b).

1.4 Oppbygging.

Videre i oppgaven følger en teoridel der vi ser på det sykepleieteoretiske perspektivet til Travelbee, og relevant teori som smertelindring, opioidavhengighet, pasienter og postoperativ avdeling. Under sykepleie har vi valgt å skrive noe teori om holdninger, da dette er sentralt i funn fra forskningsartiklene, og dermed relevant for drøftingsdelen. I metoddelen vil vi beskrive hvilken metode vi har brukt og hvor vi har innhentet relevant litteratur og forskning. I del fire av oppgaven presenterer vi forskningsartiklene vi har valgt å bruke. I del fem, drøftingsdelen, vil vi diskutere teori og forskning i lys av vår problemstilling. Oppgaven avsluttes med en konklusjon som svarer på vår problemstilling.

1.5 Bakgrunn for valg av tema.

Utilstrekkelig smertelindring av pasienter innlagt på sykehus er godt dokumentert. Vi har begge en interesse for rus og psykiatri, og ønsket derfor å skrive bachelor om noe innen dette

feltet. Fant etter hvert ut at vi ønsket å skrive om smertelindring av rusavhengige, deretter avgrenset vi temaet til smertelindring av opioidavhengige pasienter på postoperativ avdeling.

Vi fattet i tillegg interesse for akkurat smertelindring når vi kom over en pasienthistorie i en av praksisperiodene vi har hatt i løpet av studiet. Pasienten opplevde å ikke bli tilstrekkelig smertelindret fordi hun var rusavhengig. Pasienten sier selv at hun følte at det å bli stemplet som avhengig og manipulerende var det verste, når hun faktisk opplevde store smerter. Pasienten mente selv det var lite kunnskap, holdninger og erfaring hos sykepleierne som førte til at smertelindring ble stoppet. Historien innledningsvis i oppgaven, er pasienteksempelet fra denne praksisperioden.

1.6 Avgrensning.

Det finnes mange ulike typer rusmidler. Rusmidler er en gruppe stoffer som kan gi fysisk avhengighet som økt toleranse og avvenningsplager. Vi har på grunn av ordrammen i denne oppgaven valgt å avgrense oss til Opioidavhengige. Opioider er først og fremst brukt i medisinen som et smertestillende middel, og demper nervesystemets aktivitet. Heroin og morfin omsettes mest blant opioidavhengige (Fekjær, 2009).

Det finnes som nevnt mange ulike metoder og hjelpemiddel for å lindre smerte, vi har avgrenset det til kun medikamentell smertelindring. I tillegg har vi utelukket alkoholavhengighet fra forskningen vår da vi ikke anser dette som relevant for vår problemstilling. Det er kun én forskningsartikkel som vi har inkludert i oppgaven som så på både alkoholavhengighet og rusmisbruk i samme studie. Funnene vi har inkludert fra denne studien handler kun om rusmisbruk.

I tillegg har vi valgt postoperativ avdeling som en del av problemstillingen for å ha en arena hvor vi faktisk møter disse pasientene, dette er også relevant i forhold til pasientfortellingen vi har inkludert i oppgaven for å begrunne valg av tema. Men på grunn av oppgavens ordramme har vi ikke gått i dybden på hvordan en postoperativ avdeling fungerer eller hvordan pasientenes smertebehandling foregår der.

2.0 TEORI

I dette kapittelet presenterer vi teori for å belyse vår problemstilling. Vi skriver om smertelindring, opioidavhengighet, holdninger, pasientgruppen og postoperativ avdeling. Vi starter kapittelet med sykepleieteoretisk perspektiv og Travelbee sin definisjon av sykepleie.

2.1 Sykepleie.

Hva sykepleie er, er en omfattende definisjon. Sykepleie er et bredt fag som omfatter mange ulike funksjonsområder. I yrkesetiske retningslinjer (2011) står det at sykepleiens grunnlag skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. I tillegg skal sykepleie bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert. Sykepleieren har også et ansvar for å holde seg oppdatert om forskning innenfor eget fagområde og bidrar til at ny kunnskap brukes i praksis.

Kristoffersen, Nortvedt & Skaug (2014) skriver at kunnskapsbasert praksis betyr at fagutøvelsen av sykepleie er basert på forskning, klinisk erfaring og pasientens egen erfaring og ønsker.

I følge yrkesetiske retningslinjer (2011) har også sykepleier blant annet ansvar for å lindre lidelse og ivareta den enkeltes pasients behov for helhetlig omsorg.

2.1.1 Travelbee.

Joyce Travelbee levde fra 1926 til 1973. Hun utdannet seg som sykepleier i New Orleans i 1946, før hun senere tok en master i sykepleie ved Yale university. Da hun døde etter kort tids sykdom i 1973, var hun i gang med sin doktorgrad. Hun jobbet hovedsaklig som psykiatrisk sykepleier, og gav blant annet ut boken "*intervention in psychiatric nursing: proces in the one- to- one relationship*" (Travelbee, 1999). Kristoffersen (2014) skriver at hennes sykepleietenkning hovedsakelig retter seg mot de mellommenneskelige aspektene ved sykepleien.

Hennes menneskesyn går ut på at hun forholder seg til ethvert menneske som en unik person. Lidelse er en del av livet, men den enkeltes opplevelse av lidelsen er svært personlig og individuell (Kristoffersen, 2014).

I følge Travelbee er sykepleiens mål og hensikt å hjelpe personen til å mestre og finne mening i de erfaringene som gjerne følger med lidelse og sykdom. Sykepleiens mål og hensikt kan kun oppnås gjennom en etablering av menneske- til- menneske forhold, i følge Travelbee. Og et slikt forhold kan bare etableres ved at sykepleier og pasient overvinnet det stadiet hvor de ser på hverandre som roller, som bare pasient og sykepleier. De må virkelig se hverandre, og forholde seg til hverandre som unike personer (Kristoffersen, 2014).

Videre skriver Kristoffersen (2014) at Travelbee mener at kommunikasjon er et av sykepleierens viktigste redskaper når det kommer til å etablere et virkelig menneske- til- menneske forhold til pasienten. Gjennom kommunikasjon blir sykepleieren kjent med pasienten som person. Å bli kjent med pasienten som person, og å kunne identifisere hans særegne behov, er en forutsetning for å planlegge og utføre sykepleie som samsvarer med pasientens behov, i følge Travelbee (Kristoffersen, 2014).

Eide og Eide (2011) skriver også om Travelbee og hennes syn på kommunikasjon i sykepleiesituasjoner. Kommunikasjon er et middel til å bli kjent med pasienten, forstå og møte pasientens behov, og hjelpe pasienten til å mestre sykdom, lidelse og ensomhet (Eide & Eide, 2011). Videre skriver Eide og Eide (2011) at relasjonen kan være avgjørende for behandlingsresultatet, evnen til å lytte, forstå den andre og til å skape en god relasjon og tillitt er ofte avgjørende for å motivere til endring og utvikling.

Vi mener Travelbee sin teori om menneske- til menneske forholdet er relevant for oppgaven fordi slik som funn fra flere av artiklene i oppgaven sier, er individualisering av behandlingen, gjensidig tillit og respekt og kommunikasjon avgjørende for optimal behandling av pasientgruppen. Dette kommer vi tilbake til i drøftingsdelen.

2.1.2 Holdninger

Håkonsen (2014) skriver at etter hvert som man vokser opp utvikler man holdninger, meninger og verdier. Grunnlaget til holdningene er våre verdier. Og en holdning innebærer at man tar et standpunkt. Det kan være vurderende eller dømmende i både positiv og negativ retning. Håkonsen (2014) skriver at holdninger er noe som er med oss over tid, de er ofte varige og kan ikke forandres på en enkel måte. Videre skriver Håkonsen (2014) at holdninger kan deles inn i tre deler: den tankemessige, den følelsesmessige og den atferdsmessige.

Den tankemessige delen i holdninger er synspunkter og tanker vi får via det vi hører, ser og oppfatter. Erfaringer og opplevelser danner meninger og kunnskap til ulike emner (Håkonsen, 2014). Den følelsesmessige delen av holdninger er den hvor positive eller negative følelser utløses. Positive følelser kan være at vi liker noe, respekt eller sympati. Ved frykt eller ubehag kommer ofte de negative følelsene frem (Håkonsen, 2014). Den atferdsmessige delen av holdninger handler om hvordan vi reagerer og handler i ulike situasjoner. Holdninger kommer tydeligst frem gjennom hva vi faktisk gjør.

Håkonsen (2014) skriver at hvis atferden kan påvirke holdningene til en person, kan disse forutse hvordan denne personen vil oppføre seg. Men siden holdninger styres av både tanker, følelser og atferd vil det ikke alltid være sammenheng mellom disse. De blir sjeldent bestemt av en enkelt årsak og man kan derfor ikke se en persons holdning ut fra en enkeltsituasjon. Videre skriver Håkonsen (2014) at situasjonsbetingede faktorer påvirker atferden, den situasjonen man befinner seg i, påvirker ofte atferden vår. Situasjonen vi befinner oss i kan gjøre at oppførsel og holdninger vi i utgangspunktet har, ikke samsvarer.

2.2 Smertelindring.

Knutstad (2011) skriver at innenfor sykepleie fokuseres det ofte på den subjektive opplevelsen av smerte. ”Smerte er det som den personen som opplever den, sier at det er, og den eksisterer når den personen som opplever den, sier at den gjør det” (Knutstad, 2011, s. 138).

Smerter er den vanligste årsaken til at mennesker tar kontakt med helsevesenet, opptil 50% av voksne som oppsøker lege har smerter. De siste 20 til 30 årene har også smertebehandlingen blitt mye bedre, i dag har man mer kunnskap om smerter og smertelindring. Men Berntzen et al., (2010a) skriver videre at til tross for at sykepleiere ofte har kunnskap om smerter og smertelindring, fungerer ikke alltid smertelindringen tilfredsstillende nok for pasienten. Sykepleiere har gjerne valget mellom å ha tillit til, eller å tvile på pasientens opplevelse av smerter, og sykepleier må ofte akseptere at det er pasienten selv som er autoriteten i slike situasjoner. Ofte kan det være verre for pasienten å ikke bli trodd enn selve smerten (Berntzen et al., 2010a).

Videre skriver Berntzen et al., (2010a) at hovedmålet med smertelindring er at pasienten skal ha det så godt det lar seg gjøre, uten unødige lidelser. Gjensidig tillit mellom både pasient og helsepersonell er viktig for god smertelindring, opplever pasienten trygghet, tillit og respekt, vil det forsterke effekten av smertelindringen som gis (Berntzen et al., 2010a).

For å kartlegge smerten til pasienten er både pasientens egen beskrivelse av smerten og sykepleierens vurdering av for eksempel aktivitetsnivå viktig. Smertekartleggingen består også ofte av hjelpemidler som vurderingsskjemaer eller skalaer (Berntzen et al., 2010a).

Smertevurderingsskalaer/skjemaer deles inn i endimensjonale og flerdimensjonale, ved hjelp av disse skalaene kan pasienten selv gi en pålitelig vurdering av smerten. Videre skriver Berntzen et al., (2010a) om både ikke-medikamentell smertelindring og medikamentell behandling av smerter. Ved medikamentell smertelindring er individualisering av smertebehandlingen svært viktig, både valg av legemiddel, administrasjonsform, dosering og doseringsintervaller må individualiseres. Akutte smerter med liten eller moderat intensitet behandles med ikke-opioide analgetika som NSAID preparater og paracetamol. Smerter med sterkere intensitet behandles både med svake opioider eller med sterke opioider som morfin, metadon, fentanyl og lignende (Berntzen et al., 2010).

2.2.1 Smertelindring av rusavhengige

Legeforeningen (2012) skriver at pasienter med rusmiddelproblemer har lik rett til god behandling som alle andre pasienter, men det er flere områder som bør tas hensyn til: mange misbrukere har økt smertesensitivitet, bruk av ulike rusmidler gir svært ulike behandlingsproblemer, og derfor må en alltid kartlegge bruks- og avhengighetstype. Psykiske lidelser samtidig kan også dominere behandlingen og mange har en overdrevet tro på at kun opioider fungerer. God informasjon og høye doser ikke-opioide analgetika kan også gi god effekt (Legeforeningen, 2012).

Under sykehusinnleggelse blir ofte rusmiddelavhengige underbehandlet for smerte, og opioidavhengige trenger betydelig høyere doser enn opioid-naive (legeforeningen, 2012). Videre skriver legeforeningen (2012) at dersom pasienten får legemiddelassistert rehabilitering (LAR) med metadon, skal dosen de i utgangspunktet får, fortsettes.

Skoglund & Biong (2012) skriver at mange sykehus har utarbeidet egne retningslinjer for smertebehandling av pasienter som er opioidavhengige. Et hovedprinsipp for smertelindring av opioidmisbrukere er at de trenger å få sitt basale opioiddose-behov dekket, men utgangspunktet for dose behovet er som oftest ukjent. God smertelindring bør alltid gå foran frykt for overmedisinering (Skoglund & Biong, 2012).

Li, Undall, Andenæs & Nåden (2012) skriver også at utilfredsstillende smertelindring til pasienter i sykehus er godt dokumentert, og at dette forsterkes hvis pasienten har eller har hatt et rusmisbruk.

2.3 Opioidavhengighet.

Verdens helseorganisasjon definerer avhengighet som et fenomen sammensatt av tankemessige, atferdsmessige og fysiologiske forhold der bruk av rusmidler prioriteres høyere enn ting som før hadde en høy verdi (Håkonsen, 2014).

Skoglund & Biong (2012) skriver at pasienter med opioidavhengighet har lik rett til helsehjelp og smertelindring som alle andre pasienter. Ulike personer har ulik smerteterskel, og det må tas hensyn til. Rus og eller abstinenser kan skjule sykdom, og pasientens smerter skal derfor alltid tas alvorlig (Skoglund & Biong, 2012).

Nesvåg (2012) skriver at vi nå er inne i en tid med omfattende nytenking om vår forståelse av hva avhengighet er og hvordan den utvikles. Tidligere tok man kun utgangspunkt i det sosiale og psykologiske aspektet ved avhengighet, men nå ser man at det biologiske og medisinske perspektivet har fått en sterkere posisjon i forståelsen av hva avhengighet er (Nesvåg, 2012). Håkonsen (2014) skriver at rusmiddelbruk er et problem når bruken går utover arbeid, familie og samfunnet.

Rusmidler har den fysiologiske virkningen som skaper en rusopplevelse, den rusavhengige søker den velvære og mestringsfølelsen rusen gir, og man vil oppleve et sug etter å ruse seg for å oppnå positive gevinster (Håkonsen, 2014).

Nesvåg (2012) skriver videre at det mest sannsynlig fremdeles eksisterer et syn på rusmisbrukere, både blant fagfolk og folk ellers, at de ikke er syke. Likevel har man innenfor helsevesenet tatt steget inn i sykdomsforståelsen av rusmiddelmissbruk, slik at også disse pasientene har like pasientrettigheter som andre pasientgrupper.

Håkonsen (2014) skriver at opioider både kan være kunstig fremstilte stoffer som heroin, og stoffer som er fremstilt av opiumsplanten - opium, morfin og kodein. Opioider har vært brukt som rusmidler og i medisinen i en lang periode, og er kjent som et smertestillende middel, men også rusvirkningen og den sterke avhengigheten stoffet skaper, har lenge vært kjent (Håkonsen, 2014). Fekjær (2009) skriver at ved bruk av opioider kan man få virkninger som nedsatt konsentrasjonsevne, nedsatt aktivitet og reaksjonsevne.

2.4 Pasienter.

I følge Travelbee (1999) finnes det ingen pasienter, det finnes bare enkeltmennesker som trenger omsorg, tjenester og hjelp fra andre. "Pasienten" skiller seg kun ut som menneske fordi han eller hun trenger hjelp til å løse helseproblemer. Som tidligere nevnt er en rusavhengig pasient en pasient som har like rettigheter som en rusfri pasient på sykehus i Norge.

Fekjær (2009) skriver at ulike undersøkelser viser at mange rusavhengige har hatt store problemer før de begynte å ruse seg. De er skolens tapere, mobbeofre eller barnepsykiatriens gjenganger. Videre skriver Fekjær (2009) at mange rusavhengige har vært arrestert for kriminalitet før de ble rusavhengige. Risikoen for å få problemer med rus kan påvirkes av forholdene i barndom og oppvekst (Fekjær, 2009). Men Håkonsen (2014) skriver at i rusmiljøet finnes det alle type mennesker, med både ulik bakgrunn og sosioøkonomisk situasjon. Mange bruker rusen til å redusere følelsesmessige smerter og som en måte å rømme fra virkeligheten (Håkonsen, 2014).

Det kan være mange ulike grunner til at en rusavhengig legges inn på sykehus. Men det er ofte overdoser, akutte skader som kommer av vold eller ulykker, hjerte- og karsykdommer, lungesykdommer, smertetilstander og infeksjoner som hepatitt B og C, som er vanlig å se hos

rusavhengige som blir lagt inn på sykehus. Det å leve med rusavhengighet øker sykkeligheten og dødeligheten (Skoglund & Biong, 2012).

Skoglund & Biong (2012) skriver videre at rusavhengige ofte har psykososiale problemer som sykepleiere også må ta hensyn til under et opphold på sykehus. Fekjær (2009) skriver at denne pasientgruppen i en abstinensfase kan være preget av sterk uro, angst og søvnvansker.

2.5 Postoperativ avdeling.

Etter en operasjon ligger pasientene på en postoperativ avdeling, ved en slik avdeling er det oftest sykepleiere med spesialkompetanse som overvåker og ivaretar de nyopererte pasientene. Sykepleier må observere en rekke ting, blant annet vitale tegn, bevissthet og tilstrekkelig smertelindring. Hvor lenge pasientene ligger her, avhenger av inngrepet og tilstanden til pasienten. På en slik avdeling er det ofte stor utskifting av pasientene, da de så snart er stabile nok til det, blir overflyttet til sengepost (Berntzen et al., 2010b). På en slik avdeling er derfor tidsrommet sykepleier er i kontakt med pasienten, begrenset.

På en slik avdeling stilles det også ganske store krav til kompetansen til sykepleierne, å være ny på en arbeidsplass, for eksempel på en postoperativ avdeling, innebærer et møte med ukjente rutiner, mennesker og arbeidssituasjon. Ved en slik situasjon leter man gjerne etter holdepunkter for hva vi skal gjøre eller hva som forventes av oss, etter hvert vil man oppdage rutiner, normer og regler som gjelder på det aktuelle stedet, slik at man kan arbeide sammen, og fungere sammen på arbeidsplassen. Sosiale forventninger til disse normene og reglene er ofte en påvirkende faktor til atferden vår (Håkonsen, 2014).

Håkonsen (2014) skriver videre at desto sterkere det sosiale presset er for at vi skal handle på en bestemt måte, desto mindre vil egne holdninger påvirke atferden. Er det et sosialt press på hvordan man skal handle på en bestemt måte, er det også vanskelig å holde på sine egne holdninger (Håkonsen, 2014). Slik at eksisterende holdninger og kunnskaper på en avdeling ofte kan overskygge egne holdninger og atferdsmønster.

3.0 METODE

I dette kapittelet vil vi presentere hva metode er, hvilken litteratur vi har valgt å bruke, søkeprosessen presenteres, kildekritikk og etiske aspekter en må ta hensyn til. Vi har inkludert 3 kvantitative artikler, en oversiktsartikkel og en kvalitativ artikkel. Artikkel nummer 3 er oversiktsartikkelen som er en fagfellevurdert artikkel som ser på nåværende litteratur om akutt smertelindring av rusavhengige, myter om opioider og rusavhengige, og misoppfatninger blant sykepleiere når det gjelder smertelindring av denne pasientgruppen.

3.1 Hva er metode.

“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” (Aubert, 1985, sitat hentet fra Dalland, 2013, s. 111).

En metode er altså hvordan vi velger å tilegne oss kunnskap om et valgt tema. Dalland (2013) skriver at metoden hjelper oss med å samle inn data. En skiller mellom kvantitativ og kvalitativ metode, hvor den kvantitative metoden gir oss data i form av målbare enheter, tall og statistikk. Thidemann (2015) skriver at kvantitativ metode gjerne er hensiktsmessig når man vil ha svar på spørsmål som hvor mye? Hvor ofte? Også videre. Videre skriver Dalland (2013) at den kvalitative metoden gir oss data om opplevelser og meninger som ikke kan tallfestes, for eksempel informasjon om hvordan pasienten selv opplever å være syk. Datasamlingen ved kvalitativ metode foregår gjerne gjennom intervju eller observasjoner (Dalland, 2013).

Oversiktsartikler er artikler som sammenfatter mye forskning omkring et tema, som allerede er publisert i vitenskapelige tidsskrifter (Dalland, 2013). Styrken ved en slik artikkel er at den bygger på mye forskning, men en svakhet er at den ikke er en forskning i seg selv.

3.2 Litteraturstudie som metode.

I retningslinjene for denne oppgaven kommer det frem at vi skal gjennomføre en litteraturstudie. Thidemann (2015) skriver at: “en litteraturstudie er en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder” (Thidemann, 2015, s. 79). Noe som vil si at man samler inn litteratur, går kritisk igjennom den litteraturen, og til slutt sammenfatter det. Denne oppgaven er altså en litteraturstudie som baserer seg på andres faglitteratur og forskning. Vi

har i all hovedsak benyttet oss av pensumlitteratur, samt noe egenvalgt litteratur om temaet, som vi har funnet på ulike biblioteker. I tillegg har vi benyttet oss av ulike databaser for å finne relevante fagartikler og forskningsartikler.

3.3 Søkeprosessen.

Søkeprosessen vår startet med utforming av en problemstilling rundt temaet og formulering av ulike begreper som var relevante for oppgaven. Vi har ikke benyttet oss av PICO skjema for å dele opp problemstillingen, da vi fant ut at det fungerte å dele opp problemstillingen på egenhånd. Søkeord vi kom frem til ut i fra problemstillingen var blant annet rusmisbruker, opioidavhengig, smertelindring og lignende. For å gjøre om disse norske begrepene til Mesh termer, benyttet vi oss av helsebiblioteket og Svemed+, som oversetter disse ordene fra norsk, til engelske begreper som finnes i ulike databaser. Thidemann (2015) skriver at ved å bruke MeSH termer, eller standardiserte emneordsystemer får man bedre kontroll over søket sitt.

Som nevnt tidligere har vi i hovedsak benyttet oss av pensumlitteratur, samt annen relevant litteratur som vi selv har funnet på ulike biblioteker. Vi har også innhentet kunnskap og teori om temaet gjennom ulike nettsider som legeföreningen, helsedirektoratet og lignende.

Thidemann (2015) skriver om ulike databaser som er relevante ved litteratursøk for helsefag. Cinahl er for eksempel en database som dekker sykepleie, fysioterapi, ergoterapi og ernæring. Medline er den mest brukte databasen for helsepersonell, og inneholder forskningsartikler som hovedsakelig dreier seg om medisin, sykepleie og odontologi. Mens Svemed+ er en skandinavisk database med fag- og forskningsartikler i nordiske helsefaglige tidsskrifter (Thidemann, 2015).

For å finne fag og forskningsartiklene vi har inkludert i denne oppgaven har vi gjennomført søk i databasene Svemed+, Cinahl og Medline. Søkeordene vi benyttet oss av var “opioid”, “drug users”, “pain”, “attitude”, “nursing”, “analgesics”, “substance use disorders”, “nurses”, “substance- related disorders”, og “substance”. I ulike kombinasjoner ut i fra hvilken database søket ble utført i. I noen databaser fungerte ikke kombinasjonen av søkeord like godt som i andre databaser. Søkeordene som vi har brukt ble også til litt underveis, da noen databaser foreslo andre søkeord enn tidligere funnet. Se vedlegg (1) om søkeprosessen for hvilke

søkeord som ble benyttet til hver artikkel. Ut i fra disse søkene har vi inkludert 5 artikler i vår oppgave.

3.4 Eksklusjons- og inklusjonskriterier.

Vi gjennomførte også søk i flere databaser enn de som er nevnt over, men uten resultat. Etter vårt inntrykk er det mest fagartikler om temaet, og en del forskningsartikler omkring uadekvat smertelindring generelt. Vi har likevel valgt å kun inkludere fag og forskningsartikler som omhandler gruppen opioidavhengige og rusmisbrukere. Vi har med både kvalitative og kvantitative forskningsartikler i oppgaven. Våre eksklusjonskriterier og inklusjonskriterier for valg av både fag og forskningsartikler var at de ikke skulle være eldre enn 10 år, sykepleierelevante og publisert i anerkjente tidsskrift. I tillegg skulle forskningsartiklene ha en IMRaD struktur. Thidemann (2015) skriver at ved å definere inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier tydeliggjør man litteratursøket og avgrenser mengden litteratur (Thidemann, 2015).

3.5 Ethiske overveielser.

Empiriske studier med undersøkelser i praksisfelt, intervju, observasjon og lignende av pasienter stiller strenge etiske retningslinjer for gjennomføring (Thidemann, 2015). Men denne oppgaven er som nevnt en litteraturstudie, den baserer seg på andres faglitteratur og forskning. Slik at etiske problemstillinger rundt intervju og observasjon ikke er relevant, men under både innledning og begrunnelse for valg av tema, har vi tatt med en pasientfortelling fra praksis. Informasjonen i denne fortellingen er anonymisert, slik at både pasient, sted og situasjon ikke kan gjenkjennes.

3.6 Kildekritikk.

Dalland (2013) skriver at det er to sider ved kildekritikk, hvor den første siden handler om hjelp til å finne frem til litteratur som best mulig kan belyse vår problemstilling, kildesøking. Den andre siden handler om å gjøre rede for den litteraturen vi har anvendt i oppgaven vår (Dalland, 2013).

Helt i starten av denne prosessen med å skrive bacheloroppgave begynte vi med å undersøke hvilke bøker som fantes på biblioteket tilknyttet høgskolen, deretter reiste vi til flere ulike biblioteker for å se etter bøker som omhandler vårt tema. Vi fant noen relevante bøker utenom

pensum, men bøkene vi allerede har på pensum, anser vi som gode for å belyse vår problemstilling. Derfor har vi i hovedsak benyttet oss av pensumlitteratur. Det fantes også mye eldre litteratur omkring temaet på de ulike bibliotekene, men for å ha mest mulig oppdatert og relevant litteratur valgte vi å ikke ha med bøker som er eldre enn 10 år som kilder til oppgaven. Dette gjelder også som nevnt fag og forskningsartiklene vi har inkludert i oppgaven.

Videre valgte vi å ekskludere de artiklene som handlet om smertelindring generelt, for å finne forskning som var mest mulig relevant for vårt tema. I tillegg var det noe utfordrende å søke etter forskning da begrepene rusmisbruker og opioidavhengige var formulert på flere forskjellige måter og varierte fra database til database. Derfor har vi benyttet oss av flere forskjellige begreper for å finne forskning.

Det er grunn til å være noe kritisk til litteraturstudium som metode, da det i noen tilfeller er forfatterens egen tolkning av primærkilden som er sammenfattet. Vi har i denne oppgaven benyttet oss både av primærkilder og sekundærkilder.

Vi må også være kritiske til egen kunnskap og kompetanse omkring temaet, da dette er noe vi har hatt lite undervisning om. I tillegg har vi på best mulig måte forsøkt å oversette forskningsartiklene, og føler selv at vi har forstått disse, men noe misforståelser kan selvfølgelig forekomme.

4.0 FUNN

I dette kapittelet presenteres fag og forskningsartiklene vi har inkludert i oppgaven.

Artikkel 1

“Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus”

Li, R., Andenæs, R., Undall, E., Nåden, D. (2012).

Hensikt: Kartlegge helsepersonells handlinger, kunnskaper og holdninger til opioidavhengige med smerte innlagt i norske sykehus.

Metode: Kvantitativ studie med et spørreskjema. Av 435 utsendte spørreskjema ble 312 besvart (72 prosent). Utvalget bestod av sykepleiere og leger ved kirurgisk, medisinsk, intensiv- og anesthesiavdelinger ved fire sykehus.

Resultater: Et mindretall oppga at de kartla pasientenes rusmisbruk, i tillegg ble egenvurdert kunnskapsnivå vurdert til under tre (med fem som høyeste verdi). Et mindretall av både sykepleierne og legene trodde på pasientens smerteformidling. Videre var godt over halvparten av både legene og sykepleierne enige i påstanden om at opioidavhengighet er en sykdom. Mangelfulle kunnskaper om hvordan opioidavhengighet påvirker smertebehandling har vist seg å være en vesentlig årsak til utilstrekkelig smertelindring.

Diskusjon: I studien kommer det frem at et mindretall kartlegger pasientenes rusmisbruk svært ofte eller ganske ofte. Leger kartlegger oftere enn sykepleierne, kanskje anser ikke sykepleierne kartleggingen som sitt ansvar, eller så mangler det kunnskap hos sykepleierne om hvordan opioidavhengighet påvirker smerteopplevelsen, slik at de ikke ser kartleggingen som relevant. Sjelden bruk av kartleggingsverktøy kan henge sammen med manglende rutiner, men også knyttes til stigmatiserende, moralistiske og negative holdninger. Kartlegging er en viktig del for å oppnå adekvat smertelindring. Det finnes fremdeles holdninger om at avhengighet er selvforskyldt. Legeforeningen mener det er nødvendig med en holdningsendring for at rusavhengige skal få nødvendig behandling. Gjensidig tillitsforhold gjennom aktiv kommunikasjon er helt sentralt ved smertelindring til denne pasientgruppen.

Konklusjon: Helsepersonells holdninger setter pasientenes troverdighet i tvil, derfor behov for videre studier for å undersøke om opioidavhengige pasienter faktisk får adekvat smertebehandling når de er innlagt i sykehus. Resultatene i studien indikerer også at det kan være behov for holdningsendrende tiltak, undervisning og klinisk integrert læring.

Styrker/svakheter: En styrke ved studien er den høye svarprosenten, som kan tolkes som at deltakerne fant temaet relevant. I forhold til vår oppgave er det også en styrke at studien er utført i Norge, noe som gjør den mer relevant for oss og vår problemstilling.

Artikkel 2

“Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study”

Krokmyrdal, K. A., & Andenæs, R. (2015).

Hensikt: Evaluere sykepleieres selvoppfattet kunnskap og kompetanse om smerte, deres kompetanse til å smertelindre opioidavhengige og hvilke kilder de henter kunnskap fra.

Metode: Kvantitativ metode. Artikkelen presenterer funn fra en tverrsnittundersøkelse, et selvutviklet spørreskjema ble delt ut til medisinske og ortopediske avdelinger ved to sykehus i Norge. Inklusjonskriteriene for deltakerne i studien var at de jevnlig jobbet med opioidavhengige pasienter. 181 spørreskjema ble sendt ut, 98 besvart og returnert, svarprosent på 54%.

Resultater: 88% svarte at de ikke har tilstrekkelige kunnskaper om smertelindring. Over halvparten mente at opioidavhengige overdriver smerteintensiteten for å få mer smertestillende. Videre svarte nesten 64% av sykepleierne at erfaring fra arbeidsstedet og kollegaer var hovedkilden til deres kunnskap. Utdanning, kurs og forskning var sjelden brukt for å styrke kunnskapsnivået. Arbeidsteds erfaring hadde sterkest innflytelse på kunnskap. Funn viser at sykepleierne legger for mye vekt på kollegaenes kompetanse på grunn av sosiale relasjoner. I tillegg viser andre studier at sykepleieutdanningen ikke tilbyr tilstrekkelig undervisning omkring både smertelindring og pasientgruppen rusavhengige.

Diskusjon: Funn fra denne studien indikerer at sykepleierne føler at de ikke har tilstrekkelig kunnskap til å ta vare på opioidavhengige pasienter. Studien fant også at det finnes en del

negative holdninger blant sykepleierne til denne gruppen pasienter, mange av sykepleierne svarte at de mener pasientene overdriver smertens intensitet og at de er uærlige når de svarer på spørsmål om effekten av smertelindringen de får. Flere av sykepleierne svarte også at de tror smertelindring med opioider til denne gruppen pasienter, bidrar til å forverre deres avhengighet. Mangel på kunnskap omkring disse pasientene er en barriere i smertelindringen, og grunn til at mange holder igjen opioider. Denne studien viser også at erfaring fra arbeidsstedet hadde størst innvirkning på kompetansen til sykepleierne, andre studier indikerer også at ansatte gjerne er lojale mot holdninger som eksisterer til de ansatte på avdelingen.

Konklusjon: Det er mangler i kunnskapen til sykepleierne omkring smertelindring til opioidavhengige. Flertallet av sykepleierne innrømmer at de ikke har tilstrekkelig kompetanse. Forskning, internett, tidsskrift og bøker var sjelden kilde for innhenting av kunnskap. Studien indikerer derfor at sykepleiernes kompetanse er mer erfaringsbasert enn kunnskapsbasert. Sykepleierne i denne studien har ikke tilstrekkelig kunnskap, og konsekvensene av dette kan være at disse pasientene ikke blir tilstrekkelig smertelindret.

Styrker/svakheter: Spørreskjemaet brukt til å samle inn data er ikke testet på forhånd, deltakerne i studien representerer kun en liten del av Norge, i tillegg var det få deltakere i studien. Likevel er funnene i studien viktig informasjon om smertelindring til opioidavhengige.

Artikkel 3

“Acute pain management for inpatients with opioid use disorder”

Paschkis, Z. & Potter, M., L. (2015).

Metode: Oversiktsartikkel som er fagfellevurdert. Artikkelen ser på nåværende litteratur om akutt smertelindring av rusavhengige, myter om opioider og rusavhengige, og misoppfatninger blant sykepleiere når det gjelder smertelindring av rusavhengige. Basert på relevant litteratur gjennom ovid, medline og cinahl.

Resultater: Det skjer ofte at pasientgruppen ikke får nok smertelindring på grunn av misforståelser og holdninger mot opioidavhengige. Pasientgruppen blir ofte oppfattet som

russøkende hvis de ber om mer smertestillende. Videre fant noen studier at opptil 60% av inneliggende pasienter opplever uadekvat smertelindring. Forklaringer på dette er gjerne, uregelmessig smertebehandling/kartlegging, utilstrekkelig kunnskap, for lite tid og bekymringer omkring bivirkningene av opioider. Kartlegging av rusmisbruk og type rusmiddel er viktig, slik at man først kan dekke deres vanlige ”behov”. Avhengighet er en sykdom, men mange, både samfunnet og helsepersonell ser fortsatt på rusavhengighet som et sosialt problem.

Diskusjon: Ingen forskning har funnet sammenheng mellom opioider som smertelindring til opioidavhengige og forverring av avhengigheten. Men det er bevis på at å holde igjen på opioider forverrer avhengigheten, fordi ubehandlet og ulindret smerte øker stress og lyst etter rusmidler. Sykepleierne er helt vesentlige ved smertelindring av disse pasientene fordi de gjerne er de første som oppdager smerten, god og rask smertelindring avhenger av sykepleierens evne til å oppdage smerten, respondere og gå god for pasienten. Mye litteratur foreslår også mer kunnskap og kursing av sykepleiere, fordi holdningene ofte kommer av for lite kunnskap og misforståelser omkring smertelindring og rusmisbruk.

Styrker og svakheter: Styrken med denne oversiktsartikkelen er at den sammenfatter mye relevant forskning om det samme temaet, men en svakhet er at det ikke er en forskning i seg selv. Vi mener at funn fra denne artikkelen er relevant for vår problemstilling.

Artikkel 4

“A descriptive study on emergency department doctors and nurses knowledge and attitudes concerning substance use and substance users”.

Kelleher, S. & Cotter, P. (2009).

Hensikt: Hensikten til denne studien var å kartlegge leger og sykepleieres kunnskaper og holdninger til alkohol- og rusavhengige pasienter på tre forskjellige akuttmottak.

Metode: Kvantitativ med spørreundersøkelse om holdninger og kunnskap, besvart av leger og sykepleiere på tre forskjellige akuttmottak i Irland. Det var 145 leger og sykepleiere som ble invitert til å svare, 66 stykker svarte, som gir en svarprosent på 46.

Resultat: Resultatene tyder på at deltakernes nåværende kunnskap om alkohol og narkotika misbruk generelt sett var tilfredsstillende. Til tross for at deltakerne i spørreundersøkelsen ikke hadde fått opplæring om rusmiddelbruk eller rusavhengighet. Men, spesifikk kunnskap om ulike rusmidler som benzodiazepiner, amfetamin og metadon var ikke like tilfredsstillende. Funn fra spørsmål omkring holdningene til helsepersonellet som jobbet på akuttmottakene, indikerer at holdningene er optimale når det kommer til både alkohol- og rusavhengige.

Diskusjon: Flesteparten av deltakerne i undersøkelsen hadde ikke fått undervisning eller opplæring når det gjelder behandling av personer med alkohol eller annen rusavhengighet, likevel viste det seg at kunnskapen generelt sett var tilfredsstillende. Men ved spesifikke rusmidler og behandling av rusmisbrukere var det mangler i kunnskapsnivået til helsepersonellet. Undersøkelsen har også funnet mangler ved helseutdanninger når det gjelder rusmidler og rusavhengige.

Konklusjon: Til tross for positive holdninger til pasientgruppen, er mangler i spesifikk kunnskap om rusmidler og behandling av rusmisbrukere, en barriere for optimal behandling av disse pasientene.

Styrker og svakheter: Funnene har noen begrensinger, for det første ble studien utført i en liten del av Irland, antallet deltakere er relativt lite og undersøkelsen ble beskrevet av deltakerne som tidkrevende og lang, dette kan ha påvirket svarene og resultatene.

Artikkel 5

”Nurses experiences of patients with substance use disorder in pain: A phenomenological study”.

Morley, G., Briggs, E. & Chumbley, G. (2015)

Hensikt: Bakgrunnen for denne artikkelen var å få en dypere forståelse av erfaringen til sykepleierne, og barrierene mellom sykepleier og rusavhengige pasienter i smerte.

Metode: Kvalitativ studie hvor datainnsamlingen ble gjort via intervju på 40 til 80 minutter. Deltakerne fikk beskjed om å beskrive en situasjon med en rusavhengig de hadde erfart.

Etisk godkjenning ble innhentet fra King`s College London Psychiatry, nursing and Midwifery Research Ethics Committee. Tidligere sykepleierstudenter ved Kings College London ble invitert til å delta via mail. Inklusjonskriteriene i studien åpnet for at sykepleiere med varierende erfaring kunne delta i studien. Dette for å styrke resultatene av studien.

Resultat: Mange av deltakerne mener rusavhengige pasienter er vanskelige og at de er en pasientgruppe som leder til vanskelige situasjoner. En deltaker i studien mente pasienter med rusavhengighet var aggressive, manipulerende, ikke til å stole på og vanskelige å smertelindre. På en annen side sa de fleste deltakerne også at hver rusavhengige pasient i smerte opptrer ulikt og må behandles individuelt.

Diskusjon: Mange av deltakerne i undersøkelsen trakk også frem at ikke alle rusavhengige er like, og derfor skal også de få en individuell behandling. Dette er et positivt skritt i riktig retning når det gjelder holdninger ovenfor denne pasientgruppen. Personlige holdninger til sykepleierne spilte en stor rolle i omsorgen for rusavhengige. Ved smertelindring av rusavhengige sliter leger og sykepleiere med å vite om pasienten er ærlig med sin vurdering av smerten og om pasienten manipulerer for å få større doser smertestillende. Bedre samarbeid mellom leger og sykepleiere kan være med på å løse slike situasjoner bedre.

Konklusjon: Pasientgruppen rusavhengige har stor risiko for å ikke oppnå tilstrekkelig smertelindring. Studien viser at rusavhengige pasienter ofte blir beskrevet som vanskelige, og at de er en kompleks gruppe pasienter å behandle. Resultatene av denne studien belyser potensielle barrierer mellom sykepleierne og rusavhengige i smerte. Mer klinisk erfaring, forskning og undervisning omkring temaet er nødvendig for å forstå hvor kompleks smertelindring av denne pasientgruppen er.

Styrker og svakheter: Undersøkelsen hadde få deltakere og ble utført i et lite geografisk område i Storbritannia, som kan ha påvirket resultatet. En annen svakhet til undersøkelsen er at den er bygget på deltakernes fortelling, og ikke observasjon. Styrkene til undersøkelsen er at deltakerne hadde ulik erfaring når det gjaldt rusavhengige, ulike holdninger og meninger.

5.0 DRØFTING

Hvordan kan sykepleier bidra til god smertelindring av opioidavhengige pasienter innlagt på postoperativ avdeling?

Under drøftingsdelen kommer vi først til å presentere hva som er likheter og ulikheter mellom de ulike fag og forskningsartiklene. Videre vil vi drøfte sosialisering, holdninger, kunnskaper og kartlegging. Til slutt har vi et avsnitt som drøfter sykepleieperspektivet.

5.1 Forskning.

Forskningsartiklene som vi har valgt å presentere i oppgaven sier mye om at den rusavhengige ikke føler seg tilstrekkelig smertelindret. Mye av det som går igjen i artiklene er manglende kunnskaper omkring smertelindring og negative holdninger hos sykepleierne. Det kommer frem at mange sykepleiere oppfatter at ved å gi opioider som smertestillende forsterker dette avhengigheten.

Det var kun en av artiklene vi har inkludert i oppgaven som skiller seg litt ut fra de andre. Studien til Kelleher & Cotter (2009) fra tre akuttmottak i Irland, fant at kunnskapsnivået til sykepleierne omkring pasientgruppen alkohol- og rusmisbrukere, generelt sett var tilfredsstillende. Men når det kom til spesifikk kunnskap omkring ulike rusmidler og behandling, fant de mangler også her i kunnskapsnivået. En årsak til at kunnskapsnivået var høyere blant helsepersonellet i denne studien sammenlignet med de andre studiene kan være, at de ansatte i denne studien oftere var i kontakt med pasientgruppen.

Flere av artiklene trakk også frem sykepleierne som en av de viktigste momentene ved smertelindring av pasientgruppen. Sykepleierne er gjerne de første som oppdager smerten til pasienten, og er de som formidler dette videre slik at pasienten får nødvendig behandling. Et gjensidig tillitsforhold mellom sykepleier og pasient er viktig.

Det som overrasker oss mest både fra teori om smertelindring, og forskningen er at det er så mange som opplever uadekvat smertelindring. Som nevnt fant Paschkis & Potter (2015) at opptil 60% av pasienter som var innlagt på sykehus, opplever uadekvat smertelindring. I tillegg var det overraskende at kunnskapsnivået hos sykepleierne ofte er for lavt til å kunne behandle pasientgruppen opioidavhengige, optimalt. Samtidig kan vi til en viss grad forstå

dette da undervisning og teori ved sykepleierutdanning om denne pasientgruppen og smertelindring med opioider, er minimal. Studien til Kelleher & Cotter (2009) bekrefter også dette, de fant mangler i undervisningen på flere helseutdanninger omkring temaet rusmidler og rusavhengige.

På bakgrunn av disse funnene fra artiklene har vi som nevnt videre valgt å drøfte mer omkring sosialisering, holdninger, kunnskap og kartlegging.

5.2 Sosialisering.

Som Håkonsen (2014) skriver, kan atferden vår og holdningene våre påvirkes av situasjoner vi befinner oss i. Sosialt press på arbeidsplassen kan undertrykke sykepleierens egne holdninger og synspunkt. Dette gjelder kanskje spesielt hvis du er ny på en arbeidsplass. Krokmyrdal & Andenæs (2015) bekrefter noe av dette i sin studie, de mener at sykepleiere ofte legger for mye vekt på sosiale relasjoner fordi de anser kompetansen og erfaringen til sine kollegaer som relevant. Dette gjaldt spesielt sykepleiere med fem år eller mindre erfaring. Artikkelen hevder også at ansatte gjerne er lojale mot holdninger som allerede eksisterer på avdelingen.

Å være nyutdannet og uerfaren, kan være en utfordring. Det kan være vanskelig hvis man begynner å jobbe et sted hvor det er et godt etablert miljø og den nyansatte erfarer at holdningene blant de ansatte er negative overfor denne pasientgruppen. Det kan være vanskelig å fremlegge egne meninger og kunnskap fordi man gjerne føler at man ikke har erfaring eller så mye kunnskap sammenlignet med andre ansatte på arbeidsplassen. Når man er ny og uerfaren vil man gjøre et forsøk på å prøve å passe inn, bli kjent med og skape gode relasjoner til sine nye kollegaer. Derfor kan det være vanskelig, å skulle stille spørsmål ved de rutiner og den kunnskapen andre ansatte har.

Studien til Krokmyrdal & Andenæs (2015) bekrefter noe av dette når de sier at ansatte ofte er lojale mot de holdninger som allerede eksisterer blant andre ansatte. Det kan derfor tenkes at dette er en forklaring på at det fortsatt eksisterer negative holdninger mot pasientgruppen.

Studien til Li, Andenæs, Undall & Nåden (2012), hevder at det er behov for holdningsendrende tiltak for at pasientgruppen skal få optimal behandling.

For å minske det sosiale presset hos de ansatte, vil det være naturlig at de ansatte er åpne for å inkludere alle, slik at det er rom for å utveksle egenbaserte erfaringer og tillært kunnskap. Dette kan gjøres ved å sette av litt tid i en travel arbeidsdag for at de ansatte får mulighet til å reflektere sammen. Hvis det sosiale presset er i ferd med å utvikles i negativ retning, så er dette en mulighet for å stoppe opp og reflektere sammen om de ansattes holdninger er til hjelp for tilfredsstillende smertelindring av denne pasientgruppen.

5.3 Holdninger.

Funn fra flere av artiklene indikerer at det eksisterer negative holdninger mot pasientgruppen opioidavhengige. Dette bekrefter Nesvåg (2012) når han sier det mest sannsynlig fortsatt eksisterer et syn på at rusmisbruk ikke er en sykdom blant fagfolk. På den andre siden har det innenfor helsevesenet gradvis blitt mer fokus på at rusmisbruk er en sykdom, slik at disse pasientene også har like pasientrettigheter som andre pasientgrupper, jf. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Det vil være viktig med tanke på at alle har rett til lik helsehjelp. Samtidig indikerer funn fra artiklene likevel at helsepersonells holdninger mot pasientgruppen, ikke er optimale i forhold til de rettigheter de også har.

For eksempel fant Li et al., (2012) at et mindretall av både sykepleiere og leger i studien, trodde på pasientenes smerteformidling. Funn fra studien til Krokmyrdal & Andenæs (2015) viste også at over halvparten av deltakerne mente at opioidavhengige overdriver smertens intensitet for å få mer smertestillende. Slik vi ser det kan dette være et resultat av manglende kunnskap hos leger og sykepleiere.

Artikkelen til Paschkis & Potter (2015) hevder at pasientgruppen blir blant helsepersonell oppfattet som russøkende hvis de ber om mer smertestillende. Det kan tenkes at dette er negative holdninger og erfaringer helsepersonell tidligere har erfart, slik at pasientgruppen blir stigmatisert og dømt på forhånd.

Som sykepleier er det viktig å ikke utvikle disse negative holdningene. For å unngå dette er det viktig å bli kjent med personen bak avhengigheten, og ikke se på alle rusavhengige som like. Det blir derfor viktig med kartlegging for å indentifisere pasientens særegne behov og

type avhengighet, slik at man bedre kan gi en optimal smertelindring. For å komme i denne dialogen med pasienten er det viktig å bruke sin kunnskap om kommunikasjon på rett måte. Dersom sykepleieren klarer å skape en god relasjon til pasienten vil dette være med på å endre negative holdninger. Det vil igjen hjelpe sykepleieren til å se de andre problemene som den rusavhengige sliter med. I en abstinensfase vil den rusavhengige være preget av uro, angst og søvnvansker, og det er viktig at sykepleieren observerer dette (Fekjær, 2009). Sykepleieren vil da lettere kunne hjelpe pasienten med å dempe disse symptomene, i tillegg til å gi den rette smertelindringen. Det er viktig å skjerme pasienten fra unødvendig stress, sykepleier må da skape trygghet og ro rundt pasienten. Dersom sykepleieren klarer å oppnå noe av dette, vil pasienten oppleve å bli sett slik at viktig informasjon blir synliggjort. På denne måten vil sykepleierens endring av holdninger være med på å hjelpe pasienten til rett behandling av smertene.

Som nevnt skriver Håkonsen (2014) at situasjonen vi befinner oss i kan gjøre at oppførsel og holdninger vi i utgangspunktet har, ikke samsvarer. Desto sterkere det sosiale presset er for at vi skal handle på en bestemt måte, desto mindre vil egne holdninger påvirke atferden. Det kan også tenkes at erfaringer sykepleiere gjør blant pasientgruppen kan påvirke holdningene i negativ retning. Har man for eksempel tidligere opplevd å bli manipulert av en pasient som var opioidavhengig, kan det tenkes at dette vil påvirke de holdninger man har mot pasientgruppen ved en senere anledning. Li et al., (2012) fant at opplevelsen av å bli lurt av denne pasientgruppen var mer vanlig blant sykepleiere enn legene.

5.4 Kunnskaper.

I studien til Li et al., (2012) vurderte deltakerne av studien sitt eget kunnskapsnivå knyttet til denne pasientgruppen, til å være under tre, med fem som høyeste verdi. Studien hevder også at mangelfulle kunnskaper om hvordan opioidavhengighet påvirker smertebehandlingen, er en vesentlig årsak til utilstrekkelig smertelindring av pasientgruppen. Studien til Krokmyrdal & Andenæs (2015) fant at opptil 88% av deltakerne anser sitt kunnskapsnivå om smertelindring som utilstrekkelig. De to studiene indikerer derfor at helsepersonell har god innsikt i vurdering av eget kunnskapsnivå.

På den andre siden fant også Krokmyrdal & Andenæs (2015) at kurs, utdanning og forskning sjelden var en kilde til kunnskapsutvikling. 64% svarte faktisk at erfaring fra arbeidsstedet og kollegaer var hovedkilden til deres kunnskap. Studien indikerer at sykepleiernes kompetanse er mer erfaringsbasert enn kunnskapsbasert, dette kan tenkes å være i strid med yrkesetiske retningslinjer som sier at sykepleie skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap (Yrkesetiske retningslinjer, 2011).

Kelleher & Cotter (2009) hevder i sin studie at det finnes mangler i sykepleieutdanningen når det kommer til teori om rus og rusavhengige. Det kan tenkes at dette er en forklaring på lavt kunnskapsnivå i flere av studiene vi har inkludert i oppgaven. Det er dermed desto viktigere at avdelingene som behandler pasientgruppen, tar ansvar for kurs og kunnskapsutvikling av sykepleierne.

Krokmyrdal & Andenæs (2015) hevder også at mangel på kunnskap, er en barriere ved smertelindring av denne pasientgruppen. Studien til Morley, Briggs & Chumbley (2015) hevder at undervisning, forskning og mer klinisk erfaring er nødvendig for å kunne forstå hvor kompleks smertelindring til denne pasientgruppen er. Studien til Paschkis & Potter (2015) indikerer også at det er behov for mer kunnskap blant sykepleierne, fordi de mener at negative holdninger ofte kommer av for lite kunnskap.

Det kan tenkes at dette også er tilfellet i pasienteksempelet fra praksis som vi har inkludert i oppgaven. All smertelindring til denne pasienten ble stoppet da sykepleieren fikk vite at pasienten var rusavhengig. Tilstrekkelig kunnskap om pasientgruppens problemstillinger kan tenkes å bedre negative holdninger. Funn fra studien til Krokmyrdal & Andenæs (2015) indikerer også at holdninger og kunnskap henger sammen, her trodde flere av sykepleierne at smertelindring med opioider til pasientgruppen, forverrer avhengigheten. Ingen studier tilsier at dette skjer, det er grunn til å tro at å holde igjen opioider ved smertebehandlingen av pasientgruppen, er det som faktisk forverrer avhengigheten fordi suget etter rus gjerne da øker. Dette henger sammen med det fysiologiske forholdet som er en konsekvens av rusavhengigheten, og det vil derfor være vanskelig for den rusavhengige å ha fokus på hvor store smertene er når russuget er høyt (Håkonsen, 2014). Det er viktig at pasienten får riktig smertelindring i en postoperativ periode, siden opioider kan være med på å gi pasienten nedsatt konsentrasjonsevne, reaksjonsevne og aktivitet (Fekjær, 2009).

Det er som sykepleier viktig å huske på at det i yrkesetiske retningslinjer står at sykepleieren skal holde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innenfor eget fagområde, og at sykepleier skal bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis (Yrkesetiske retningslinjer, 2011).

Vi tenker at det er viktig at sykepleierne tar ansvar for egen kunnskapsutvikling for å bedre smertelindring av pasientgruppen og den enkelte person med rusavhengighet. Siden det kommer frem i en studie at erfaringer fra arbeidsstedet er hovedkilden til kunnskap, er dette et tegn på at helsepersonell i dag får for liten mulighet til å utvikle seg faglig. For å endre dette vil det være viktig å se på hvilke ressurser avdelingen kan tilby. Den enkelte sykepleier har som tidligere nevnt et ansvar for å holde seg faglig oppdatert. Det vil være til stor hjelp for sykepleieren hvis ledelsen legger til rette for dette i en hektisk arbeidsdag. Slik vi ser det er det ulike ressurser og tiltak som kan benyttes. En av dem kan være å sette av tid til internundervisning og benytte seg av de fagpersonene som allerede er tilknyttet avdelingen. Økonomisk vil det være viktig å prioritere kurs og eventuelt videreutdanning av sykepleiere på avdelingen. På denne måten vil da sykepleierne få muligheten til å tilegne seg ny kunnskap, og ikke bare utvikle holdninger fra egen erfaring. I tillegg kan det tenkes at det er viktig at andre ansatte med mer erfaring også legger til rette for, og har en positiv innstilling til nye innspill fra nyansatte eller nyutdannede.

Dette er også en problemstilling vi kan relatere oss til, vi føler også på det at vi ikke har hatt nok undervisning om temaet til å kunne møte disse pasientene med tilstrekkelig kompetanse, slik at de også får den optimale behandlingen de har krav på.

På den andre siden kan man stille spørsmål ved at det på avdelingene som møter disse pasientene, ikke er nok kurs, undervisning eller opplæring til de ansatte som møter problemstillingen. I tillegg oppga mange av sykepleierne fra artikkelen til Krokmyrdal & Andenæs (2015) at forskning sjelden var en kilde til innhenting av ny kunnskap. Det kan tenkes at dette kan forklares både med for lite tid til å oppdatere seg på relevant forskning, at avdelingen ikke legger til rette for kunnskapsutvikling, men også utilstrekkelige kunnskaper om hvordan man finner denne forskningen.

5.5 Kartlegging.

For å kartlegge smerten til pasienten er både pasientens egen beskrivelse av smerten og sykepleierens vurdering viktig. Paschkis & Potter (2015) fant som nevnt at opptil 60% av inneliggende pasienter, opplever uadekvat smertelindring, de mener at en del av forklaringen til dette er uregelmessig smertebehandling og kartlegging. For at flere pasienter med rusavhengighet skal føle at de får tilfredsstillende smertelindring, finnes det slik vi ser det, muligheter og ressurser blant de ansatte til å bedre dette tallet. Vi har tidligere nevnt både å tilegne seg kunnskap og endring av holdninger som kan være til stor hjelp, men også ha fokus på viktigheten av kartlegging.

I tillegg skriver Legeforeningen (2012) at en alltid må kartlegge bruks- og avhengighetstype, fordi bruk av ulike rusmidler gir ulike behandlingsproblemer. Å kartlegge hvilken type rusmiddel pasienten er avhengig av, hvor ofte og hvor mye det blir misbrukt er viktig for å kunne smertelindre tilstrekkelig. Likevel oppgir kun ett mindretall av deltakerne fra studien til Li et al., (2012) at de kartlegger pasientenes rusmisbruk. Mangelfull kartlegging kan igjen føre til feildiagnostisering og at pasienten blir underbehandlet. Studien til Paschkis & Potter (2015) hevder også at kartlegging av rusmisbruk og type rusmiddel er viktig, slik at ved smertelindring, kan man først dekke deres «vanlige» behov.

For å oppnå tilstrekkelig smertelindring er individualisering av behandlingen viktig, både gjennom å kartlegge bruks- og avhengighetstype, men også kartlegge smertene til pasienten. Et viktig redskap i denne kartleggingen kan være smertevurderingsskalaer der pasientens egen vurdering av sin smerte kommer frem. Flere av deltakerne i studien til Morley et al., (2015) hevder også at individualisering av behandlingen er viktig fordi pasientene og deres avhengighet er så varierende. Og det vil være viktig å få frem hvordan avhengigheten påvirker den enkeltes hverdag og helse. Her er sykepleieren helt sentral for å kunne tilpasse og individualisere behandlingen til pasienten.

5.6 Sykepleieperspektiv.

Slik vi ser det er sykepleieperspektivet vel så viktig som bruken av smertestillende for at pasienten skal oppleve tilfredsstillende smertelindring. Sykepleieren skal ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg (Yrkes etiske retningslinjer, 2011). Dette innebærer å se hele mennesket bak rusavhengigheten. Travelbee sier at dersom sykepleierens mål skal kunne oppnås må det etableres et menneske-til-menneske forhold, som betyr å forholde seg til mennesket som en unik person (Kristoffersen, 2014).

Sykepleierens mål bør i dette tilfelle være å hjelpe pasienten til optimal smertelindring. Samtidig vil det være viktig å hjelpe pasienten til å se mening med den hjelpen han får, slik at det blir lettere å mestre den postoperative fasen. Skoglund & Biong (2012) skriver at god smertelindring bør alltid gå foran frykt for overmedisinering. Denne frykten kan være en av årsakene til at både forskning og teori sier noe om at pasientgruppen ikke får tilfredsstillende smertelindring på sykehus. Kunnskap og endringsarbeid i forhold til negative holdninger vil være slik vi ser det, med på å endre denne frykten.

Travelbee understreker også viktigheten av kommunikasjon, og at dette er en av sykepleierens viktigste redskaper. Gjennom kommunikasjon kan sykepleier bli kjent med pasienten som person og dette er viktig nettopp for å individualisere behandlingen. Eide og Eide (2011) skriver også om viktigheten av kommunikasjon for å bygge en god relasjon til pasienten, og for å skape tillit mellom sykepleier og pasient. Dette er et viktig moment, selv om det kan være vanskelig å skape en god relasjon til pasienten når oppholdet på postoperativ avdeling ofte er kort.

Gjensidig tillit mellom både pasient og sykepleier er viktig for god smertelindring, opplever pasienten trygghet, tillit og respekt, vil det forsterke effekten av smertelindringen som gis (Berntzen et al., 2010a). Studien til Paschkis & Potter (2015) understreker at sykepleierne er helt vesentlige ved smertelindring av pasientgruppen, fordi det gjerne er sykepleierne som oppdager smerten og som må gå god for pasienten, slik at tilstrekkelig smertelindring oppnås.

6.0 KONKLUSJON

Målet med denne oppgaven var å finne ut hvordan sykepleier kan bidra til god smertelindring av opioidavhengige pasienter, innlagt på postoperativ avdeling. Dette er en kompleks problemstilling som inneholder flere enkeltstående problemstillinger. Funn fra forskningen viser at pasientgruppen ikke blir tilstrekkelig smertelindret og det er som tidligere nevnt flere årsaker til det. Det som overrasker oss mest fra forskningen er at så mange opplever utilstrekkelig smertelindring, og at kunnskapsnivået viser seg å være lavt når det kommer til pasientgruppen opioidavhengige.

Funn fra forskning og teori rundt sosialisering viser at ansatte ofte belager seg for mye på kunnskap til andre kollegaer, og er tro mot holdninger som eksisterer på avdelingen. Det er ikke overraskende, særlig som nyutdannet, å belage seg på sine erfarne kollegaer, men ved å kanskje tørre å tro på egne holdninger og kunnskap, kan man motvirke at negative holdninger mot pasientgruppen videreføres. I tillegg tenker vi at det er viktig at sykepleier velger å stole på pasientens formidling av smerte, selv om det kan komme frem fra andre kollegaers erfaringer, at pasientgruppen kan være manipulerende.

Vi mener også at pasientgruppen kan oppnå å bli tilstrekkelig smertelindret gjennom å jobbe aktivt med holdningsendrende tiltak på avdelingen, og gjennom kunnskapsutvikling, da holdninger ofte henger sammen med for lite kunnskap (Paschkis & Potter, 2015). Det er viktig at avdelingene og arbeidsstedene som møter disse pasientene legger til rette for denne kunnskapsutviklingen gjennom blant annet kurs og ved å gi sykepleierne tid til å kunne oppdatere seg innen forskning, slik at pasientgruppen kan bli ivaretatt. I tillegg er det viktig at sykepleier også husker på det ansvaret man har for å holde seg oppdatert innenfor eget fagområde jf. Yrkesetiske retningslinjer (2011).

Sykepleierutdanningen rommer lite teori og undervisning om pasientgruppen og smertebehandlingen av dem, det kan derfor tenkes at mer undervisning om dette også vil bidra til at disse pasientene blir møtt på en verdig måte og får den optimale behandlingen de også har rett på.

Individualisering av behandlingen er viktig for å oppnå tilstrekkelig smertelindring, og gjennom å kartlegge både avhengighetstype og aktivt kartlegge smerten til pasienten, kan man

lettere tilpasse behandlingen til den enkelte pasient. Et siste viktig moment er også det å etablere et menneske til menneske forhold, å skape en relasjon til pasienten, og å virkelig se personen bak rusavhengigheten, som en sårbar person som trenger helsehjelp. Slik Travelbee (1999) mener. Dette kan bidra til et gjensidig tillitsforhold mellom sykepleier og pasient, som igjen kan bidra til optimal smertebehandling. For å oppnå dette tillitsforholdet, er god kommunikasjon med pasienten svært viktig.

Som nevnt er smertelindring til pasientgruppen en kompleks problemstilling som må angripes fra flere hold. Vi håper at den kunnskapen vi nå sitter igjen med etter arbeidet med denne oppgaven, vil bidra til at vi kan møte pasientgruppen på en verdig måte og at vi kan bidra til at de får den behandlingen de har rett på. Vi tror også at ved å tørre å tro på og anvende den kunnskapen man allerede har, og de holdninger man sitter inne med selv, og ved å ikke la seg styre av eksisterende negative holdninger mot pasientgruppen, kan bidra til at de blir ivaretatt og sett som sårbare personer som trenger helsehjelp, akkurat som alle andre.

Litteraturliste

- Berntzen, H., Danielsen, A. & Almås, H. (2010a). Sykepleie ved smerter. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie*. Bind 1, 4. utgave. Oslo: Gyldendal akademisk. s. 355-394 (A)
- Berntzen, H., Almås, H., Gran Brun, A., M., Dørve, S., Giskemo, A., Dåvøy, G., Grønseth, R. (2010b) Perioperativ og postoperativ sykepleie. I: Almås, H., Berntzen, H. (2010) *Klinisk sykepleie*. Bind 1. 4. Utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk. s. 273- 338 (B)
- Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Den norske legeforening (2012) *Retningslinjer for smertelindring*. Hentet 18. Januar 2017 fra <http://legeforeningen.no/emner/spesialiteter/anestesiologi/retningslinjer-og-handlingsprogrammer-anestesiologi-og-smertebehandling/>
- Eide, H., Eide, T. (2011) *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2. Utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Fekjær, H., O. (2009) *Rus*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Helsedirektoratet. (2010). *Nasjonale retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/100/IS-1701-Legemiddelassistert-rehabilitering-ved-opioidavhengighet.pdf>
- Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kelleher, S. & Cotter, P. (2009). A descriptive study on emergency department doctors and nurses knowledge and attitudes concerning substance use and substance users. *International Emergency Nursing*. 17(1), p 3-14. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2008.08.003>
- Knutstad, Unni. (red.) (2011). *Sentrale begreper i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2*. Oslo: Akribe.

Kristoffersen, N. J. (2014). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (Bind 1, s. 240-266). Oslo: Gyldendal akademisk.

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(6), 789-794 6p. doi:10.1016/j.nedt.2015.02.022

Li, R., Andenæs, R., Undall, E., Nåden, D. (2012). Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus. *Sykepleien Forskning*. 7(3):252-260. DOI:10.4220/sykepleienf.2012.0131

Morley, G., Briggs, E. & Chumbley, G. (2015). Nurses Experiences of patients with substance-use disorder in pain: A phenomenological study. *Pain Management Nursing*. 5(10). p 701-711. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmn.2015.03.005>

Nesvåg, S. (2012). Ulike forståelser og perspektiver på problematisk rusmiddelbruk og avhengighet. S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusmiddelproblemer* (s. 55-76). Oslo: Akribe.

Norsk legemiddelhåndbok. (udatert). Opioidanalgetika, (2016). Hentet 23 februar 2017 fra <http://legemiddelhandboka.no/Legemidler/søker/+%2Bopiod/78882>

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

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven>

Paschkis, Z. & Potter, M., L. (2015). Acute pain management for inpatients with opioid use disorder. *American Journal of nursing*. 115(9), p 24-32. doi: 10.1097/01.NAJ.0000471243.30951.92

Skoglund, A. & Biong, S. (2012). Sykepleie til personer med opioidavhengighet i somatisk sykehus. S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusmiddelproblemer* (s. 186-199). Oslo: Akribe.

Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget

Travelbee, J. (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget

Vedlegg 1

Dato	Database	Søkeord/Kombinasjon	Antall treff	Leste abstrakt	Artikkel inkludert
16.01	Svemed+	Drug users and pain and attitude	1	1	Smertebehandling til rusmisbrukere innlagt i sykehus
25.01	Cinahl	Substance abusers and analgesics, opioid and nursing	38	3	A descriptive study on emergency department doctors and nurses knowledge and attitudes concerning substance use and substance users.
25.01	Medline	Nurses and Pain and Substance-Related-Disorders	5	1	Nurses' Experiences of Patients with Substance-Use Disorder in Pain: A Phenomenological study
31.01	Cinahl	Nursing and attitude and substance	372	3	Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study
31.01	Cinahl	Analgesics, opioid and attitude and nursing and substance use disorders	31	2	Acute pain management for inpatients with opioid use disorder

