



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9

Predefinert informasjon

Startdato:	12-05-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR
Sluttdato:	22-05-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 BSS9 1 H 2020 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 404

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 8757

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har registrert

oppgavetittelen på

norsk og engelsk i

StudentWeb og vet at

denne vil stå på

vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 92

Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



BACHELOROPPGAVE

Hvordan kunnskap og holdninger påvirker sykepleie gitt til pasienter med rusmiddelavhengighet og smerte

How nurse`s knowledge and attitude impact the healthcare given to patients suffering from substance-use-disorder and pain

404

Sjukepleie

Institutt for helse-og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle

kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Abstract

Background: Substance-use disorder is a major global health problem and is because of the drugs impact on the neuro-psychological behavioral and social responses, at a higher risk of getting injured. All patients are entitled to good pain management, this also applies to patients who have a complex pain problem such as those with substance-use disorder.

Aim: The purpose of this literature study was to investigate how nurse's knowledge and attitude influence pain management in patients with substance-use disorder and pain.

Method: Literature study, using existing research on the subject to. A systematic literature search was conducted, with the use of the following databases: CINAHL, Medline/Ovid, Svemed+ and Pubmed, in addition to curriculum literature and relevant academic literature

Results: The findings revealed that health professionals lacked knowledge related to pain management and negative attitudes seems to influence the healthcare patients receive. The finding indicates that increased knowledge and better use of mapping tools aimed at addiction and pain, can lead to better pain relief.

Conclusion: Main findings of this study shows that nurses do not have the necessary knowledge about pain management to pain relief patients with substance-use disorder. Increased knowledge and change in attitudes among nurses can lead to better pain relief.

Key words: Substance-use disorder, pain management, Attitudes, nursing and healthcare

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	1
1.1 Presentasjon av problemstilling	2
1.2 Bakgrunn for valg av problemstilling	2
1.3 Begrepsavklaring	3
1.3.1 Sykepleier	3
1.3.2 Pasient	3
1.3.3 Rusmiddelmisbruk	3
1.3.4 Abstinenser	3
1.3.5 Legemiddeltoleranse	3
1.3.6 Pseudoavhengighet	4
1.3.7 Holdninger	4
1.3.8 Normer	4
1.3.9 Rus og psykiske lidelser (ROP)	4
2 Teori	4
2.1 Rusdiagnoser	4
2.1.1 Rusmiddelavhengighet	5
2.1.2 Konsekvenser av rusmiddelavhengighet	5
2.2 Smerter	6
2.2.1 Smertefysiologi	6
2.2.2 Kartlegging av smerter	7
2.3 Holdninger i et sykepleieperspektiv	8
2.4 Sykepleieteori	9
2.4.1 Hva er Sykepleie	9
2.4.2 Pasienten som et stereotyp	9
2.4.3 Smertens problem	9
2.4.4 Menneske-til-menneske forholdet	10

2.4.5 Kommunikasjon, førstegangsintrykk, empati og sympati	10
3 Metode	12
3.1 Litteratursøk og søkestrategi	12
3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	13
3.4 Kildekritikk	13
3.5 Kvalitetsvurdering	13
3.6 Etisk overveielse	13
4 Resultat	14
4.1 Kunnskap om smertebehandling og sykepleiers funksjon	14
4.2 Tilegning av kunnskap	16
4.3 Holdninger og relasjon	16
5 Diskusjon	18
5.1 Kunnskap om smertebehandling og sykepleierens funksjon	19
5.2 Tilegning av Kunnskap og kompetanse	21
5.3 Holdninger og relasjon	23
5.4 Metodediskusjon	26
6 Konklusjon	27
7 Litteraturliste	29
8 Vedlegg	1
Vedlegg 1 endimensjonale smertekartleggingsverktøy.....	1
Vedlegg 2: McGill Pain Questionnaire	1
Vedlegg 3: PICO	1
Vedlegg 4: Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	1
Vedlegg 5: Søkehistorikk	1
Vedlegg 6 – Flytskjema.....	1
.....	1
Vedlegg 7 Litteraturliste	1

1 Innledning

Rusmiddelavhengighet er et stort globalt helseproblem og rusmiddelavhengige er på grunn av rusmidlenes påvirkning på de psykomotoriske funksjonene i en forhøyet risikogruppe for skader (Bakke, Bogstrand, Normann, Ekeberg & Bachs, 2016). De vanligste årsakene til at denne sårbare gruppen pasienter legges inn på sykehus er særlig; traumatiske skader, vevsskader, infeksjoner, psykiske lidelser og hyppigst er akutte smerter (Blay, Glover, Bothe, Lee & Lamont, 2012). Alle pasienter har rett på god smertebehandling, dette gjelder også pasienter som har en kompleks smerteproblematikk slik som de med rusmiddelavhengighet (Den Norske Legeforening, 2009, s. 33).

I tillegg til å være i en risikogruppe for skader, er også psykiske lidelser utbredt blant pasienter med rusmiddelavhengighet (PMR) (Den Norske Legeforening, 2009; Fekjær, 2009, s. 307). Kompleksiteten rundt behandling av PMR, som gjerne har en psykisk lidelse og i tillegg smerteproblematikk gjør at de kan være en utfordrende pasientgruppe å behandle. Det kan derfor kreve en annen tilnæringsmåte til denne pasientgruppen enn hos de som ikke har en rusmiddelavhengighet (Blay et al., 2012). Ifølge retningslinjene for personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (Helsedirektoratet, 2011) er det viktig at helsepersonell har et godt kunnskapsnivå, viser interesse og har gode holdninger overfor denne pasientgruppen. Sentralt står respekt og empati, og det å kunne se verdighet hvor det ellers er mye elendighet. Sykepleiere har ofte ikke nok kunnskap om smertebehandling til PMR, og tilstedeværelsen av negative holdninger gjør at PMR ikke nødvendigvis får den helsehjelpen de har behov for (Morgan, 2014). Det indikeres også at sykepleiere har problemer med å anvende teoretisk kunnskap i praksis (Granheim, Raaum, Christophersen & Dihle, 2015). Det foreligger derfor et behov for økt kunnskap om smertebehandling og rusmiddelavhengighet og en holdningsendring blant sykepleiere slik at de er i stand til å møte og behandle PMR på en god og bedre måte. Samtidig kan det synes som at det er behov for opplæring i hvordan man skal anvende denne kunnskapen.

1.1 Presentasjon av problemstilling

Jeg har kommet frem til følgende problemstilling

Hvilken betydning har kunnskap og holdninger blant sykepleiere for utøvelsen av smertebehandling til pasienter med rusmiddelavhengighet i somatisk sykehus?

1.2 Bakgrunn for valg av problemstilling

Gjennom sykepleierutdanningen er det stort fokus på ivaretaking og behandling av pasienters helse og liv i ulike livssituasjoner. Jeg har vært i praksis både i somatikk og i psykisk helsevern. Begge steder har jeg møtt PMR. Det har likevel ikke vært noe fokus på hvordan man skal ivareta PMR i en sykehussetting. Erfaringen fra praksis er at jeg synes det er utfordrende å ivareta PMR og smerter, men ikke nødvendigvis bare på grunn av smertene, men også på grunn de omfattende problemene rusmiddelavhengigheten fører med seg. Ved siden av studiet har jeg jobbet på en rusakuttpost. På den måten har jeg fått erfaring i hvordan man kan møte PMR på en god måte for å etablere et godt behandlingsforhold. Hensikten med denne oppgaven er å innhente relevant forskning og informasjon slik at jeg som ferdig sykepleier kan stille bedre rustet til å ivareta pasienter med smerteproblematikk.

Fokuset i denne oppgaven vil være sykepleiere som har sitt arbeidssted på somatisk sykehus og møter pasienter med rusmiddelavhengighet som i tillegg får smertebehandling. Det vil bli lagt hovedvekt på den voksne rusavhengig pasient, og ikke på pasienter i palliativ behandling, gravide kvinner eller hvor pasienten spesifikt er i substitusjonsbehandling. Mer om inklusjon- og eksklusjonskriterier i Kapittel 3.2

På grunnlag av dette vil denne oppgaven se nærmere på sammenhengen mellom kunnskap og holdninger hos sykepleieren i utøvelsen av smertelindrende behandling.

1.3 Begrepsavklaring

1.3.1 Sykepleier

En sykepleier innehar spesialiserte kunnskaper og er i stand til å anvende disse med hensikt å hjelpe andre mennesker med å forebygge sykdom, gjenvinne helse, finne mening i sykdom eller opprettholde ens helsetilstand. Sykepleieren utøver dette innenfor et avgrenset område og er selv ansvarlig juridisk for sine sykepleiehandlinger (Travelbee, 2001, s. 72).

1.3.2 Pasient

Et menneske som har behov for omsorg, helsetjenester, og hjelp fra andre mennesker som kan gi den hjelpen (Travelbee, 2001, s. 62). Ordet pasient vil brukes i denne oppgaven av praktisk kommunikasjons hensyn.

1.3.3 Rusmiddelmisbruk

Er når en person gjentatte ganger bruker psykoaktive substanser som fører til neglisjering av sitt ansvar og plikter, medfører risiko for fysisk skade, legale problemer knyttet til bruken, fortetter bruken til tross for at bruken av de fører til sosiale og mellommenneskelige problemer (Helsedirektoratet, 2011, s. 19).

1.3.4 Abstinenser

Abstinenser er en tilstand som oppstår når virkningen av rusmidlet personen bruker avtar. Hvilke type symptomer som kommer frem er avhengig av hvilket stoff personen er avhengig av (Helsedirektoratet, 2011, s. 18), men kan variere fra milde symptomer som uro, tristhet, mangel på energi og irritabilitet, til mer alvorlige symptomer som forhøyet blodtrykk og puls, svettebyger, smerter, kvalme og psykose (Skoglund & Biong, 2012, s. 189-190).

1.3.5 Legemiddeltoleranse

Økt toleranse innebærer at det gradvis vil være behov for økte substansdoser for å oppnå samme effekten som tidligere doser ga (Danielsen, Berntzen & Almås, 2017, s. 404-405).

1.3.6 Pseudoavhengighet

Er en tilstand hvor pasienten atferd viser tegn til å være russøkende, men tilstanden forsvinner når pasienten blir tilstrekkelig smertelindret (Oliver et al., 2012).

1.3.7 Holdninger

Holdninger er et negativt eller positivt reaksjonsmønster vi har i møte med mennesker, ting eller hendelser. Holdninger deles inn i en kognitiv komponent (oppfatning, tror eller mening), en affektiv komponent (positiv eller negativ emosjonell oppfatning) og en atferdsmessig komponent (hvordan vi handler og reagerer) (Håkonsen, 2009, s. 205-207 og 435).

1.3.8 Normer

Er en verdiskala som beskriver hva som er akseptabel atferd eller ei, og er styrt av sosiale aspekter. En norm handler om hvilke forventninger man har til en atferd i en gitt situasjon og er et viktig begrep i hvordan man tilpasser seg hverandre i relasjonsbygging (Håkonsen, 2009, s. 203-219).

1.3.9 Rus og psykiske lidelser (ROP)

En samlebetegnelse for rus og psykiske lidelser. Dette utelukker ikke at pasienten også har somatiske lidelser i tillegg (Helsedirektoratet, 2011, s. 16).

2 Teori

2.1 Rusdiagnoser

Det finnes to typer klassifikasjonssystemer for å definere rusdiagnoser av substanser, ICD-10 og DSM-IV. I klassifikasjonssystemet ICD-10 settes diagnosene hovedsakelig til hvilke stoffer som brukes, til dels hvilket bruksmønster pasienten har og det skilles mellom skadelig bruk og avhengighet. I DSM-IV skilles det mellom misbruk og avhengighet.

2.1.1 Rusmiddelavhengighet

Rusmiddelavhengig er et begrep som ikke er entydig, det er vanskelig å definere og si noe om hvordan det skal brukes. Befolkningen generelt bruker begrepene rus, rusmisbruk og rusavhengig om hverandre og til dels med overlappende innhold. I et faglig perspektiv er det snakk om skadelig bruk og avhengighetssyndrom (Biong & Ytrehus, 2012; Helsedirektoratet Avdeling, 2010, s. 39). Disse ulike begrepene er knyttet til forskjellige aspekter ved fenomenet rus. Hvor grensen mellom de ulike aspektene går er vanskelig å si, men det er en felles faglig enighet om at problematisk bruk refererer til en situasjon hvor det er skadelig for helsen. I helsedirektoratets retningslinjer (2011, s. 18) for personer med ROP- lidelser skriver de at avhengighetssyndrom kjennetegnes ved atferdsmessige, kognitive og fysiologiske fenomener som har utviklet seg hos personen som følge av gjentakende stoffbruk. Personen som har et avhengighetssyndrom har vanligvis en sterk trang (russug) til å ta et gitt stoff, ukontrollerbart forbruk, bruker stoffet til tross for skadelige konsekvenser, økt toleranse og noen ganger fysiske abstinenser. Stoffbruken fører til at pasienten nedprioriterer andre aktiviteter og forpliktelser (Biong & Ytrehus, 2012, s. 19; Helsedirektoratet, 2011).

2.1.2 Konsekvenser av rusmiddelavhengighet

Rusmiddelavhengigheten kan ha mange konsekvenser for de personene det gjelder. Disse konsekvensene kan beskrives ut ifra de tre dimensjonene til verdens helseorganisasjons helsedefinisjon (Verdens helseorganisasjon, 2020) som er komplett; fysisk helse, psykisk helse og sosial helse. Skoglund og Biong (2012, s. 186-188) skriver at konsekvensene for fysisk helse innebærer abscesser, blodpropp, epilepsi, sårproblematikk, underernæring, voldsproblematikk og infeksjoner. Spesielt er de som injiserer utsatt for disse komplikasjonene (Fekjær, 2009, s. 193-194). Foruten de fysiske plagene er også tilstedeværelsen av psykiske lidelser et stort problem blant rusmiddelavhengige. Denne kombinasjonen av både ruslidelser og psykiske lidelser har på norsk fått betegnelsen «dobbeltdiagnose» (Fekjær, 2009, s. 307). I en studie av Melberg, Lauritzen og Ravndal hvor de kartlegger psykiske lidelser blant rusmiddelavhengige i behandling, har mellom 27 og 62% av de som er med i undersøkelse en psykisk lidelse (referert i Fekjær, 2009, s. 308). Angst og depresjon er de vanligste, men personlighetsforstyrrelser og selvmordstanker og selvmordsforsøk forekommer hyppig også (Referert i Fekjær, 2009, s. 308; Skoglund & Biong, 2012, s. 186). Med dårlig sosial helse mener Johansen og Myhre at faktorer som

dårlige oppvekstvilkår, tap av omsorgsrett for barn, høy grad av trygdeytelser, lav utdanning og lav til ingen tilknytning til arbeidslivet (referert i Skoglund & Biong, 2012, s. 186-187).

2.2 Smerter

International Association for the Study of Pain (IASP) definerer smerte som «smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller mulig vevsødeleggelse» (IASP, 1994). Ifølge IASP (1994) er også smerte alltid en subjektiv opplevelse. Siden den er subjektiv, kan den variere fra pasient til pasient, selv om skaden er identisk.

Man kan skille mellom to ulike former for smerte ut ifra varigheten. Det skilles da mellom akutte og langvarig(kronisk) smerte hvor kreftrelaterte smerter er i en egen kategori. Akutte smerter er smerte som forekommer ved plutselig vevsskade, som for eksempel kuttskader, brudd eller brannskader. Varigheten av denne typen smerte kan variere fra bare noen sekunder og inntil 12 uker og kjennetegnes ved at de avtar når årsaken leges (Danielsen et al., 2017, s. 394). Pasientens psykososiale tilstand og kulturelle faktorer kan forsterke smerteopplevelsen eller føre til at tilstanden blir kronisk. Smerte som varer lengre enn tre måneder kalles for kronisk smerte. Det kan starte som akutt smerte, men fortsetter videre etter man forventer det skal ha leget. Typiske kroniske smerter er leddsmerter, muskelsmerter i rygg og kreftrelaterte smerter (Alaa Abd-Elsayed & Timothy R. Deer, 2019; Den Norske Legeforening, 2009).

2.2.1 Smertefysiologi

Det finnes mange ulike måter å klassifisere smerter på. I en ren mekanismeorientert klassifisering skilles det hovedsakelig mellom to typer smerte, avhengig av hvor i kroppen de kommer fra. Første er nociseptiv smerte, som skyldes stimulering av nociseptorer (smertereseptorer) ved vevsødeleggelse eller en stimuli fra en prosess som kan føre til vevsødeleggelse. Nociseptiv smerte skyldes oftest akutte tilstander som forsvinner når årsaken leges. Eksempler på smerte som følge av stimulering av nociseptorer kan være beinbrudd, kutt eller stikk i huden (Alaa Abd-Elsayed & Timothy R. Deer, 2019; Den Norske Legeforening, 2009). Den andre hovedtypen smerte er nevropatisk smerte, som enten skyldes skader i det perifere nervesystemet eller i sentralnervesystemet. Nevropatisk smerte kan variere fra skarp

eller stikkende, til mer intens, lynende og brennende følelse. Eksempler på nevropatisk smerte kan være nerver i klem, eller smerter etter hjerneslag (Alaa Abd-Elsayed & Timothy R. Deer, 2019; Den Norske Legeforening, 2009). Allodyni er en smertetilstand hvor pasienten har en smertereaksjon på stimuli som vanligvis ikke ville utløst smerte. Hyperalgesi er en forhøyet smertereaksjon på stimuli som vanligvis utløser smerte (IASP, 1994).

2.2.2 Kartlegging av smerter

For en effektiv klinisk behandling av smerter er det nødvendig med en strukturert og nøyaktig smertekartlegging (Richard A. Powell, Julia Downing, Henry Ddungu & Faith N. Mwangi-Powell, 2010). Siden sykepleieren gjerne er den som har mest kontakt med pasienten, spiller hun eller han en viktig rolle i kartleggingen og vurdering av pasientens smerter. Sykepleieren bruker sykepleieprosessen for å kartlegge pasientens smerter og problemer knyttet til smertene. For at en skal kunne yte god smertelindring til denne pasientgruppen må sykepleieren ha kunnskap om medikamenter og bivirkninger av ulike medikamenter, hvordan de kan forebygges og behandles, samt kunnskap om abstinensstilstander, opioidindusert-hyperalgesi (Quinlan & Cox, 2017). En detaljert og presis kartlegging av pasientens smerter danner grunnlaget for å planlegge, iverksette og evaluere en systematisk og tilpasset smertebehandling (Danielsen et al., 2017, s. 390; Stokes, 2019).

Det finnes mange ulike typer smertekartleggingsverktøy. Ved å kombinere disse kan man få et mer nyansert syn på smertene pasienten erfarer. Det gjør samtidig at smertevurderingen blir mer systematisk og man kan lettere måle effekten av tiltak som iverksettes. Det blir også mindre rom for individuelle holdninger og oppfatninger, videre vil dokumentasjonen gi legene et bedre beslutningsgrunnlag til å gjøre endringer i smertebehandlingen til pasienten (Danielsen et al., 2017, s. 390). Smertevurderingsskjemaene deles inn i to grupper, endimensjonale- som måler smerteintensitet og flerdimensjonale som måler både smerteintensitet og hvordan smerten påvirker pasienten. Eksempler på endimensjonale er Visuell analog skala (VAS) (Se vedlegg 1), Visuell numerisk skala (NRS) (se vedlegg 1), Verbal skala (VRS) og Ansiktsskala (FRS) (Vedlegg 1). De flerdimensjonale smertevurderingsskjemaene tar for seg både smertens sensoriske, affektive og evaluerende komponenter, eksempel på dette er *McGill Pain questionnaire* (se vedlegg 2). Endimensjonale smertekartleggingsverktøy er nyttig for å se forandringer av smertens intensitet og er derfor et

godt verktøy for å se effekt av tiltak ved behandling av akutte smerter. For at en skal bruke slike skalaer er det nødvendig å bruke de ofte, slik at man kan sammenligne vurderingene og vurdere effekt av tiltak (Danielsen et al., 2017, s. 390-391). Smertekartleggingsverktøy vil være et supplement til den kliniske vurderingen som lege og sykepleier gjør.

Som nevnt tidligere er dette en komplisert pasientgruppe å ivareta, da spesielt med tanke på at abstinenssymptomer kan maskere både fysiologiske og atferdsmessige tegn på smerter (Skoglund & Biong, 2012, s. 194). Det er derfor viktig at pasienten ikke bare kartlegges for smerter, men også at det blir gjennomført en grundig kartlegging av pasientens rusanamnese. Kartleggingen bør ta for seg hvilke rusmidler pasienten tar, hvor ofte, hvor mye og når pasienten sist inntok rusmiddelet (Den Norske Legeforening, 2009, s. 33).

2.3 Holdninger i et sykepleieperspektiv

For å kunne gi pasienten god smertebehandling, er det viktig at sykepleier har et reflektert og bevisst forhold til sine egne holdninger, og hvordan disse holdningene kommer frem i møte med pasienten (Håkonsen, 2009, s. 205-208; Stokes, 2019). Hvis sykepleieren har kunnskap og erfaring i arbeid med pasienter med rusmiddelavhengighet kan dette bidra til mindre negative holdninger til pasienter med rusmiddelavhengighet (Ververda, Hansen & Larsen, 2018). Sykepleierens holdninger handler ikke bare om hvordan en møter pasienten, men også om hvordan pasienten møter sykepleierens holdninger. Tidligere negative erfaringer kan gjøre at pasienten er var for krenkelser, og det er derfor viktig at pasienten blir møtt med respekt, troverdighet og ærlighet. Det er viktig at man skiller mellom personen og den atferden som kan skyldes sykdommen som erfares (Skoglund & Biong, 2012).

God kommunikasjon mellom sykepleieren og pasienten er viktig for å skape en god relasjon og et godt tillitsforhold. Sykepleieres forutinntatte holdninger kan påvirke smertebehandlingen til pasienten. Sykepleieren bør derfor ikke tvile på pasientens smerter, da dette ikke er noe pasienten kan kontrollere, og er en individuell opplevelse (Skoglund & Biong, 2012, s. 189; Stokes, 2019). Selv om sykepleieren skal møte pasienten på en ikke-dømmende og respektfull måte betyr ikke dette at sykepleieren alltid trenger å være enig i pasientens avgjørelser og måten pasienten lever på, men ved å lytte og veilede pasienten kan

sykepleieren ta tak i skadelig atferd og hjelpe pasienten (Skoglund & Biong, 2012, s. 188; Stokes, 2019).

2.4 Sykepleieteori

2.4.1 Hva er Sykepleie

Sykepleie er ifølge Travelbee en «mellommenneskelig prosess» siden det alltid, enten indirekte eller direkte, dreier seg om mennesker. Sykepleie er en prosess bestående av enkelthendelser eller en serie av hendelser eller situasjoner mellom sykepleier og ett eller flere individer som har behov for den hjelpen sykepleier kan tilby. Sykepleieren fungerer som «endringsagent» som har som mål å forandre en eller flere tilstander hos ett eller flere individer, med den hensikt å forebygge eller mestre erfaringer som er knyttet til sykdom, lidelse, eller til å ivareta helsetilstanden. (Travelbee, 2001, s. 29-31)

2.4.2 Pasienten som et stereotyp

Begrepet «pasient» ble definert innledningsvis og er et begrep som brukes under behandling av sykepleier, lege eller annet helsepersonell. Selv om dette er et ord som er praktisk av kommunikasjons hensyn, kan ordet fort bli en stereotyp hvor fokuset blir på en kategori av det individet presenterer, fremfor det unike og spesielle med individet. Dette kaller Travelbee (2001) for en avhumaniseringsprosess. De karakteristikkene sykepleier forbinder med begrepet «pasient» kan deretter brukes for å gjelde «alle pasienter», og det blir en generalisering. Dette kan føre til at sykepleieren bare ser de egenskapene som hun eller han har tilegnet pasienten, og videre da handler og tar avgjørelser uten ytterligere refleksjon. På en slik måte kan det oppstå en barriere som ikke vil gjøre relasjonsbyggingen til pasienten vanskeligere og som hindrer utøvelsen av god sykepleie. Dette kaller Travelbee for «den menneskelige reduksjonsprosessen» (Travelbee, 2001, s. 61-70).

2.4.3 Smertens problem

Travelbee (2001) mener at smerte er et problem for den som erfarer det og for den sykepleier eller legen som arbeider med den som erfarer det. Hun beskriver videre at smerte er en ensom erfaring hvor det er vanskelig for utenforstående å forstå den erfaringen. Siden det er vanskelig å formidle smerteerfaringen er det også vanskelig å vurdere graden eller intensiteten

av andres smerte. Helsearbeidere tar i bruk visse oppfatninger for å danne et bilde av hvor sterke smerter en person har, men det er vanskelig å vurdere det helt korrekt. Travelbee (2001) skriver i sin bok at både fysisk og psykisk smerte må ses på som ett, siden det ene påvirker det andre, slik at hele personen lider når man erfarer smerte.

Smerte kan føre til økt frykt og angst for smertene, men også motsatt. Hvordan man som sykepleier reagerer på personen som erfarer smerte kan være av stor betydning ifølge Travelbee. Hvordan sykepleier reagerer i møte med en person i smerter kan være både til hjelp, men kan også føre til problemer for personen som prøver å mestre situasjonen en befinner seg i. Personer med smerte kan merke når de ikke blir trodd, Travelbee problematiserer nettopp dette scenarioet hvor pasienten lider unødvendig fordi helsepersonell ikke tror på pasienten, som gjør at situasjonen kan forverres. Pasienters rapport av opplevelse av smerter skal alltid godtas av sykepleier, uavhengig av hvilke forventninger sykepleier har til hvilken smerteintensitet pasienten bør ha. Det er derfor viktig å se på alle aspekter ved mennesket når man skal vurdere og behandle smerter (Travelbee, 2001, s. 112-116).

2.4.4 Menneske-til-menneske forholdet

I Travelbee's teori om menneske-til- menneskeforholdet er etableringen og opplevelsen av gjensidig forståelse og kontakt hovedmålet for all sykepleie. Menneske-menneske forholdet er en gjensidig prosess som dannes gjennom en eller flere erfaringer, men det er sykepleieren som har hovedansvar for å etablere og opprettholde forholdet. Først når sykepleier bruker seg selv terapeutisk, og jobber strukturert ved å kartlegge pasientens atferd, først da er pasienten mottakelig for sykepleie. Det å bruke seg selv terapeutisk innebærer å ha innsikt i det å være et menneske, men samtidig må sykepleieren bevisst bruke sin personlighet, kunnskap og ferdigheter for å hjelpe pasienten og etablere et forhold (Travelbee, 2001, s. 177-180).

2.4.5 Kommunikasjon, førstegangsinntrykk, empati og sympati

I følge Travelbee (2001) er kommunikasjon et av de viktigste verktøy en sykepleier har, og er grunnleggende for å kunne etablere menneske-til-menneske-forholdet. Kommunikasjon er en gjensidig prosess der sykepleieren og pasienten deler eller overfører tanker og følelser. Kommunikasjon er en nødvendighet, og er et virkemiddel som brukes for å etablere

menneske-til-menneske-forholdet. Det er dermed ikke alltid slik at det vil opprettes et slikt forhold, dette vil være avhengig om sykepleieren bruker seg selv terapeutisk sammen med en metodisk intellektuell tilnærming til problemer som måtte være til stede (Travelbee, 2001, s. 135-136). Disse omfatter evner, deriblant kunnskap, sensitivitet og kommunikasjonsteknikker.

Ved første kontakt med en ny pasient vil sykepleier observere, gjøre seg antakelser og meninger om pasienten og motsatt vil pasienten gjøre dette om sykepleieren. Dette førstegangsinntrykket styres i stor grad av de holdninger sykepleieren har med seg i møtet med pasienten og er grunnlaget for de beslutning som tas om pasienten. Tidligere erfaringer med andre mennesker som ligner den personen man møter vil kunne påvirke hvordan man oppfatter dette mennesket. Hvis en sykepleier møter et menneske med rusmiddelavhengighet, men som har lite erfaring med denne pasientgruppen kan observasjonene preges av hva man hører fra annet helsepersonell eller media. Dette førsteinntrykket kan likevel endres ettersom man blir bedre kjent med personen og får mer innsikt, som gjør at karakteristikk og stereotypiseringer viskes ut. For å kunne se hverandre som *unike individ* er det viktig at man ser forbi det at man er sykepleier, pasient og diagnose. Først når man ser hverandre som unike individ vil man kunne oppnå menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 2001, s. 186-188).

Å vise empati innebærer en bevisst prosess som gjør det mulig å ta del i en annens sinnstilstand og forstå hva den andre føler og tenker. Som et resultat av empati er man i stand til å forutsi den andres atferd og bruke den kunnskapen til å hjelpe personen. Empati forutsetter at det er likhetstrekk mellom sykepleierens og pasientens erfaringer, ettersom dette ikke alltid er tilfelle, er Travelbee (2001, s. 193-195) tydelig på at sykepleieren ikke vil oppleve empati med alle mennesker han eller hun møter. Et skritt videre fra empatiprosessen er evnen til å vise sympati og medfølelse for et annet menneske og at man som sykepleier har et grunnleggende ønske om å hjelpe det andre mennesket med sine lidelser. For at sykepleieren skal kunne skape et hjelpende forhold til pasienten, er sykepleier nødt til å involvere seg følelsesmessig, men det at man som sykepleier involverer seg følelsesmessig skal ikke stå i veien for det som er målet, god og helhetlig sykepleie. Sympati og medfølelse er ikke nok for å dekke de sykepleiebehovene den syke måtte ha, medfølelsen for det andre mennesket må omsettes til intelligente, konstruktive sykepleiebehandlinger. I tillegg til å ha et

ønske om å hjelpe må den medfølgende sykepleieren bruke sykepleieprosessen aktivt og ha de kunnskaper og ferdigheter som må til for å hjelpe pasienten (Travelbee, 2001, s. 200-210).

3 Metode

3.1 Litteratursøk og søkestrategi

Jeg benyttet meg av prinsippet med kunnskapspyramiden hvor jeg startet med å finne aktuelt fagstoff i pensumbøker fra sykepleiestudiet. Videre ble det utført søk i aktuelle databaser for å finne primærstudier og annen litteratur som kunne bidra til å belyse problemstillingen.

For å gjøre problemstillingen min anvendbar og gjøre det lettere å finne tilgjengelig litteratur og forskning benyttet jeg meg av rammeverket PICO (Patient, Intervention, Comparison og Outcome) (Strømme, 2019, s. 24). Til problemstillingen min blir ikke comparison brukt, da det ikke er noe intervensjon, problemstillingen ikke skal sammenlignes med et tiltak. Problemstillingen er derfor 3-delt, og søkeordene ble definert knyttet til de tre delene for å utvikle søkestrategien. Videre brukte jeg emneordssystemet MeSH (Medical Subject Headings) for å finne engelske søkeord samt norske søkeord, som jeg satte inn i PICO (vedlegg 3).

Det ble utført søk etter aktuelle artikler i databasene Medline (Ovid), CINAHL, Svemed+, og i Pubmed. Jeg kombinerte de ulike ordene med «AND» eller «OR», som gav meg varierende resultat (Se vedlegg 3). De søkeordene som resulterte i best artikkelfunn bestod av ulike variasjoner av følgende søkeord: «attitude of health personnel», «Nurse attitudes», «Substance-related disorders», «pain management», «drug users», samt «substance abuse». I noen av databasene benyttet jeg meg kun av noen av ordene fra PICO-skjemaet, ettersom det gav et bedre resultat.

I databasen Svemed+ valgte jeg å søke både på engelsk og norsk, noe som resulterte i det samme sluttresultatet med de samme artiklene. Det er også den eneste databasen hvor jeg gjennomførte søk med norske ord.

3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å begrense og tydeliggjøre hvilken type litteratur som skal benyttes satte jeg noen inklusjons- og eksklusjonskriterier (Se vedlegg 4).

De relevante artiklene ble først valgt ut etter å ha lest tittel og sammendrag for så å bli vurdert opp mot kriteriene jeg hadde satt opp. Artiklene som ikke hadde blitt ekskludert etter dette, ble lest i fulltekst ved skumlesing, og de artiklene som ble kvalitetsvurdert ved hjelp av sjekklister (se 3.4). Utvelgelsesprosessen er fremvist i flytskjema (se vedlegg 6.)

3.4 Kildekritikk

Denne oppgaven er skrevet med utgangspunkt i litteratur og forskning. Det er derfor viktig å vurdere kildene nøye og sørge for at kildene er av god kvalitet. Forskningsresultatene kan ikke bare brukes ukritisk, men de må kritisk vurderes for å vurdere gyldigheten av informasjonen i studien (uten forfatter, 2016). Det er blitt vektlagt bruken av primærkilder for å ikke tolke andre sine tolkninger videre.

3.5 Kvalitetsvurdering

Det å foreta kvalitetsvurderinger av vitenskapelige artikler krever at man har generell kunnskap om forskningsmetoder og da spesielt om forskningsmetodene i de inkluderte artiklene (Thidemann, 2015, s. 90). På bakgrunn av dette valgte jeg å benytte meg av sjekklistene etter CASP-modellen. CASP-modellen er anerkjent og er produsert av «Clinical Appraisal Skills Programme» ved universitetet i Oxford. CASP-modellen har verktøy for å kvalitetsvurdere ulike studiedesign. I denne oppgaven har jeg benyttet meg av CASP-sjekklister for systematiske oversiktsartikler, kvalitative artikler og for prevalensstudier.

3.6 Etisk overveielse

Etisk overveielse til denne oppgaven blir blant annet at man overholder de akademiske normene for kildehenvisning (Thidemann, 2015, s. 12). I denne oppgaven brukes APA6th som referansestil. Korrekt sitering og referering er essensielt for å skape transparens i

oppgaven. Dette gjør at stoffet lett kan finnes igjen, samt at man unngår plagiat. Transparent metode gjelder for både systematiske søk og kvalitetsvurderinger av studier. Dette gjør at den som leser oppgaven enkelt kan kontrollere analyse og tolkning av data.

4 Resultat

Etter søkeprosessen beskrevet i kap. 3.1 ble fem studier inkludert, to kvalitative, to kvantitative og en systematisk oversikt. Se vedlegg 7, Litteratormatrise, for kort presentasjon av inkluderte artikler. De inkluderte studiene besvarer problemstillingen ved å diskutere hvilken betydning holdningene til helsepersonell har for samhandling med PMR, Sykepleieres egen erfaring med å samhandle med PMR og hvilke barrierer som eksisterer for god samhandling. Videre diskuteres kunnskapen sykepleier har om smertelindring og rusmiddelavhengighet, hvilken betydning denne kunnskapen har for smertebehandling og relasjonen til PMR og hvordan sykepleiere tilegner seg kunnskap.

4.1 Kunnskap om smertebehandling og sykepleiers funksjon

Det var to kvantitative studier som omhandlet kunnskap og holdninger blant sykepleiere, hvor i den ene det også var inkludert leger. Begge studiene ble utført på sykepleiere på norske somatiske sykehus og begge tok for seg opioidavhengighet og smertebehandling.

Det var totalt fire artikler som omhandlet smertebehandling til PMR i somatisk sykehus, to kvalitative og to kvantitative. De to kvantitative hadde som formål å kartlegge kunnskapen til helsepersonell om smertebehandling til rusmiddelavhengighet. De to kvalitative bestod av intervjuer med erfarne sykepleiere, hvor de tok opp utfordringer som smertebehandling til PMR i somatisk sykehus kunne by på. Den ene kvalitative artikkelen er fra norsk sykehus, mens den andre er tatt fra et sykehus i England.

Begge de kvantitative studiene ble utført på norske somatiske sykehus og begge tok for seg opioidavhengighet og smertebehandling under innleggelse. I begge studiene ble det samlet inn data ved bruk av spørreskjema. Disse spørreskjemaene var ulike, men de hadde noen likhetstrekk. Begge studiene viser at respondentene hadde god kunnskap om toleranseutvikling og at pasienter som har en opioidavhengighet har behov for større doser

opioider for å få tilstrekkelig smertelindring. I studien til Li et al. (2012) fant de ut at det var kun 23% av respondentene som brukte smertekartleggingsverktøy ofte. I Krokmyrdal & Andenæs (2015) var det kun rett over halvparten av respondentene som følte de var i stand til å evaluere graden av smerte hos pasienten, mens 65% følte de var i stand til å vurdere årsaken til denne smerten. Et område det var felles usikkerhet rundt, var om pasienter med opioidavhengighet er overfølsom for smerte. I Li et al. (2012) svarte rett under halvparten av respondentene at de ikke visste om pasienter med opioidavhengighet var overfølsom for smerte. I Krokmyrdal & Andenæs (2015) var ca. 60% enig i at opioidavhengighet førte til økt smerte. Mangler på kunnskap hos sykepleiere når det kommer til forståelse av hyperalgesi og betydningen av god kartlegging av pasientens rusmiddelavhengighet er noe som også problematiseres i de kvalitative studiene Morley et al. (2015) og Govertsen et al. (2019).

Informantene i studien til Govertsen et al. (2019) erfarte at pasientenes tankekjør, søvnunderskudd, angst og depresjon kunne skape store utfordringer i smertelindringen. Det er derfor viktig at man kartlegger pasientens rusmiddelavhengighet og smerte godt slik at smerteregimer kan tilpasses hver enkelt pasient (Govertsen et al., 2019). I studien til Li et al. (2012) viser resultatet at 38% av sykepleierne kartla pasientens rusproblematikk. Sykepleiere følte også at de manglet kunnskap om hvordan opioidavhengighet kan påvirke smerteopplevelsen og smertebehandlingen. Sykepleiere fra flere studier sa at desto mer erfaring man hadde med pasientgruppen, desto tryggere følte man seg i håndteringen av PMR og samtidig smerter (Govertsen et al., 2019; Morley et al., 2015). Erfaringen handlet ikke bare om selve pasientgruppen, men også i håndteringen av store doser opioider som noen pasienter hadde behov for. Ifølge respondenter i to av studiene så var de mindre erfarne sykepleierne ukomfortable med å gi høye doser opioider, noe som også var forståelig ifølge de sykepleierne som har spesialkompetanse innenfor smertelindring (Govertsen et al., 2019; Morley et al., 2015).

Videre poengterer sykepleierne i Morley et al. (2015) og Govertsen et al. (2019) viktigheten av et godt samarbeid mellom sykepleiere og leger på postene, noe som ikke alltid var tilfelle. I studien til Govertsen et al. (2019) følte flertallet av informantene at deres kompetanse ikke alltid ble benyttet og legene på sengeposten ønsket å utforme egne smerteregimer. Dette sa informantene førte til at pasientene ikke fikk nødvendig smertelindring og kunne skape

frustrasjon blant sykepleierne på posten. Videre i en annen studie følte de mindre erfarne sykepleierne seg hjelpeløse i utøvelsen av smertelindring til pasienter, da de følte legene hadde siste ordet i hvilke legemidler som skulle ordineres og at dette ikke var tilstrekkelig til å lindre smertene hos pasienten. En annen årsak var at de følte at legene var mer opptatt av å kurere pasientens avhengighet istedenfor å smertelindre pasienten (Morley et al., 2015).

4.2 Tilegning av kunnskap

Sykepleiere fra smerteteam erfarte smertebehandling til tider var dårlig og at det var manglende kunnskap hos enkelte sykepleiere på sengeposter (Govertsen et al., 2019). Manglende kunnskap om smertebehandling hos sykepleiere er noe som bekreftes i tidligere studier (Krokmyrdal & Andenæs, 2015; Li et al., 2012; Morley et al., 2015).

I studien til Krokmyrdal & Andenæs (2015) får sykepleierne spørsmål knyttet til hvilke kilder de har til kunnskap. Det kommer da frem at arbeidstedet og kollegaer er hovedkilder til kunnskap, og at sykepleierutdanningen i liten grad er kilden til kunnskap om smertebehandling. Som et tiltak i å øke kompetansen blant sykepleiere mente informantene i studien til Govertsen et al. (2019) at det måtte arrangeres fagdager og spesifikke smertekontakter. Fokus på mer undervisning og økt kompetanse påpekes også av forskerne i Morley et al. (2015) og Li et al. (2012). I flere studier ble det funnet ut at trening og undervisning til helsepersonell, hadde en positiv innflytelse på holdninger og kunnskapen om PMR, og til arbeidet helsepersonellet hadde med denne pasientgruppen (Ding et al., 2005; Happell and Taylor, 2001; Howard and Holmshaw, 2010; May et al., 2002 referert i van Boekel, Brouwers, van Weeghel & Garretsen, 2013).

4.3 Holdninger og relasjon

I en systematisk oversikt utført av Van Boekel et al.(2013) ble det funnet at helsepersonell generelt sett hadde dårlige holdninger mot PMR. Dårlige holdninger eller skepsis rundt pasientens troverdighet og formidling av behov går igjen i flere av studiene inkludert i oppgaven (Govertsen et al., 2019; Krokmyrdal & Andenæs, 2015; Li et al., 2012; Morley et al., 2015). I studien til Georgina Morley et al.(2015) beskriver respondentene erfaringer hvor de oppfatter pasienter med rusmiddelrelaterte forstyrrelser og smerter for å være vanskelige, manipulerende, aggressive, ikke-samarbeidende, upålitelig, uhygienisk og generelt

utfordrende. Disse karakteristikene stemmer overens med beskrivelser fra en tidligere studie (McGillion et al., 2000; referert i van Boekel et al., 2013). Det var likevel viktig at selv om informantene generaliserte og sa at PMR var vanskelige, så påpekte de også at hver enkelt PMR med smerter er forskjellige og må bli behandlet helhetlig. Disse karakteristikene var ifølge en respondent i studien til Morley et al. (2015) med på å påvirke oppfatningen og smertevurderingen av pasienten. Videre sa respondentene at PMR og smerter ofte spurte etter økende mengder analgetika eller om spesifikke legemidler og doser, noe som kunne gjøre dem mer mistenksom ovenfor pasientens rapportering av smerte. I Krokmyrdal & Andenæs (2015) sin studie var over halvparten av sykepleierne enig i at opioidavhengige ikke var ærlig ved rapportering av effekt av smertestillende, og at opioidavhengige overdrev smerterapporteringen med mål om å få mer smertestillende. Følelsen av å bli manipulert gikk også igjen i studien til Li et al. (2012) hvor over halvparten av sykepleierne følte seg manipulert av opioidavhengige pasienter, mens ca. 20% av sykepleierne var enig i at den opioidavhengige pasient forteller sannheten når de formidler smerteintensiteten. Videre i studien til Li et al. (2012) svarte 29% av sykepleierne «både og» på spørsmål om opioidavhengige prøvde å lure dem når de ba om smertestillende og rett over halvparten av sykepleierne var enig i påstanden om at opioidavhengighet var en sykdom.

Gilchrist et al. (2006) (referert i van Boekel et al., 2013) fant i sin studie ut at helsepersonell anser det å jobbe med rusmiddelavhengige som mindre givende sammenlignet med andre pasientgrupper, som for eksempel pasienter med depresjon eller diabetes. McLaughlin et al. (2006) i van Boekel et al. (2013) fant ut i studien at de fleste helsepersonell ikke føler, eller er ikke villig til å ha empati med pasienter som bruker illegale rusmidler. Videre fant en studie ut at sykepleiere var lite motivert og rapporterte at det var lite givende å jobbe med pasienter som brukte ulovlige rusmidler (Ford et al. (2008) referert i van Boekel et al., 2013). På en annen side var det flere studier som fant ut at helsepersonell som hadde mer personlig relasjon, mer jobberfaring eller kontakt med rusmiddelavhengige, var mer positiv til å jobbe med dem (Brener et al., 2007; Ding et al., 2005; Gianneti et al., 2002; May et al., 2002; Russel et al., 2011); referert i van Boekel et al., 2013). Hvordan erfaring spiller inn for trygghet i relasjonen til den rusavhengige er noe som også tas opp i Govertsen et al. (2019).

Informantene i Govertsen et al. (2019) sa at adferden til PMR kan skyldes at de er vant til å bli møtt med mistillit og at de kommer fra et miljø hvor de ikke er vant til å stole på noen. Informantene mente at selv om denne mistilliten eksisterer så må man likevel ansvarliggjøre pasientene og at tillit går begge veier. De sa videre at de hadde samme tilnærming til rusavhengige som til andre pasienter med smerteproblematikk, og at de ikke stigmatiserte, men at de var grensesettende. I studien til Georgina Morley et al. (2015) diskuterer informantene de komplekse sosiale og psykososiale behovene til PMR. Informantene sa at PMR ofte brukte illegale rusmidler for å håndtere vanskeligheter i livet. La man til smerteproblematikken så var det viktig å være fleksibel og tolerant ovenfor pasientens behov. De mente videre at hvis man er klar over disse behovene, kan man gi en helhetlig og personsentrert pleie. Det kommer frem i studier at de negative holdningene kan skyldes at det var følelsesmessig utfordrende og stressende å jobbe med pasienter som har dobbeltdiagnoser (Ford, 2011; Dean and Soar, 2005; referert i van Boekel et al., 2013). Brener et al. (2010) (Referert i van Boekel et al., 2013) sier at pasienter som ble diskriminert av helsepersonell var mindre fornøyd, som førte til at det var mindre sannsynlig at de fullførte behandlingen. Videre ble det påpekt at pasienter var mer fornøyd når helsepersonellet viste positive holdninger.

Flere studier peker mot at organisatorisk støtte er viktig i arbeidet med forbedring av helsepersonells holdninger (Govertsen et al., 2019; Morley et al., 2015; van Boekel et al., 2013).

5 Diskusjon

Sykepleieres kunnskap og holdninger om smertebehandling og rusavhengighet er viktig for å kunne gi god og omsorgsfull behandling til PMR, og kunne skape og opprettholde et godt tillitsforhold. Ved at sykepleieren jobber kunnskapsbasert kan sykepleieren øke sin faglige troverdighet, redusere forekomsten av tilfeldig smertelindring og kan øke sykepleierens forståelse og ha mer respekt for smerteopplevelsene til pasienten (Danielsen et al., 2017, s. 382). På bakgrunn av dette kan det være naturlig å si at en sykepleier som møter en pasient med rusmiddelavhengighet og smerter, har et stort ansvar i det å hjelpe pasienten til å mestre de utfordringene som er knyttet til smerteopplevelsen og sykehusoppholdet. I dette kapittelet vil jeg diskutere oppgavens problemstilling opp mot resultat og teorien satt for oppgaven. Jeg vil benytte meg av ordet rusmiddelavhengighet i de fleste tilfeller, men siden en del av

artiklene jeg har inkludert omhandler opioidavhengighet vil jeg også bruke dette ordet. Diskusjonsdelen er bygd opp rundt de tre temaene som ble beskrevet i resultatdelen.

5.1 Kunnskap om smertebehandling og sykepleierens funksjon

Kunnskapsnivået til sykepleiere, og i enkelt tilfeller leger og annet helsepersonell ble diskutert i alle artiklene. Med kunnskap menes både medisinsk- og sykepleiefaglig kunnskap. I retningslinjene for smertelindring (Den Norske Legeforening, 2009) påpeker de at rusmiddelavhengige ofte blir underbehandlet, dette blir også omtalt i studien til Morley et al. (2015). Pasienter med rusmiddelavhengighet kan på grunn av sine rusrelaterte lidelser være spesielt utsatt for økte smerter. Dette skyldes hovedsakelig opioid-indusert hyperalgesi, økt legemiddeltoleranse og abstinenser (Goversten et al., 2019; Li et al., 2012).

Sykepleieren er den som har mest kontakt med pasienten, derfor er kartlegging og vurdering av pasientens smerter og rusmiddelavhengighet en viktig sykepleieoppgave. Ved hjelp av en systematisk kartlegging og vurdering av pasientens smerter iverksettes tiltak som skal bedre pasientens smertetilstand (Danielsen et al., 2017, s. 388-393; Den Norske Legeforening, 2009, s. 33). For å kartlegge smertetilstanden kan for eksempel smertekartleggingsverktøy som NRS/VAS (se vedlegg 1) eller McGill smerteskjema (se vedlegg 2) brukes for å få en bedre forståelse av smerten. Ved bruken av disse skjemaene blir vurderingen mer nyansert og pasienten kan selv følge med på om tiltak som iverksettes har effekt (Danielsen et al., 2017, s. 390). Endimensjonale smertekartleggingsverktøy er nyttig ved behandling av akutte smerter, da de kan fortelle noe om effekten av smertelindrende tiltak. Det er likevel viktig å få tilleggsbeskrivelser av smertene, dette innebærer smertens plassering, variasjon, varighet, hvordan smerten arter seg og hva som utløser smerten (Danielsen et al., 2017, s. 389). Et av hovedmålene med smertelindringen er at pasienten selv er klar over hva som er målet for behandlingen. Som sykepleier må man informere pasienten tilstrekkelig slik at pasienten er klar over hvilke forventninger som kan stilles til behandlingen, slik at pasienten ikke får unødvendig angst, frykt eller urealistiske forventninger (Den Norske Legeforening, 2009). Korrekt bruk av smertekartleggingsverktøy gjør at det blir mindre rom for sykepleiers egne holdninger og oppfatninger av pasienten blir en del av vurderingen (Danielsen et al., 2017, s. 390). Det kommer derimot frem i studien til Li et al. (2012) at det kun var en fjerdedel av respondentene som ofte eller ganske ofte brukte smertekartleggingsverktøy på pasienter med

opioidavhengighet og smerter, noe som forskerne i studiet mener kan henge sammen med manglende rutiner, og stigmatiserende og negative holdninger ovenfor PMR (Li et al., 2012). I studien til Krokmyrdal & Andenæs (2015) mente 80% av sykepleierne at de kunne gjenkjenne smerter, og største andelen av sykepleierne mente de kunne bruke opioider som smertelindrende medikamenter og evaluere de smertelindrende tiltakene. På en annen side så var det manglende kunnskap rundt det å evaluere graden av smerte og evaluere årsaken til smerte. Det kommer også fram av studien til Krokmyrdal & Andenæs (2015) at rett over halvparten av sykepleierne er enig i at pasienter med opioidavhengighet og smerte ikke blir tilstrekkelig smertelindret, mens resterende er enig eller vet ikke om de blir tilstrekkelig smertelindret.

I studien til Li et al. (2012) var det et mindretall av respondentene som kartla pasientens rusproblematikk, og da leger oftere enn sykepleierne. Sykepleiere følte også at de manglet kunnskap om hvordan opioidavhengighet kan påvirke smerteopplevelsen og smertebehandlingen. Sykepleiere fra flere studier sa at desto mer erfaring man hadde med pasientgruppen, desto tryggere følte man seg i håndteringen av PMR og samtidig smerter (Govertsen et al., 2019; Morley et al., 2015). Erfaringen handlet ikke bare om selve pasientgruppen, men også i håndteringen av store doser opioider som noen pasienter hadde behov for. Ifølge respondenter i to av studiene så var de mindre erfarne sykepleierne ukomfortable med å gi høye doser opioider, noe som også var forståelig ifølge de sykepleierne som har spesialkompetanse innenfor smertelindring (Govertsen et al., 2019; Morley et al., 2015).

Ved langvarig bruk av et rusmiddel kan man få en økt toleranse for rusmiddelet, som gjør at pasienten har behov for større doser for å oppnå ønsket effekt. I møte med PMR er det på grunn av det økte behovet for stoffet viktig å kartlegge bruks- og avhengighetstype for å kunne forebygge abstinenser, og kunne tilby god smertebehandling. I studien til Li et al. (2012) undersøker de kunnskapen til sykepleiere og leger, hvor ca. 70% av respondentene svarte at opioidavhengige har behov for større doser opioider for å få adekvat smertelindring. I studien til Krokmyrdal & Andenæs (2015) svarte 91.8 % av sykepleierne at pasienter med opioidavhengighet har behov for mer smertestillende sammenlignet med pasienter som ikke er avhengig. En annen komplikasjon av langvarig bruk av et rusmiddel er hyperalgesi, når det

brukes i sammenheng med opioider så kalles det for opioid-indusert hyperalgesi. Det er derfor også spesielt krevende å behandle en pasient som har en opioidavhengighet (Skoglund & Biong, 2012, s. 194). I studien til Li et al. (2012) viste nærmere halvparten av respondentene at de hadde manglende kunnskap om hyperalgesi. Til sammenligning viste studien til Krokmyrdal & Andenæs (2015) at ca. 60% av sykepleierne var enig i at opioidavhengighet førte til økt smerte. Mangler på kunnskap hos sykepleiere når det kommer til forståelse av hyperalgesi ble også tatt opp i studiene Morley et al. (2015) og Govertsen et al. (2019). Usikkerheten rundt økt følsomhet for smerte kan indikere at sykepleierne ikke har nok kunnskap om hyperalgesi og kan være en årsak til at håndteringen av smertelindrende medikamenter er utilstrekkelig.

Abstinenser kommer som følge av at virkningen av et rusmiddel avtar og kan vise seg i form av milde symptomer som uro, tristhet, mangel på energi og irritabilitet, til mer alvorlige symptomer som forhøyet blodtrykk og puls, svettebyger, smerter og kvalme og psykose (Skoglund & Biong, 2012, s. 189-190). For å unngå at pasienten får abstinenser under innleggelse i sykehus er det viktig at pasientens basale opioiddose blir erstattet (Den Norske Legeforening, 2009, s. 33). Det kommer derimot frem i studien til Li et al. (2012) at under halvparten av respondentene erstattet pasientens daglige inntak av opioider, noe som kan gjøre det vanskeligere å forhindre abstinenser hos pasienten. Abstinenssymptomer og tegn til smerte kan ligne på hverandre. Ved smerter har man både fysiologiske tegn og atferdsmessige tegn. Dette kan være forhøyet blodtrykk, hurtigere puls, svetting, blek, kaldsvettende, gråter og ynker, lager grimaser, økende muskelspenninger, angst og søvnløshet (Danielsen et al., 2017, s. 389 og s. 395). Sammenlikner man disse med abstinenssymptomene er det noen klare likheter, som for eksempel høy puls, høyt blodtrykk og svettebyger. Dette gjør at det kan være vanskelig å skille dem fra hverandre. Legger man til at denne pasientgruppen på grunn av sin levemåte har mer tankekjør, søvnunderskudd, angst og depresjon kan det være store utfordringer knyttet til smertelindringen (Govertsen et al., 2019).

5.2 Tilegning av Kunnskap og kompetanse

Sykepleiere som jobber i smerteteam erfarte at smertebehandling til tider var dårlig og at det var manglende kunnskap hos enkelte sykepleiere på sengeposter (Govertsen et al., 2019). Noe som kommer godt frem i studien til Li et al. (2012) hvor sykepleier vurderer sitt eget

kunnskapsnivå om smertelindring til å være lav til middels og i studien til Krokmyrdal & Andenæs (2015) hvor nærmere 90% av sykepleierne svarte negativt på om de hadde nok kunnskap om smertelindring. I studien til Krokmyrdal & Andenæs (2015) fant de ut at de fleste sykepleierne anså arbeidsstedet og kollegaer som de viktigste ressursene for sin kunnskap, videre viste studien at kurs, internett, bøker, journaler og skoleutdanning ble i liten grad benyttet som kilder til kunnskap. Faren ved at arbeidsstedet og kollegaer blir brukt som hovedkilde til utvikling av ens egen kunnskap er at kompetansen kan bli mangelfull og at kompetansen blir mer erfaringsbasert istedenfor kunnskapsbasert. For å unngå dette mente Krokmyrdal og Andenæs (2015) at erfaringen fra arbeidsstedet må bidra med kunnskap og ferdigheter, samt refleksjon over sine holdninger og meninger slik at sykepleierne kan tilby profesjonell helsehjelp. Dette stemmer overens med tidligere funn hvor de også påpeker at det er et behov for mer spesifikk undervisning og opplæring i hvordan man skal håndtere de utfordringene PMR har. Det foreslås at dette trekkes inn i grunnutdanningen og i opplæringen av helsepersonell (Deans and Soar, 2005; Giannetti et al., 2002; McLaughlin et al., 2006; Ding et al., 2005; Howard and Holmshawe, 2010; May et al. 2002; referert i van Boekel et al., 2013). Krokmyrdal & Andenæs (2015) stiller spørsmål ved om grunnutdanningen i sykepleie gir studenter nok kunnskap og ferdigheter relatert til å gi god nok behandling til denne pasientgruppen. Jeg kan selv relatere til dette, og ble selv introdusert for begrepet abstinensbehandling og bruken av kartleggingsskjema for rusmiddelavhengighet utenom utdanningen. Det kan dog ikke forventes at skoleutdanningen skal gå dypt inn i spesialfelt da studiet er en grunnutdanning og skal forsøke å gi studenter en grunninnføring i mange emner innenfor sykepleiefaget. Forskerne i Li et al. (2012) trekker frem tiltak som undervisning og klinisk integrert læring som verktøy for å øke kunnskapen hos sykepleierne. Undervisning og opplæring er noe som også trekkes frem i studien til Govertsen et al. (2019), her mener informantene at fagdager og smertekontakter på sengeposter kan bidra til at kompetansenivået om rusmiddelavhengighet og smertelindring økes. Det må også understrekes at sykepleierne har et eget ansvar for sin egen faglighet og utøvelse av sykepleie, noe som trekkes frem i de de yrkesetiske retningslinjer for sykepleie (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

5.3 Holdninger og relasjon

Rusmiddelavhengighet ble tidligere knyttet til moral, og de rusmiddelavhengige ble ansett for å være skyldig i sin egen lidelse. Denne trenden mener Skoglund og Biong (2012, s. 188) har snudd, imidlertid viser funnene fra forskningen at mange sykepleiere har negative holdninger overfor PMR, som kan føre til at pasienten blir stereotypisert (Krokmyrdal & Andenæs, 2015; Li et al., 2012; Morley et al., 2015; van Boekel et al., 2013). Som følge av dette kan relasjonsbyggingen til pasienten bli vanskeligere og kan potensielt hindre god sykepleie (Krokmyrdal & Andenæs, 2015; Travelbee, 2001, s. 61-70; van Boekel et al., 2013). På en annen side så reflekterer informantene i Morley et al. (2015) rundt dette med stereotypisering og at alle PMR og smerter er forskjellig, og må derfor behandles individuelt og helhetlig. Ved relasjonsbygging til pasienten er Travelbee sin teori om menneske-til-menneskeforhold viktig. Hvis jeg som sykepleier går inn med negative holdninger i møte med en pasient, kan dette føre til at det dannes et forvridd førstegangsinntrykk. Hvis disse holdningene ikke endres og de karakteristikene som er blitt tilegnet pasienten fjernes, vil man kun se de karakteristikene eller atferden som man mener pasienten har. Dette kan føre til at man som sykepleier handler og tar avgjørelser uten noen videre refleksjon av problemstillinger som måtte dukke opp. Det er derfor viktig sykepleieren har et reflektert og bevisst forhold til sine egne holdninger (Travelbee, 2001, s. 186-188). Selv om mesteparten av funnene peker på at det eksisterer negative holdninger er det viktig for meg å trekke frem at ikke alle sykepleiere har negative holdninger, men at det er viktig at man som sykepleier har rom for forbedring.

Peckover og Chidlaw (2007)(referert i van Boekel et al., 2013) viser i sin studie at helsepersonell bruker mindre inne tid inne hos denne pasientgruppen sammenlignet med andre pasienter, og tilnærmingen var da ofte oppgaveorientert. Noe som er motstridende til hva informantene i Govertsen et al. (2019) anbefaler, for at pasienter skal føle seg trygge må det bli satt av god tid, man må vise respekt overfor pasienten og man må ta smertene på alvor. Samtlige av studiene viser i varierende grad at sykepleierne oppfattet PMR manipulerende, vanskelige, aggressive, uhygieniske, ikke-samarbeidende, uærlig om effekten av smertelindring, overdriver smerteopplevelsen og generelt utfordrende å jobbe med (Krokmyrdal & Andenæs, 2015; Li et al., 2012; Morley et al., 2015; van Boekel et al., 2013). Slike karakteristikker kan ifølge Morley et al. (2015) være med på å påvirke oppfatningen og smertevurderingen av pasienten. Det å bare bli sett på som en «pasient», er noe Travelbee (2001) beskriver i sin teori om mellommenneskelig forhold. Det å bli behandlet som et objekt

eller en arbeidsoppgave kan føre til reaksjoner som sinne, irritabilitet, anspenhet, tristhet, angst, depresjon, håpløshet og pasienten kan føle seg utrygg. Ser man på sammenhengen mellom oppfatningen sykepleierne har og i lys av Travelbee sin teori om reaksjoner, kan atferden ses på som en konsekvens av det å bare blitt sett på som en arbeidsoppgave. Etableringen av menneske-til-menneskeforholdet er avhengig av at sykepleieren ser forbi disse karakteristikene og ser på pasienten som et unikt individ, og at pasienten ser på sykepleieren som et unikt individ. Det viser seg derimot at sykepleiere synes det er vanskelig å ivareta PMR sammenlignet med andre pasienter. Helsehjelpen var suboptimal og sykepleierne hadde en unnvikende tilnærming, som kan føre til mindre personlig involvering og redusert empati overfor pasienten (McLaughlin et al., 2006; Peckover and Chidlaw, 2007; referert i van Boekel et al., 2013). Redusert evne til å føle empati overfor pasienten kan bety at de ikke klarer å se forbi atferden, som følge av dette er ikke sykepleierne i stand til å sette seg inn i pasientens følelser og tanker. Det å føle empati for pasienten er ifølge Travelbee (2001) et kriterium for å lykkes med etableringen av menneske-til-menneske forholdet, når dette ikke er tilstede er det derfor ikke mulig å få til et gjensidig forhold med tillitt og forståelse.

En god relasjon mellom sykepleier og pasient er essensielt for adekvat smertebehandling. En informant i studien til Govertsen et al. (2019) påpeker at hvis man blir for skeptisk til pasienten klarer man ikke å bygge en allianse med pasienten og poengterer at det er viktig at de blir møtt på samme måte som alle andre pasienter. Sykepleieren må ifølge Travelbee (2001) vise omsorg for individet, men ikke fordi dette er fast bestemt av arbeidsbeskrivelsen, men fordi sykepleieren virkelig ønsker å hjelpe individet. Skepsisen hos helsepersonell blir fort avslørt av pasienten, og pasienter som oppfattet helsepersonell som diskriminerende har høyere risiko for å avbryte behandlingen (Skoglund & Biong, 2012, s. 189; van Boekel et al., 2013). Respondentene i Morley et al. (2015) erfarte at PMR og smerter ofte spurte etter økende mengder analgetika eller om spesifikke legemidler og doser, noe som kunne gjøre dem mer mistenksom ovenfor pasientens rapportering av smerter. Denne følelsen av mistenksomhet ovenfor PMR sin troverdighet er noe som går igjen i flere andre studier (Krokmyrdal & Andenæs, 2015; Li et al., 2012). Mange rusmiddelavhengige har en levemåte hvor de ikke er vant til å stole på noen og forhandlinger står sentralt, desto viktigere er det at man som sykepleier møter pasienten på en trygg, ærlig og direkte måte (Govertsen et al., 2019; Skoglund & Biong, 2012, s. 189). Hvis pasienten opplever å være tilstrekkelig smertelindret, vil ikke pasienter innta rusmidler i skjul og den russøkende adferden vil

opphøre (Li et al., 2012). Russøkende atferd som slutter ved tilstrekkelig smertelindring kalles for pseudoavhengighet (Oliver et al., 2012).

En informant i studien til Morley et al. (2015) sa at pasienter som søker hjelp eller er i et substitusjonsprogram oftere blir behandlet gunstigere, siden de ble sett på som å gjøre «det rette». Håkonsen (2009, s. 203-219) skriver i sin bok at normer beskriver hva som er akseptabel atferd eller ei, og at de er styrt av sosiale aspekter. Videre skriver han at en norm handler om hvilke forventninger man har til en atferd i en gitt situasjon og er av stor betydning for hvordan man tilpasser seg hverandre i relasjonsbygging. Ser man på det informantene sa i lys av Håkonsen sin teori kan det antas at det helsepersonellet mener er riktig påvirker helsepersonells inntrykk av pasienten. Informantene i Morley et al. (2015) mente at erfaring med pasientgruppen fører til bedre positive holdninger overfor PMR. Dette samsvarer med funn i både Govertsen et al.(2019) og van Boekel et al. (2013) hvor sykepleiere med mer kunnskap og utdanning har en mer positiv og ikke-stigmatiserende holdning til PMR. Holdningene våre kan i tillegg til tidligere erfaringer styres av kulturell bakgrunn, egen oppfattelse av smerte, personlighet, alder, religiøs tro mfl. (Oliver et al., 2012). Ser man på Travelbee sin teori om dannelse av førsteinntrykk, kan funnene samsvare med at individenes bakgrunns erfaring er av stor betydning for hvordan man møter pasienten (Travelbee, 2001, s. 186).

Jeg har i denne og forrige del av drøftingen lagt frem hvordan kunnskapsnivået rundt smertelindring til PMR er og hvilke holdninger sykepleiere har til denne pasientgruppen. For at det skal være en struktur i drøftingen har jeg forsøkt å holde disse to delene adskilte. Det er likevel klare sammenhenger mellom kunnskap og holdninger som jeg ønsker å understreke ved å bruke Travelbee sin teori om etableringen av menneske-til-menneskeforholdet. Hun skriver at kommunikasjon er et av de viktigste verktøyene sykepleieren har. Man må bruke kommunikasjon kombinert med å bruke seg terapeutisk, og selv om man skal være vennlig, så skal ikke dette stå i veien for at man bruker en metodisk intellektuell tilnæringsmåte. Dette skal kombineres med kunnskap og ferdigheter slik at man på en systematisk måte hjelper pasienten (Travelbee, 2001, s. 135-136, 177-180).

5.4 Metodediskusjon

For å svare på oppgaven er det blitt brukt litteraturstudie som metode. Søkestrategi med valg av bestemte søkeord, databaser, søkemotorer, samt inklusjons- og eksklusjonskriterier vil ha stor innvirkning på resultatet i oppgaven. Ved et litteraturstudium som metode bruker man eksisterende forskning og faglitteratur, hvordan man tolker disse kildene har betydning for hvordan problemstillingen blir besvart. Det stilles derfor krav til hvordan man kritisk vurderer artikler man velger å ta med i litteraturstudiet. Valg av søkeord ble gjort systematisk ved hjelp av PICO-skjema, Under søkeprosessen valgte jeg å bruke 4 databaser for å sikre tilfredsstillende resultater, noe som i etterkant var litt for mye siden noen av søkene i databasene ikke ga like fruktbart resultat, samtidig gjorde det at det ble mindre oversiktlig.

For å sikre at de artiklene som skulle inkluderes var relevant i forhold til problemstillingen ble det laget inklusjons- og eksklusjonskriterier. De valgte artiklene ivaretar mine inklusjons- og eksklusjonskriterier. Da de er fagfellesvurdert, omhandler sykepleieperspektiv om holdninger, kunnskap eller erfaringer, forskning gjort i vestlige land, er tilgjengelig i fulltekst og er begrenset til 2010 eller nyere. Ved å begrense resultatet til å være fra 2010 eller nyere sørget jeg for at det var relativt ny forskning som er inkludert i litteraturstudiet. Det kan stilles spørsmål ved inkluderingen av studiet til van Boekel et al. (2013), da denne har inkludert funn som både er i og utenfor sykehus. Til tross for at denne dette valgte jeg å inkludere denne artikkelen siden den gir god innsikt i hvilke holdninger som eksisterer blant helsepersonell og forklaringer til disse holdningene.

Det er fem inkluderte studier i denne oppgaven, som totalt sett gir et stort utvalg av data. De tar opp sykepleieres holdninger og erfaringer med smertebehandling til PMR, enten som helhet eller hvor fokuset har vært på kun holdninger eller kun smertebehandling til PMR. Selv om tematikken er for det meste lik i alle studiene, tar de også opp ulike nyanser med tematikken som gir et mer helhetlig bilde av tematikken. Det er ikke så mange store studier som er gjort landsdekkende på disse temaene, derfor representerer de funnene som er fra Norge, kun små områder med begrensede antall deltakere. Dette gjør det utfordrende er å generalisere temaer som kunnskap og holdninger til å gjelde alle sykepleiere.

Det kan ses på som en svakhet at jeg ikke har så mye tidligere erfaring med litteraturstudium som metode. Begrenset erfaring innen forskning og i utøvelsen av sykepleie kan gjøre at oppgaven bærer preg av selektiv bestemmelse av inkluderte artikler. For å unngå dette er det blitt benyttet samtaler med veileder, kritisk vurdering av artikler og hjelp til litteratursøk ved utdanningsinstitusjonen.

6 Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven var å finne ut hvilken betydning kunnskap og holdning blant sykepleiere har for utøvelsen av smertebehandling til pasienter med rusmiddelavhengighet når de er innlagt i somatisk sykehus. Litteratursøket og søkeprosessen som denne oppgaven tar utgangspunkt i ga mange relevante treff. De inkluderte studiene viser til et stort litteraturfelt, hvor det er blitt gjort noe forskning på det i Norge. Gjennom dette litteraturstudiet har det kommet frem at sykepleiere ikke har nok kunnskap om rusmiddelavhengighet og smertebehandling, samt negative holdninger og stigmatisering kan føre til at denne pasientgruppen ikke mottar adekvat smertelindring. Sykepleiere benyttet seg i liten grad av kartleggingsverktøy, selv om studier har vist at dette er nødvendig for å kunne tilby pasienten tilstrekkelig smertelindring.

Jeg har lært mye ved å arbeide med denne oppgaven, ikke bare om rusmiddelavhengighet og smertebehandling, men også om hvordan mine holdninger og tanker kommer frem i møte med andre mennesker. Som fremtidig sykepleier har jeg et faglig, etisk og personlig ansvar for utøvelsen av min egen praksis. Det er viktig at jeg reflekterer over mine egne holdninger og at jeg aktivt søker ny kunnskap, samt at jeg bidrar til en positiv kultur i avdelingen. Funnene fra litteraturstudiet viser at arbeidsstedet og kollegaer hovedsakelig var kildene til sykepleieres kompetanse, som indikerer at det utøves en mer erfaringsbasert praksis istedenfor en kunnskapsbasert praksis. En del av min konklusjon vil være at det eksisterer et behov for mer tilrettelagt undervisning og positiv veiledning slik at sykepleiere får mer kunnskap, bedre holdninger, bedre praktiske ferdigheter og forståelse i arbeid med pasienter med en rusmiddelavhengighet.

Jeg håper at denne oppgaven kan bidra med å belyse problemstillingen, og kan bidra til økt forståelse for de utfordringer som er knyttet til pasienter med en rusmiddelavhengighet og smerte som er innlagt i somatisk sykehus.

7 Litteraturliste

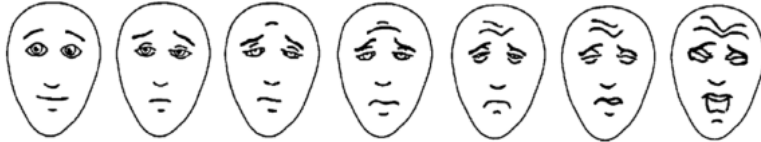
- Alaa Abd-Elsayed & Timothy R. Deer. (2019). Different types of pain. I *Pain : A Review Guide* (s. 15-16). CHAM: Springer International Publishing : Imprint: Springer.
- Bakke, E., Bogstrand, S. T., Normann, P. T., Ekeberg, Ø. & Bachs, L. (2016). Influence of alcohol and other substances of abuse at the time of injury among patients in a Norwegian emergency department. *BMC Emergency Medicine*, 16(1)doi:10.1186/s12873-016-0085-2
- Biong, S. & Ytrehus, S. (2012). *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. Oslo: Akribe.
- Blay, N., Glover, S., Bothe, J., Lee, S. & Lamont, F. (2012). Substance users' perspective of pain management in the acute care environment. *Contemporary Nurse : a Journal for the Australian Nursing Profession*, 42(2), s. 289-297. Hentet fra <https://search.proquest.com/docview/1267733467?accountid=15685>Hentet fra http://openurl.bibsys.no/openurl??url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&genre=article&sid=ProQ:ProQ%3Ahealthcompleteshell&atitle=Substance+users%27+perspective+of+pain+management+in+the+acute+care+environment&title=Contemporary+Nurse+%3A+a+Journal+for+the+Australian+Nursing+Profession&issn=10376178&date=2012-10-01&volume=42&issue=2&spage=289&au=Blay%2C+Nicole%3BGlover%2C+Stephanie%3BBothe%2C+Janine%3BLee%2C+Susan%3BLamont%2C+Fiona&isbn=&jtitle=Contemporary+Nurse+%3A+a+Journal+for+the+Australian+Nursing+Profession&title=&rft_id=info:eric/23181379&rft_id=info:doi/
- Danielsen, A., Berntzen, H. & Almås, H. (2017). Sykepleie ved smerter. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (5. utg., s. 381-427). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Den Norske Legeforening. (2009). *Retningslinjer for Smertelindring* (13 978 82 8070 075 9). Oslo: Den Norske Legeforening. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/anestesiologi/retningslinjer-for-smertebehandling>
- Fekjær, H. O. (2009). *Rus : bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historie* (3. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Govertsen, A. B., Aanensen, C. & Moi, E. B. (2019). Smerteteam kan være god støtte for helsepersonell ved smertelindring til rusavhengige. [Pain teams can provide good support to healthcare personnel in the pain relief of opioid-dependent patients]. *Sykepleien Forskning*, 14(e-75746), s. 1-22. Hentet fra <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.75746>
- Granheim, T. H., Raaum, K., Christophersen, K.-A. & Dihle, A. (2015). Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne. *Sykepleien Forskning*, (4), s. 326-334. doi:10.4220/Sykepleienf.2015.55983
- Helsedirektoratet. (2011). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP-lidelser*.
- Helsedirektoratet Avdeling, r. (2010). *Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet*.
- Håkonsen, K. M. (2009). *Innføring i psykologi* (4. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- IASP. (1994). IASP Terminology. Hentet 15.05.2020 2020 fra <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#backtotop>

- International Association for the Study of Pain. (1994). IASP Terminology. Hentet 15.05.2020 2020 fra <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#backtotop>
- 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), s. 789-794. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2015.02.022> Hentet fra <https://search.proquest.com/docview/1681265618?accountid=15685>Hentet fra http://openurl.bibsys.no/openurl?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&genre=article&sid=ProQ:ProQ%3Amedline&atitle=Nurses%27+competence+in+pain+management+in+patients+with+opioid+addiction%3A+A+cross-sectional+survey+study.&title=Nurse+education+today&issn=1532-2793&date=2015-06-01&volume=35&issue=6&spage=789&au=Krokmyrdal%2C+Kurt+A%3BAnden%C3%A6s%2C+Randi&isbn=&jtitle=Nurse+education+today&btile=&rft_id=info:eric/25779029&rft_id=info:doi/10.1016%2Fj.nedt.2015.02.022
- Li, R., Andenæs, R., Undall, E. & Nåden, D. (2012). Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus,
- Morgan, B. D. (2014). Nursing attitudes toward patients with substance use disorders in pain. *Pain Management Nursing*, 15(1), s. 165-175. doi:<https://dx.doi.org/10.1016/j.pmn.2012.08.004> Hentet fra <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=med10&AN=24602434>Hentet fra <http://openurl.bibsys.no/openurl?sid=OVID:medline&id=pmid:24602434&id=doi:10.1016%2Fj.pmn.2012.08.004&issn=1524-9042&isbn=&volume=15&issue=1&spage=165&pages=165-75&date=2014&title=Pain+Management+Nursing&atitle=Nursing+attitudes+toward+patients+with+substance+use+disorders+in+pain.&aulast=Morgan&pid=%3Cauthor%3EMorgan+BD%3C%2Fauthor%3E%3CAN%3E24602434%3C%2FAN%3E%3CDT%3EJournal+Article%3C%2FDT%3E>
- Morley, G., Briggs, E. & Chumbley, G. (2015). Nurses' Experiences of Patients with Substance-Use Disorder in Pain: A Phenomenological Study. *Pain management nursing : official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 16(5), s. 701-711. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.pmn.2015.03.005> Hentet fra <https://search.proquest.com/docview/1722185125?accountid=15685>Hentet fra http://openurl.bibsys.no/openurl?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&genre=article&sid=ProQ:ProQ%3Amedline&atitle=Nurses%27+Experiences+of+Patients+with+Substance-Use+Disorder+in+Pain%3A+A+Phenomenological+Study.&title=Pain+management+nursing+%3A+official+journal+of+the+American+Society+of+Pain+Management+Nurses&issn=1532-8635&date=2015-10-01&volume=16&issue=5&spage=701&au=Morley%2C+Georgina%3BBriggs%2C+Emma%3BChumbley%2C+Gillian&isbn=&jtitle=Pain+management+nursing+%3A+official+journal+of+the+American+Society+of+Pain+Management+Nurses&btile=&rft_id=info:eric/25979457&rft_id=info:doi/10.1016%2Fj.pmn.2015.03.005
- Norsk Sykepleierforbund. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere,.
- Oliver, J., Coggins, C., Compton, P., Hagan, S., Matteliano, D., Stanton, M., ... American Society for Pain Management, N. (2012). American Society for Pain Management nursing position statement: pain management in patients with substance use disorders. *Journal of Addictions Nursing*, 23(3), s. 210-222.

- doi:<https://dx.doi.org/10.1097/JAN.0b013e318271c123> Hentet fra <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=med8&AN=24335741> Hentet fra <http://openurl.bibsys.no/openurl?sid=OVID:medline&id=pmid:24335741&id=doi:10.1097%2FJAN.0b013e318271c123&issn=1088-4602&isbn=&volume=23&issue=3&spage=210&pages=210-22&date=2012&title=Journal+of+Addictions+Nursing&atitle=American+Society+for+Pain+Management+nursing+position+statement%3A+pain+management+in+patient+s+with+substance+use+disorders.&aurlast=Oliver&pid=%3Cauthor%3EOliver+J%3C%2FAuthor%3E%3CAN%3E24335741%3C%2FAN%3E%3CDT%3EJournal+Article%3C%2FDT%3E>
- Quinlan, J. & Cox, F. (2017). Acute pain management in patients with drug dependence syndrome. *PAIN Reports*, 2(4), s. e611-e611. doi:10.1097/PR9.0000000000000611
- Richard A. Powell, Julia Downing, Henry Ddungu & Faith N. Mwangi-Powell. (2010). Pain History and Pain Assessment, . I Andreas Kopf & Niles B. Patel (Red.), *Guide to Pain Management in Low-Resource Settings*
- Skoglund, A. & Biong, S. (2012). Sykepleie til personer med opioidavhengighet i somatisk sykehus. I S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. Oslo: Akribe.
- Stokes, L. (2019). ANA Position Statement: The Ethical Responsibility to Manage Pain and the Suffering It Causes. *Online Journal of Issues in Nursing*, 24(1), s. 1-6. doi:10.3912/OJIN.Vol24No01PoSCol01
- Strømme, H. (2019). Litteratursøking i kunnskapsbasert praksis og forskning. *Sykepleie*doi:10.4220/Sykepleienf.2019.61015 Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2017/02/litteratursokning-i-kunnskapsbasert-praksis-og-forskning>
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter : den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforl.
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- uten forfatter. (2016). Kritisk vurdering. Hentet 30.03.2020 2020 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering>
- van Boekel, L. C., Brouwers, E. P. M., van Weeghel, J. & Garretsen, H. F. L. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 131(1-2), s. 23-35. doi:10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018
- Verdens helseorganisasjon. (2020). WHO remains firmly committed to the principles set out in the preamble to the Constitution. Hentet 01.04.2020 2020 fra <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>
- Ververda, J., Hansen, O. & Larsen, C. (2018). Rusmiddelavhengighet: Sykepleieres holdninger påvirker smertebehandling. [Drug addiction: Nurses' attitudes affect pain management]. *Sykepleien*, 106(e-70402), s. 1-16. Hentet fra <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.70402>

8 Vedlegg

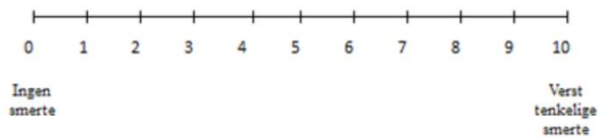
Vedlegg 1 endimensjonale smertekartleggingsverktøy



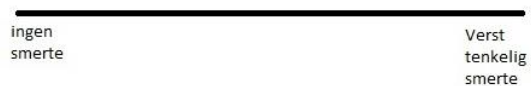
Faces Pain Scale – Revised, International Association for the Study of Pain, 2001, Hentet fra:

<https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1519&navItemNumber=577>

Numeric rating scale – NRS (0 -10)



NRS (Numeric Rating Scale), Hentet fra: <https://ehandboken.ous-hf.no/document/121833/fields/25>



VAS (Visual Analog Skala), Selvkomponert

Vedlegg 2: McGill Pain Questionnaire

Strand & Wines

Norsk spørreskjema for smertemåling
 Etter modell av McGill Pain Questionnaire

Navn: _____

Dato: _____

Informasjon om utfylling av spørreskjemaet:

Under finner du ord som kan beskrive hvordan smerten din oppleves. Ordene er plassert i grupper.

Les gjennom ordene og vurder om noen av dem passer til å beskrive den smerteopplevelsen du for tiden har.

Sett kryss foran de ordene som passer. Det skal ikke settes mer enn ett kryss i hver gruppe.

Hvis du finner flere ord som passer i en gruppe, må du ta stilling til hvilket ord som passer best.

Hvis ingen av ordene i gruppen passer, skal du la være å krysse av.

Gå systematisk gjennom ordene i hver gruppe.

- | | | | |
|---|---|--|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| <input type="checkbox"/> sitrende | <input type="checkbox"/> slående | <input type="checkbox"/> strålende | <input type="checkbox"/> revnende |
| <input type="checkbox"/> vibrerende | <input type="checkbox"/> stotliggende | <input type="checkbox"/> jagende | <input type="checkbox"/> knusende |
| <input type="checkbox"/> dirrende | <input type="checkbox"/> bankende | <input type="checkbox"/> utstrålende | <input type="checkbox"/> sprengende |
| <input type="checkbox"/> bolgende | <input type="checkbox"/> dunkende | <input type="checkbox"/> ilende | <input type="checkbox"/> eksplosjonsart |
| <input type="checkbox"/> pulserende | <input type="checkbox"/> huggende | <input type="checkbox"/> lynende | |
| <input type="checkbox"/> hamrende | | | |
| <input type="checkbox"/> dumflende | | | |
| 5 | 6 | 7 | 8 |
| <input type="checkbox"/> prikkende | <input type="checkbox"/> bitende | <input type="checkbox"/> knipende | <input type="checkbox"/> dragende |
| <input type="checkbox"/> spiss | <input type="checkbox"/> kvass | <input type="checkbox"/> klemmende | <input type="checkbox"/> luggende |
| <input type="checkbox"/> stikkende | <input type="checkbox"/> sagende | <input type="checkbox"/> knugende | <input type="checkbox"/> vridende |
| <input type="checkbox"/> borende | <input type="checkbox"/> skarp | <input type="checkbox"/> gnagende | <input type="checkbox"/> rykkende |
| <input type="checkbox"/> gjennomborende | <input type="checkbox"/> knivende | <input type="checkbox"/> snarende | <input type="checkbox"/> strekkende |
| <input type="checkbox"/> knusstikkende | <input type="checkbox"/> gjennomtrengende | <input type="checkbox"/> pressende | <input type="checkbox"/> slitende |
| | <input type="checkbox"/> skjærende | <input type="checkbox"/> strammende | <input type="checkbox"/> rivende |
| | | <input type="checkbox"/> sammentrekkende | |
| | | <input type="checkbox"/> trykkende | |
| | | <input type="checkbox"/> krampeliggende | |
| 9 | 10 | 11 | 12 |
| <input type="checkbox"/> varm | <input type="checkbox"/> kilende | <input type="checkbox"/> kjølede | <input type="checkbox"/> vag |
| <input type="checkbox"/> sviende | <input type="checkbox"/> kloende | <input type="checkbox"/> kald | <input type="checkbox"/> doven |
| <input type="checkbox"/> flammende | <input type="checkbox"/> kriblende | <input type="checkbox"/> frysende | <input type="checkbox"/> diffus |
| <input type="checkbox"/> kokende | <input type="checkbox"/> pirrende | <input type="checkbox"/> isende | <input type="checkbox"/> dump |
| <input type="checkbox"/> bremende | <input type="checkbox"/> maurende | | <input type="checkbox"/> om |
| <input type="checkbox"/> etsende | | | <input type="checkbox"/> ulmende |
| <input type="checkbox"/> glodende | | | <input type="checkbox"/> sår |
| | | | <input type="checkbox"/> murrende |
| | | | <input type="checkbox"/> verkende |

- 13
- trettende
 - slitsom
 - utmattende

- 14
- kvalmende
 - svimlende

- 15
- urovekkende
 - truende
 - skremmende
 - skrekkelig
 - fryktelig
 - forferdelig

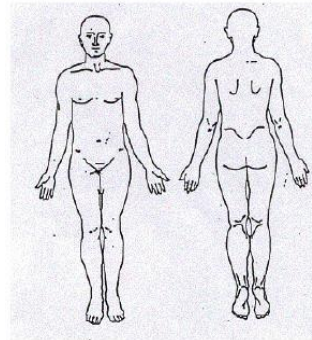
- 16
- fæl
 - bestialsk
 - pinefull
 - gnisom
 - infemalsk
 - drepende

- 17
- hemmende
 - bindende
 - kvelende
 - lamnende

- 18
- ekkel
 - forstyrrende
 - irriterende
 - ubehagelig
 - nagende
 - plagsom
 - ulidelig
 - utålig
 - uutholdelig

- Smerteintensitet:
- ingen smerte
 - svak smerte
 - moderat smerte
 - sterk smerte
 - intens smerte
 - voldsom smerte

TEGN INN SMERTENE DINE PÅ FIGUREN NEDENFOR



Norsk adaptasjon av McGill pain Questionnaire, <https://diakonhjemmetsykehus.no/nkrr/klinisk-verktoykasse/a-til-a/mc-gill-pain-questionnaire-norsk-sporreskjema-for-smertemaling>, Norsk Copyright ved Liv Inger Strand, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Seksjon for fysioterapivitenskap, Universitetet i Bergen

Vedlegg 3: PICO

	Population Sykepleiere I somatisk sykehus	Intervention Betydning av holdninger og kunnskap til rusmiddelavhengighet og smertelindring	Compa risson	Outcome Smertebehandl ing til pasienter i aktiv rus
Norske ord	<ul style="list-style-type: none"> - Sykepleiere - Helsepersonell - sykehus 	<ul style="list-style-type: none"> - Rusmiddelmisbruk - Stoffmisbruk - Stoffavhengig - Rusmiddelavhengighet - Stigma - Helsepersonellets holdning - Kompetanse - kunnskap 		<ul style="list-style-type: none"> - smerte - Smertebehandling
Engelsk thesaurus	<ul style="list-style-type: none"> - Nurses - Healthpersonnel - Hospital 	<ul style="list-style-type: none"> - Substance-related disorders/ Drug-related disorder - Drug use - Drug abuse - Substance abuse - Attitude of health personnel - Nurse attitudes 		<ul style="list-style-type: none"> - Pain - Inpatient - Pain management

Vedlegg 4: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none">- Fagfellesvurdert- Artikler som fokuserer på rusmiddelavhengige innlagt på somatisk sykehus- Artikler på norsk, dansk, svensk eller engelsk- Sykepleieperspektiv som omhandler holdninger, kunnskap eller erfaringer- Forskning skal være gjort i vestlige land: Europa, Nord-Amerika, Oseania- Artikkelen er tilgjengelig i fulltekst	<ul style="list-style-type: none">- Publisert før 2010- Artikler som fokuserer på, LAR-pasienter eller alkoholavhengighet- Artikler som omhandler medisinsk behandling- Artikler om pasienter som er i palliativ behandling- Forskning er gjort på pasienter utenfor somatisk sykehus

Vedlegg 5: Søkehistorikk

Database	Dato	Søk nr.	Søkeord/ MeSH-term	Antal treff	Leste abstrakt	Artikler inkludert i oppgaven	Navn på artikkel
CINAHL	26.12.2019	1	Attitude of health personnel	44628			
		2	Substance-related disorders	28268			
		3	Pain management	25648			
		4	#1 AND #2 AND #3	3	2	0	
SVEMED+	05.01.2020	1	Health personnel	6056			
		2	Drug users OR substance abuse OR Substance-related disorders	2294			
		3	Pain management	134			
		4	#1 AND #2 AND #3	2	2	2	A og B
	05.01.2020	1	Rusmiddelavhengighet	3282			
		2	Helsepersonells holdning	3029			
		3	Smertebehandling	289			
		4	#1 AND #3	10	6	2	A og B
		4	#1 AND #2 AND #3	2	2	2	A og B
	19.02.2020	1	Drug-related disorder	546			
		2	Pain management	134			
		3	#1 AND #2	3	2	2	A og B
	Pubmed	17.02.20	1	Substance-related disorders	279133		
2			Pain management	127064			
3			Attitude of health personnel	160853			

		4	#1 AND #2 AND #3 Begrenset til 2010 eller nyere	68	10	2	C
	20.02.2020	1	Substance- related disorders	279 133			
		2	Pain management	127 064			
		3	Nurse attitudes	29 159			
		4	#1 AND #2 AND #3	14	7	3	C og D
MEDLINE/OVID	17.02.2020	1	Exp. Substance-related disorders/ all subheadings	2703 63			
		2	Exp. Pain management/ all subheadings	3310 3			
		3	Exp. Health personnel	505 651			
		4	#1 AND #2 AND #3 Begrenset til 2010 og nyere	71	9	2	Duplikat: C og D
	25.02.2020	1	Substance-related disorders/ ae, dt, nu, su, th.	274 728			
		2	Nurses	8732 6			
		3	experience	646 910			
		4	#1 AND #2 AND #3	29	0	0	

A: «Smerteteam kan være god støtte for helsepersonell ved smertelindring til rusavhengige» (Govertsen et al., 2019)

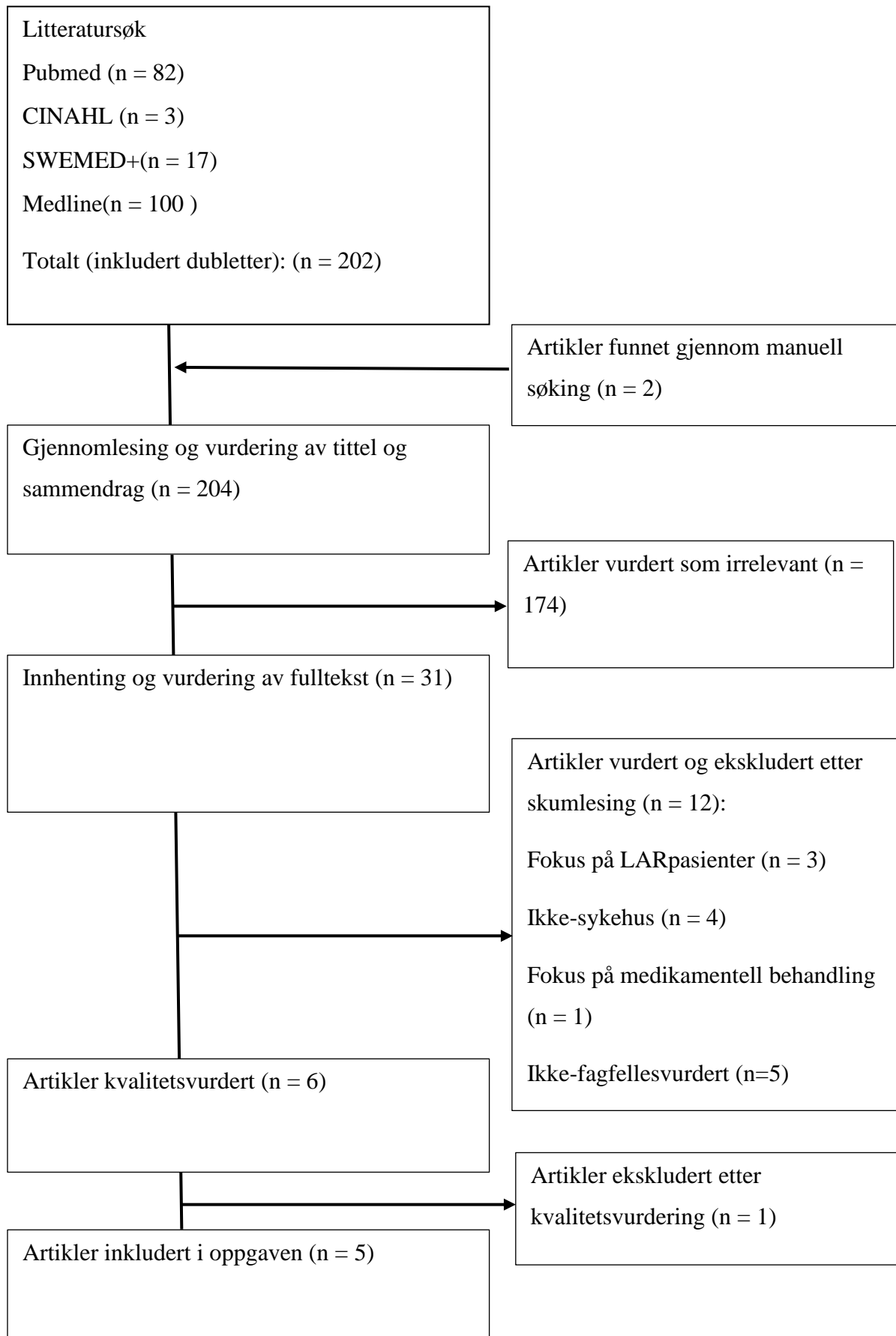
B: «smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus».(Li et al., 2012)

C: «Nurses`Experiences of Patients with Substance-use disorder in pain: A phenomenological Study»(Morley et al., 2015)

D: «Nurses`competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study»(Krokmyrdal & Andenæs, 2015)

E: «Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review»(van Boekel et al., 2013)

Vedlegg 6 – Flytskjema



Vedlegg 7 Litteratormatrise

Forfattere, Publiseringsår, Tidsskrift, Land og tittel	Hensikt	Metode/utvalg	Funn
Govertsen et al. 2019, Sykepleien, Norge,	Å vise hvilke erfaringer spesialsykepleiere i smerteteam har om smertelindring til pasienter med rusavhengighet	Kvalitativt design med individuelle intervjuer av 6 spesialsykepleiere i smerteteam fra 4 sykehus og benyttet seg av kvalitativ innholdsanalyse.	Resultatet viser at tid til individuell smertebehandling, at man tar pasientens smerter på alvor, at smertekartlegging og rusanalyse er essensielt for en god behandling. Samtidig er det viktig med godt samarbeid mellom helsepersonell og tjenester utenfor sykehus (f.eks. fastlege og LAR).
Kurt A. Krokmyrdal og Randi Andenæs, 2015, Nurse education today, Norge	Rapportere på en norsk pilotstudie som utforsker sykepleieres kunnskap om smerte og kompetansen i smertebehandling til pasienter med opioidavhengighet.	Kvantitativ-beskrivende tverrsnittstudie. Totalt 98 sykepleiere var med i studien	88% av sykepleierne rapporterte at de ikke hadde nok kunnskap om smertebehandling. Ca. 3/5 av sykepleierne trodde at pasienter med opioidavhengighet overrapporterte mengden smerte med hensikt om å få mer smertestillende medikamenter. 56,1% mente at pasientene rapporter uærlig om effekten av ordinert smertelindring. Sykepleierne anså erfaring fra arbeidsstedet og kollegaene som hovedkilden for deres kunnskap. Litteratur, undervisning og utdanning spilte mindre rolle for kunnskapen.
Georgina Morley, Emma Briggs og Gillian Chumbley, 2015, Pain management nursing, USA/England-London	Utforske sykepleieres erfaring med å jobbe med PMR som samtidig er i smerter og få en dypere forståelse for barrierene mellom sykepleiere og pasientene	Kvalitativ-fenomenologisk forskningsdesign hvor det ble benyttet semi-strukturerte intervju med intervjuguide. 5 informanter med erfaring fra ulike avdelinger ved 1 sykehus.	Ordet <i>vanskelig</i> ble brukt for å beskrive pasienten og situasjoner med pasientgruppen. I tillegg beskrev informantene erfaringer hvor PMR i smerter som manipulative, aggressive, ikke-tilbøyelige, upålitelige, uhygieniske, og generelt utfordrende. De mente likevel det var viktig å ikke generalisere og behandle enhver pasient individuelt og holistisk. De mest erfarne sykepleierne poengterte at erfaring med PMR var viktig for god behandling. Sykepleierne rapporterte at PMR i smerter førte til økt arbeidsbelastning og stress, grunnet at de krevde mer tid og oppmerksomhet. Det ble

			også rapportert at man måtte være mer fleksibel og tolerant med denne pasientgruppen.
van Boekel et al. 2013, Drug and alcohol dependence, Nederland	Se på helsefagsarbeideres holdninger mot PMR og undersøke hvilke konsekvenser disse har for utøvelsen av helsehjelp i vestlige land.	Systematisk oversikt. 28 studier inkludert. 12 fra Australia, 7 fra Storbritannia, 5 fra USA, en fra Canada og en fra Irland + en tverrsnittstudie som sammenlignet data fra 8 europeiske land. Helsepersonell: Sykepleiere med og uten videreutdanning, psykologer, rådgivere og fastleger/leger,	Generelt sett hadde helsepersonell negative holdninger mot PMR, og spesielt mot pasienter som brukte illegale rusmidler. Helsepersonell var i liten grad motivert til å jobbe med PMR og i liten grad fant det givende å jobbe med PMR. Viser at Helsepersonell ikke har tilstrekkelig kunnskap om PMR, og at helsepersonell selv føler at de ikke har kunnskapen og praktiske ferdighetene til å gi tilstrekkelig omsorg til PMR. Viser til forskning hvor det er positiv effekt på helsepersonells holdninger ved bruk av trening og undervisning om PMR.
Li et al. 2012, Sykepleien, Norge	Kartlegge helsepersonells kunnskap, holdning og handling til opioidavhengige med smerter i norsk sykehus.	Beskrivende tverrsnittstudie Inkluderer 278 sykepleiere og 38 leger	38% av respondentene kartla pasientens rusmisbruk, og leger oftere enn sykepleiere. Ca. halvparten erstattet pasientens daglige forbruk av opioider. Resultatet viste at egenvurdert kunnskapsnivå var under 3(på en fempunktskala med 5 som høyeste verdi). 56.1% av sykepleierne følte seg manipulert av opioidavhengig pasienter.