



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9-H-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	07-05-2021 00:00	Termin:	2021 VÅR
Sluttdato:	21-05-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 BSS9 1 H 2021 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	337
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7930
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja
Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *: Ja

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	88
Andre medlemmer i gruppen:	313

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven 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



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

LAR-pasienter - en stigmatisert
pasientgruppe

OST-patients - a stigmatized group of
patients

Kandidatnummer 313 og 337.

Sjukepleie

Institutt for helse-og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

21.05.2021

Vi 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.

Sammendrag

Tittel: LAR-pasienter - en stigmatisert pasientgruppe.

Bakgrunn: Det er lite fokus på legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og denne pasientgruppen i utdanningsforløpet på sykepleierstudiet. Vi oppdaget ut at det foreligger et stigma rettet mot LAR. Sykepleiere har en viktig rolle innenfor LAR-behandling, og vi undret oss over hva som forårsaket dette stigmaet og hvordan det kan reduseres.

Hensikt: Hensikten med denne litteraturstudien var å undersøke hvordan sykepleiere kan bidra til å redusere stigmaet i LAR-behandling.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleiere bidra til å redusere stigmaet i LAR?

Metode: Dette er en litteraturstudie som tar utgangspunkt i to kvalitative forskningsartikler og en stor systematisk oversikt publisert av Folkehelseinstituttet. Disse forskningsartiklene og den systematiske oversikten blir sett i sammenheng med teori knyttet til dette temaet, samt noen egne erfaringer.

Resultat: Resultatene viser at pasientene i LAR opplever stigma fra både familie, venner, helsepersonell og samfunnet. Mange av deltakerne i studiene uttrykte at de ofte ble møtt med stigmatiserende språk og holdninger hos alle de ovennevnte. Resultatene viste også at det var mangel på kunnskap og utdanning både hos helsepersonell i og utenfor LAR, og dette bidro til et ytterligere stigma.

Konklusjon: Sykepleiere kan bidra til å redusere stigma i LAR på flere ulike måter. Først og fremst må sykepleiere og annet helsepersonell bli mer bevisst på egen språkbruk og hvordan de omtaler pasientene. I tillegg er det et behov for å øke kunnskapen til sykepleieren og helsepersonell, da dette kan øke deres forståelse av pasientgruppen og bidra til økt kvalitet på behandlingen. For å redusere stigma og øke innsikten blant familie og venner kan sykepleierne forsøke å inkludere pasientens pårørende. Dette kan sykepleiere gjøre for eksempel gjennom samtaler, undervisning eller veiledning. Videre kan sykepleiere bidra til å redusere samfunnets stigma knyttet til LAR og denne pasientgruppen ved hjelp av medieoppslag og holdningskampanjer. Til slutt kan det være et behov for nye nasjonale retningslinjer for LAR, da de gjeldende retningslinjene er fra 2010 og det har blitt publisert nyere forskning de siste 11 årene.

Nøkkelord: Legemiddelassistert rehabilitering (LAR), stigma, holdninger, sykepleie.

ABSTRACT

Title: OST-patients - a stigmatized group of patients.

Background: There is a lack of focus on opioid substitution treatment (OST) and this patient group in the educational process of the nursing program. We discovered that there was a stigma related to OST. The nurses have an important role within the OST-treatment, and we wondered what caused this stigma and how it can be reduced.

Aim: The aim of this assignment was to study the different ways nurses can contribute to reducing the stigma associated with OST.

Research question: How can nurses contribute to reducing the stigma in opioid substitution treatment?

Method: This literature study is based on two research articles and one large systematic review published by the National Institute of Public Health. The research articles and the systematic review will be seen in context with relevant theory and some personal experiences.

Results: The results show that patients in the opioid substitution treatment programs experience stigma from both family, friends, health personnel and the society. Several of the participants in the various studies stated that they were often met with stigmatizing views and attitudes from all of the previously mentioned groups. The results also showed that the lack of knowledge and education in health personnel both within and outside the OST, contributed to additional stigma.

Conclusion: Nurses can contribute to reducing the stigma in OST in several different ways. Primarily both nurses and other health personnel have to be more aware of their own language use and how they talk about their patients. There is also a need to increase the knowledge of the nurses and other health personnel, as this can increase their understanding of the patients and can contribute to increased quality of treatment. To reduce the stigma and increase the insight among family and friends, nurses can try to include the patient's closest people. Nurses can do this through conversations, teaching and

guidance. Furthermore, nurses can help reduce the stigma associated with OST and their patients in the society through media coverage and attitude campaigns. Finally, there may be a need for new national guidelines for OST, as the current guidelines date back to 2010, and there has been more research done in the last 11 years.

Keywords: Opioid substitution treatment (OST), stigma, attitudes, nursing.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.2 Hensikt og problemstilling	2
1.3 Begrunnelse for problemstilling	2
2.0 Begrepsavklaring og teori	3
2.1 Opioider	3
2.2 Rusmiddelavhengighet og opioidavhengighet.....	3
2.3 Stigma	4
2.4 Hva er LAR?	4
2.5 Joyce Travelbees sykepleieteori	5
2.6 Sykepleiers rolle i møte med opioidavhengige.....	6
2.7 Kommunikasjon og relasjon	7
2.8 Pårørendeveilederen	7
2.9 Yrkesetiske retningslinjer og pasient-og brukerrettighetsloven	8
3.0 Metode	9
3.1 Design	9
3.2 Inklusjons og eksklusjonskriterier	10
3.3 Søkeprosess.....	10
3.5 Etske vurderinger.....	11
3.6 Metodekritikk.....	11
4.0 Resultat	12
4.1 Sammendrag og kritisk vurdering av hver artikkel	12
4.2 Syntese	15
4.2.1 Holdninger innenfor LAR	15
4.2.2 Holdninger utenfor LAR.....	16
4.2.3 Språk, kommunikasjon og relasjon	17
4.2.4 Kunnskap, kompetanse og utdanning	18

5.0 Diskusjon	19
5.1 Metodediskusjon	19
5.2 Resultatdiskusjon	20
5.2.1 Holdninger i LAR	20
5.2.2 Holdninger utenfor LAR.....	21
5.2.3 Språk, kommunikasjon og relasjon	22
5.2.4 Kunnskap, kompetanse og utdanning	24
6.0 Konklusjon	26
7.0 Referanseliste	27
Vedlegg 1: Litteratormatrise	31
Vedlegg 2: Flow-diagram	35
Vedlegg 3: Søkematrise inkludert PICO-skjema (PIO).....	36
Vedlegg 4: Eksempel på kritisk vurdering av kvalitativ studie	39

1.0 Innledning

I 1994 ble det startet opp et forsøksprosjekt i Norge med plass til 50 pasienter, der metadonassistert rehabilitering (MAR) skulle prøves ut. Fra 1997 ble MAR gjort landsdekkende, og etterhvert ble buprenorfin tatt i bruk som en del av behandlingen i år 2000. Da fikk behandlingen nytt navn, og betegnes nå som legemiddelassistert rehabilitering (LAR) (Folkehelseinstituttet, 2020). LAR er i dag et tverrfaglig rehabiliteringstilbud for opioidavhengige, hvor det brukes substitusjonslegemidler som buprenorfin og metadon for å erstatte rusmidlene som pasienten vanligvis bruker (Helsedirektoratet, 2010).

Universitetet i Oslo publiserte i 2018 en rapport med data fra SERAF (senter for rus- og avhengighetsforskning) som viste at det var omlag 7700-9000 mennesker med problematisk opioidbruk i Norge i 2016 (Øiern, 2020). Per 31.12.2019 var det omlag 7900 pasienter i LAR-behandling i Norge, og gjennomsnittsalderen var 46,1 år (Lobmaier et al., 2020, s.5). Dette er en høyere gjennomsnittsalder sammenlignet med tidligere år, noe som bekrefter den aldrende LAR-populasjonen (Lobmaier et al., 2020, s.10). I 2019 var det totalt 275 narkotikautløste dødsfall i Norge, hvor 83 prosent av disse var opioidrelaterte (Folkehelseinstituttet, 2020).

En systematisk oversikt publisert av Folkehelseinstituttet (FHI) i 2020 undersøkte hvilke erfaringer pasienter og helsepersonell har med LAR-behandling. Denne viser at det foreligger et økende stigma rundt LAR-behandling blant helsepersonell, samt at pasienter føler seg stigmatisert. Dette stigmaet foreligger ikke bare hos helsepersonellet, men også hos den generelle befolkningen og pårørende (Steiro et al., 2020, s. 7-8). Sykepleiere har en sentral og rehabiliterende funksjon innenfor LAR, og denne pasientgruppen kan ha komplekse utfordringer. Sykepleieren har derfor et viktig ansvar for å sørge for tilstrekkelig og trygg LAR-behandling, men med mye stigmatisering kan dette være en utfordring.

1.2 Hensikt og problemstilling

Hensikten med denne litteraturstudien var å undersøke hvordan sykepleiere kan bidra til å redusere stigmaet i LAR-behandling.

Problemstilling: *Hvordan kan sykepleiere bidra til å redusere stigmaet i LAR?*

1.3 Begrunnelse for problemstilling

Selv om LAR-pasienter og rusavhengige er personer man kan møte i både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, opplever vi at det er svært lite fokus på dette i utdanningsforløpet på sykepleiestudiet. Vi hadde tidligere hørt om LAR, men ettersom at temaet har vært lite sentralt, manglet vi kunnskap. For å tilegne oss mer kunnskap begynte vi å lese ulike artikler om LAR og denne pasientgruppen. Flere av artiklene handlet om at en del helsearbeidere og den generelle befolkningen har svært dårlige holdninger overfor LAR-pasienter, og mange av pasientene føler seg stigmatisert. Dette stigmaet er noe vi ikke var klar over at eksisterte, og derfor fattet vi interesse for temaet.

En av oss fikk i tillegg tildelt praksisplass i en LAR-poliklinikk tredje studieår. Dette gjorde inntrykk og var lærerikt og spennende. Opplevelsen av denne poliklinikken var at de ansatte hadde jevnt over gode holdninger til pasientene. Likevel ga enkelte episoder inntrykk av stigmatiserende holdninger fra både personalet og utenforstående i samfunnet.

Vi har gjentatte ganger i løpet av skriveprosessen opplevd at både bekjente, venner, familie og fagfolk har spurt oss om hva LAR egentlig er. Dette viser at kunnskapen blant folk flest er manglende, noe som kan være årsaken til at et stigma oppstår. Fordi man vet lite om en gruppe mennesker, for eksempel LAR-pasienter, baserer man ofte sine antagelser på det man har fått høre fra andre.

2.0 Begrepsavklaring og teori

Kapitlet starter med en begrepsavklaring om opioider, opioidavhengighet og stigma.

Deretter vil vi ta for oss relevant teori som vil være viktig for å besvare vår problemstilling. I denne delen vil vi ta opp hva LAR er, Joyce Travelbees sykepleieteori, sykepleiers rolle i møte med opioidavhengige, kommunikasjon og relasjon, pårørendeveilederen, pasient- og brukerrettighetsloven og sykepleierens yrkesetiske retningslinjer.

2.1 Opioider

Opiater er ulike legemidler som er fremstilt av opium, som er den hvite saften fra den umodne opiumsvalmuen (*Papaver Somniferum*). Opioider er ulike stoffer som virker på opioidreseptorene i sentralnervesystemet vårt. Disse stoffene kan enten være stoffer som forekommer i opium (eksempelvis morfin), kunstig fremstilt fra disse (eksempelvis kodein) eller naturlig forekomme i kroppen som endorfiner (Mørland, 2020). Antallet mennesker som er avhengig av reseptbelagte legemidler har økt de siste årene (Helsenorge, 2020).

Opioider brukes innen smertelindring, og dersom en pasient har sterke smerter vil opioidene virke smertestillende. På den andre siden vil en person som ikke har smerter og inntar opioider, oppleve en rus med eufori, konsentrasjonssvekkelse, sløvheter og økt impulsivitet. Dersom en inntar for store mengder opioider vil pustesenteret i hjernen rammes, og det kan føre til pustestans og død. (Universitet i Oslo, 2020).

2.2 Rusmiddelavhengighet og opioidavhengighet

Rusmiddelavhengighet kjennetegnes ved at brukeren har et tilbakevendende og tvangsmessig ønske om å innta et rusmiddel og har ofte vanskeligheter med å begrense og kontrollere bruken. Til tross for skadelige konsekvenser, prioriterer brukeren rusmiddelinntak foran andre forpliktelser, familie og aktiviteter, og opprettholder bruken av rusmiddelet. En konsekvens av dette, kan være at personen etterhvert vil utvikle toleranse

for de ulike rusmidlene. Dette fører igjen til at brukeren har behov for høyere doser enn tidligere for å gi ønsket effekt, og brukeren kan utvikle abstinenssymptomer dersom rusmiddelet er utilgjengelig (Folkehelseinstituttet, 2019). Rusmiddelavhengighet omfatter også begrepet “opioidavhengighet”, og skiller seg fra generell rusmiddelavhengighet ved at brukeren har et avhengighetsforhold til opioider (Li et al, 2012, s. 253) I denne oppgaven tar vi for oss “opioidavhengighet” da dette er et av kriteriene som må foreligge for å kunne få tilgang på LAR-behandling (Helsedirektoratet, 2010, s. 12).

2.3 Stigma

Stigmatisering betyr å merke, og er ofte brukt i tilknytning til å bemerke noe negativt i en sosial sammenheng. Eksempelvis kan dette være å hevde at noen trossamfunn har dårlige egenskaper eller holdninger som gir lavere sosial status (Malt, 2020). Det eksisterer fordommer som omhandler mennesker med rusproblematikk, hvor et stigma kan påvirke personens selvbilde og holdninger i samfunnet. I tillegg kan stigmatisering av rusavhengige påvirke helsepersonellens vurderinger av tjenestebehov og behandling. Dette stigmaet kan ha innvirkning på relasjonen mellom helsepersonell og den rusavhengige, samt bidra til at behandlinger og tjenester ikke blir gitt på lik linje sammenlignet med andre pasient- og brukergrupper i samfunnet (Helsedirektoratet, 2014, s 31).

2.4 Hva er LAR?

Helsedirektoratet sin “nasjonale retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet” ble utgitt i 2010 og beskriver LAR som et tverrfaglig og spesialisert behandlingstilbud. Her får pasienter tilbud om substitusjonslegemidler som metadon og buprenorfin for å erstatte de rusmidlene de vanligvis bruker. Videre er ikke LAR bare et medikamentelt behandlingstilbud, men også et tilbud med fokus på sosial, økonomisk og mulig yrkesrettet rehabilitering (NHI, 2018).

Substitusjonsbehandling kan være svært avhengighetsskapende og livslang for enkelte brukere, og skal i hovedsak derfor ikke i være førstevalget av behandling for opioidavhengighet. Det er derfor svært viktig at det gjøres en nøye helhetsvurdering av pasientene. Det er spesialisthelsetjenesten som har ansvar for beslutning om innskrivning og utskrivning fra LAR. LAR er aktuelt dersom det vurderes som det mest egnede og forsvarlige behandlingsalternativet (Helsedirektoratet, 2010, s.13).

Indikasjonene for LAR skal dokumenteres ved hjelp av en rekke undersøkelser som kliniske undersøkelser og tidligere sykehistorie. I vurderingen av LAR, må det også tas hensyn til tidligere behandlingserfaringer, hvor lenge pasienten har vært opioidavhengig og hva pasienten selv ønsker av behandling. Det er viktig å påpeke at pasientens ønske alltid skal vektlegges, og brukermedvirkning er svært sentralt (Helsedirektoratet, 2010, s.12-13).

Substitusjonslegemidlene som brukes i LAR er underlagt strenge regler for inntak og utlevering. Substitusjonslegemidlene skal gis i doser som er tilstrekkelig for å hindre symptomer på abstinens, men som er for lave til å utløse en euforisk tilstand (Nordeng & Spigset, 2018, s. 363). Buprenorfin og metadon har begge vist seg å være effektive substitusjonslegemidler i LAR. Disse legemidlene har høy gateverdi, og det er derfor viktig at det utføres strenge kontroller av legemidlene slik at de ikke blir omsatt eller gitt videre til andre (Helsenorge, 2018). Kontrolltiltakene gjennomføres individuelt, eksempelvis i form av blodprøver og urinprøver (Helsedirektoratet, 2010, s.13 og s.73).

2.5 Joyce Travelbees sykepleieteori

For å kunne utøve god sykepleie, både i allmenn omsorg og i rusomsorgen, er det svært viktig å etablere en relasjon mellom sykepleier og pasient. Joyce Travelbees sykepleieteori bygger på å etablere mellommenneskelige relasjoner, samt at sykepleieren må se det enkelte menneske som en helhetlig person. Individuell behandling er en av grunnverdiene innenfor sykepleiefaget, og Travelbee er videre opptatt av at empati og sympati er en nødvendig del av behandlingen. Travelbee hadde også et stort fokus på god kommunikasjon og samhandling med pasienten for å kunne utøve god sykepleie (Kristoffersen et al, s. 2016, s. 18). I Travelbees sykepleieteori er målgruppen for sykepleie utvidet forbi bare pasienten,

og omfatter i tillegg også pasientens familie. Det er ikke bare pasienten selv som rammes av sykdommen eller helsesvikten, men hele familien (Kristoffersen et al, 2016, s.143).

2.6 Sykepleiers rolle i møte med opioidavhengige

Sykepleiers funksjonsområde er preget av forskjellige ansvarsområder og fagspesifikke funksjoner. Disse skal prege måten en ivaretar og tilnærmer seg pasienten, for å kunne yte helhetlig pleie og omsorg. Funksjonsområdene til sykepleiere omfatter både direkte og indirekte oppgaver. De direkte oppgavene skal være pasientrettet, forebyggende, behandlende, helsefremmende, lindrende og rehabiliterende. De indirekte oppgavene omfatter veiledning, undervisning, fagutvikling og forskning, samt administrasjon og ledelse (Stubberud et al., 2017 s. 21-22). Innenfor rusomsorgen står sykepleiers rehabiliterende funksjon sterkt. Sykepleiers rehabiliterende rolle har som mål at pasienten skal tilegne seg den kunnskapen og handlemåtene vedkommende trenger for å kompensere for sykdom og funksjonssvikt. Denne funksjonen kan gå ut på å både motivere og støtte pasienten gjennom rehabilitering (Stubberud et al., 2017 s. 22).

Personer som lider av opioidavhengighet har ofte redusert livskvalitet, noe som kan innebære lite sosial kontakt, få eller ingen venner og ubalansert kosthold. Bruk av rusmidler gir økt risiko for et ustabil følelsesregister, noe som fører til at følelser som uro, angst, sinne, tristhet og aggresjon oppstår i større grad. Sykepleiere har da en viktig rolle, og kan ved å opptre profesjonelt og uttrykke kompetanse ha muligheten til å skape tillit og trygge brukeren. Dette kan redusere usikkerhet hos pasienten, og man kan lettere unngå misforståelser (Stendal, M., 2019, s. 2-4). Det er også viktig å påpeke sykepleiers holdninger innenfor rusomsorgen. Holdningene kommer til uttrykk med sykepleiers evne til å vise oppmerksomhet, vennlighet, høflighet, varsomhet og ved å opptre lyttende. Sykepleier bærer alltid et holdnings uttrykk som viser seg i våre handlinger og kroppsholdninger (Nortvedt, 2021, s.49-50).

2.7 Kommunikasjon og relasjon

En viktig del av sykepleiefaget bygger på kommunikasjon og relasjon. Kommunikasjon er først og fremst en naturlig del av mennesket som fremkommer i ulike former allerede fra når barnet blir født. Begrepet "kommunikasjon" bygger på det latinske *communicare* som har betydning i å gjøre noe felles, ha forbindelse med og delaktiggjøre en annen i.

Kommunikasjon i relasjoner kan beskrives som utveksling av både nonverbale og verbale signaler og tegn mellom enten to eller flere personer. Definisjonen av "relasjon" i helsefaglig sammenheng brukes om helsepersonellens forhold til andre mennesker som pasient, pårørende, brukere eller kollegaer (Eide & Eide, 2017, s. 16-17).

Innenfor helse- og sosialfeltet har god profesjonell kommunikasjon fokus på å være personorientert og faglig fundert. Slik personorientert kommunikasjon vil si at man ikke ser andre mennesker utelukkende som brukere eller pasienter, men derimot som hele personer. Slik evne til å møte motparten innebærer å se menneskets iboende muligheter og ressurser, egne verdier og prioriteringer, samt personens egne ønsker og mål innenfor sin helse- og livssituasjon (Eide & Eide, 2017, s.16). Personorientert kommunikasjon handler om å forholde seg anerkjennende og åpen til andre mennesker som unike. Dette forutsetter at en opptrer lyttende og er oppmerksom på hva motparten uttrykker både verbalt og nonverbalt (Eide & Eide, 2017, s.17). God kommunikasjon bygger altså i stor grad på at en aldri identifiserer en bruker eller pasient med sykdommen eller diagnosen til vedkommende, men derimot som et helt menneske med muligheter, evner, relasjoner og egne prioriteringer og verdier (Eide & Eide, 2017, s.18).

2.8 Pårørendeveilederen

Pårørendeveilederen handler om støtte og involvering av pårørende i helse- og omsorgstjenesten. Denne veilederen beskriver rettighetene pårørende har, og helse- og omsorgstjenestens ulike plikter og anbefalinger om god praksis. Pårørende er ofte en pasient eller brukers viktigste støtte, og de kjenner pasienten eller brukeren godt.

Pårørende ønsker som oftest å være en ressurs og har erfaring med hva som kan bidra til å

hjelpen pasienten. I tillegg til dette skal helse- og omsorgstjenesten ha rutiner og systemer som legger til rette for dialog, samtale og informasjon med pårørende (Helsedirektoratet, 2018).

2.9 Yrkesetiske retningslinjer og pasient- og brukerrettighetsloven

All sykepleie skal bygge på de yrkesetiske retningslinjene, med grunnlag i respekten for enkeltmenneskets liv og iboende verdighet. Videre skal sykepleien bygge på omsorg, respekt for menneskerettighetene og barmhjertighet. De yrkesetiske retningslinjene er delt inn i seks ulike hovedtemaer for utøvelse av sykepleie. Disse ulike temaene omtaler forholdet sykepleieren har til profesjonen, pasienten, pårørende, samfunnet, medarbeidere og arbeidsstedet. I vår oppgave har vi valgt å fokusere på de fire første overnevnte temaene (Norsk sykepleierforbund, 2019).

Pasient og brukerrettighetsloven §1-1, andre ledd, bygger på å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helse- og omsorgstjenesten. Videre skal sosial trygghet fremmes og ivaretagelse av respekten for det enkeltes menneskets liv, integritet og menneskeverd står sentralt (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2018, §1-1).

3.0 Metode

Metode er den framgangsmåten som blir brukt for å systematisk samle inn kunnskap og informasjon for å belyse en gitt problemstilling (Thidemann, 2019, s. 74). Når en skal arbeide metodisk stilles det krav til oss selv om sannhet og ærlighet, samt at en må systematisere egne tanker (Dalland, 2012, s.50). Valg av metode avhenger på mange måter av problemstillingen. En må vurdere og analysere valgt problemstilling for å få en god forståelse av hva som skal undersøkes. Det er da viktig å spørre seg selv hvem eller hva som skal undersøkes, hvor, hvorfor og hvordan skal det gjøres (Thidemann, 2019, s. 74).

3.1 Design

Vi har valgt å bruke litteraturstudie som metode i vår oppgave, med utgangspunkt i erfaringer og holdninger til LAR som kjernesporsmål. Litteraturstudie som metode har som mål å systematisere kunnskap fra ulike skriftlige kilder. Systematisering innebærer å samle litteratur, gå kritisk gjennom de innsamlede artiklene og til slutt sammenfatte det hele. En litteraturstudie består av ulike trinn, blant annet er første trinn alltid å lage en avgrenset og søkbar problemstilling. Hensikten med en slik oppgave er og gi leseren bedre og oppdatert forståelse av kunnskapen på problemstillingens område, og deretter beskrive hvordan en har kommet fram til denne kunnskapen. I tillegg til dette, er det viktig å dra fram og belyse nok validert forskning og litteratur til at man kan besvare oppgavens problemstilling (Thidemann, 2019, s. 77-78).

Med hensyn til kjernesporsmålet er den eneste brukte metode i denne litteraturstudien kvalitativ metode, da det var denne metoden som enklest kunne svare på vår problemstilling. Kvalitativ metode kjennetegnes ved at det er deltakernes erfaringer, meninger og opplevelser som står i sentrum (Dalland, 2012, s. 112).

3.2 Inklusjons og eksklusjonskriterier

Med tanke på språk har vi inkludert artikler som er skrevet på norsk og engelsk. Vi har videre ekskludert studier fra land utenfor Europa og USA, på grunn av forskjeller i kultur og behandling. Med tanke på populasjonen, har vi inkludert pasienter som er under LAR-behandling, samt de som velger å avslutte behandlingen eller blir skrevet ut. Vi har valgt å holde den inkluderte populasjonen ganske bred, ettersom at det ikke finnes så mye forskning på dette området. Vi har også valgt å fokusere på kvalitative forskningsartikler i søkene våre. Videre har vi valgt å ekskludere alle artikler som er eldre enn 2013.

Tidsrammen er valgt på bakgrunn av at det finnes lite forskning på dette temaet. I tillegg har den systematiske oversikten fra FHI tatt med mye av den relevante forskningen som er gjort før 2020. Videre har vi valgt å kun fokusere på personer som lider av opioidavhengighet, og ikke bare en rusavhengighet, ettersom at dette er et kriterium for å få LAR-behandling.

3.3 Søkeprosess

I kunnskapsbasert praksis er det viktig å gjøre oppgavens problemstilling så presis og søkbar som mulig. Først av alt er det nyttig å bestemme seg for hvilket kjernesporsmål man står ovenfor. Et kjernesporsmål kan handle om prevalens, årsak, diagnostikk, effekten av tiltak, prognose eller erfaringer og holdninger (Helsebiblioteket, 2016a). For å finne relevante søkeord brukte vi MeSH (Medical Subject Headings). MeSH er et system for emneord innen biomedisin og helse relatert litteratur. MeSH brukes som emneordregister i databaser som for eksempel Medline, PubMed og Cochrane Library (Helsebiblioteket, 2018). I denne oppgaven har vi brukt PICO som hjelpemiddel, som på engelsk står for "patient/problem", "intervention", "comparison" og "outcome". I vårt PICO-skjema har vi kun tatt i bruk PIO, da «comparison», ikke var relevant for vår problemstilling (Helsebiblioteket, 2016b). Eksempler på ord som ble brukt i PICO-skjemaet var "stigma", "health personnel", "nursing" og "opioid substitution treatment" (se vedlegg 3). Vi søkte i ulike databaser knyttet til kvalitative studier og oppsummert forskning innen sykepleie og helse, eksempelvis Cinahl, Psycinfo, Pubmed, Embase og Folkehelseinstituttet. Kun to av disse databasene ga relevante

resultater (se vedlegg 3). For å få oversikt over antall resultater fra alle søkene, ble det laget et flow-diagram (se vedlegg 2).

3.5 Etske vurderinger

For å kunne vurdere litteraturen vi finner, må etiske overveielser tas hensyn til. Etske overveielser handler om både å følge regler, samt at en alltid tenker gjennom etiske utfordringer som arbeidet kan medføre og hvordan dette videre håndteres (Dalland, 2017, s.235). De etiske overveielserne skal gjøres med hver enkelt artikkel og til slutt presenteres i resultatdelen. På grunnlag av dette skal vi velge artikler som har blitt vurdert av en etisk komite eller artikler der det har blitt gjort en fagfellelvurdering (peer-review). Vi skal overholde akademiske normer for kildehenvisning og lese litteraturen med et objektivt øye. Videre skal vi ikke legge til informasjon eller egne meninger som ikke står i litteraturen fra før.

3.6 Metodekritikk

Ettersom at vi har valgt litteraturstudie som metode, kan det være relevant å påpeke fordeler og ulemper. En litteraturstudie gir som tidligere nevnt god forståelse og oppdatert forskning på problemstillingens område (Thidemann, 2019, s.78). For en bacheloroppgave kan en litteraturstudie være mer realistisk fordi en slik studie vil kunne gi et bredt spekter av opplevelsene til pasienter og helsepersonell (Dalland, 2017, s.211).

Ulempene med en litteraturstudie kan derimot være at forfatteren kun har tilgang til en begrenset mengde relevant forskning, og utvalget kan bli selektivt dersom forfatteren kun velger ut studier som støtter sitt eget synspunkt. I tillegg kan ulike eksperter innenfor samme fagområde komme fram til helt ulike konklusjoner, noe som kan skape usikkerhet (Forsberg & Wengström, 2016, s. 25-26).

4.0 Resultat

I dette kapitlet vil vi først presentere de inkluderte artiklene med metode og kritisk vurdering. Deretter vil vi legge fram resultatene i en felles analyse, sortert etter sentrale tema, også kalt syntese. Litteratormatrisen presenterer både utgivelsesår, forfattere, hensikten med studien, metode og til slutt utvalget for studiene (se vedlegg 1).

4.1 Sammendrag og kritisk vurdering av hver artikkel

“Erfaringer blant helsepersonell med legemiddelassistert rehabilitering (LAR): En systematisk oversikt over kvalitative studier”

Av Steiro, A., Hestevik, C. H., Shrestha, M. & Muller, A. E. (2020).

Rapporten er en systematisk oversikt over kvalitative studier publisert av FHI i 2020. Oversiktsartikkelen inkluderer 24 enkeltstudier om helsepersonell og pasienters erfaringer med LAR. Som rammeverk i analysen brukte forfatterne Andersens modell for helsetjenestebruk, hvor tilliten til resultatene ble vurdert av Grade CERQual. Analysene til FHI avdekket seks hovedfunn (se vedlegg 1).

Rapporten er kritisk vurdert med sjekklister for oversiktsartikkel hentet fra Helsebiblioteket, som er inspirert av Critical Appraisal Skills Programme, CASP (2017). Ettersom at denne systematiske oversikten nylig ble publisert, ser vi den som svært aktuell for vår oppgave. Oversiktsartikkelen tar for seg erfaringene til både pasienter og helsepersonell med LAR. De utvalgte studiene i oversiktsartikkelen var fra henholdsvis Norge, USA, Storbritannia, Sverige, Canada, New Zealand og Belgia. Det er her naturlig å påpeke at det trolig er forskjell i behandling fra land til land, men fellesnevneren er at alle pasientene er avhengig av opioider og mottar substitusjonsbehandling. Oversiktsartikkelen utgitt av påpekte stigmatiserende holdninger i og utenfor LAR, og dette understøtter vår problemstilling. To av hovedfunnene i denne systematiske oversikten hadde moderat tillit og ett av funnene hadde lav tillit. De tre resterende hovedfunnene hadde høy tillit (se vedlegg 1). Dette gir oss en indikasjon på hvorvidt vi kan stole på resultatene som bli presentert. På en annen side

synes vi at det er noe mangel på eksempler i resultatdelen, noe som kan bidra til usikkerhet i vår tolkning av funnene. Vi vil også påpeke at den systematiske oversikten bruker begrepet “helsepersonell” og ikke “sykepleiere”. Vår oppgave handler om hvordan sykepleiere kan bidra til å redusere stigma i LAR, og ettersom at “helsepersonell” omfatter sykepleiere også, ser vi denne oversiktsartikkelen som relevant.

“Health Professional Stigma as a Barrier to Contingency Management Implementation in Opioid Treatment Programs”

Av: Scott, K., Murphy, C., Yap, K., Moul, D., Hurley, L., & Becker, S.J. (2020)

Dette er en kvalitativ artikkel som bygger på en overdosekrise i USA. Den har som hensikt å identifisere ulike former for stigma i opioid-behandlingsprogrammer med bakgrunn i implementering av tilleggsbehandling i form av belønningssystemer for pasientene. Totalt deltok 11 opioid-behandlingsprogrammer, hvor alle tilbydde metadon og ulike rådgivningstjenester, eksempelvis ukentlig gruppeveiledning og månedlig individuell rådgivning. Det ble gjennomført kvalitative intervjuer med 43 helsepersonell over en to-måneders periode.

Studien er kritisk vurdert med sjekklister for kvalitative studier fra Helsebiblioteket. Studien er fra 2020 og utgitt etter den systematiske oversikten til FHI. Til tross for at denne studien handler om implementering av et belønningssystem, ser vi den likevel som relevant for vår oppgave fordi den tar utgangspunkt i samme pasientgruppe, altså opioidavhengige som mottar substitusjonsbehandling. Studien viser til stigmatiserende holdninger hos helsepersonell som ikke nødvendigvis skyldes implementering av belønningssystemer, men også stigma knyttet til pasientgruppen i seg selv. Til felles med oversiktsartikkelen ovenfor brukes også begrepet “helsepersonell” i denne studien, men sykepleiere er likevel en del av dette begrepet. Dette er en amerikansk studie som er gjennomført i delstaten Rhode Island og publisert i “Translational Issues in Psychological Science”.

“Drug Addiction Stigma in the Context of Methadone Maintenance Therapy: An Investigation into Understudied Sources of Stigma”

Av: Earnshaw, V., Smith, L. & Copenhaver, M. (2013)

Earnshaw et al. (2013) undersøkte hvordan mennesker som hadde en historie med opioidavhengighet opplevde stigma fra ulike kilder. I denne studien har forfatterne valgt å fokusere på vedlikeholdsbehandling (MMT; methadone maintenance treatment) fordi stigmaet knyttet til denne gruppen mennesker er svært sterkt. Dette er en kvalitativ studie som bruker kognitive intervju som metode. Studien ble utført ved et metadonbehandlingssenter i New Haven i Connecticut, og deltakerne ble rekruttert fra en annen studie som foregikk på samme klinikk. Det var totalt 12 personer med i studien og aldersspennet var fra 22 til 52 år.

Vi har kritisk vurdert denne artikkelen ved hjelp av sjekklister for kvalitative studier fra helsebiblioteket (se vedlegg 4). Denne studien tar opp svært viktige, men understuderte kilder til stigma blant pasienter i MMT. I tillegg belyses en del momenter for videre forskning og dette er sentrale punkter med tanke på vår problemstilling. For å finne ut hva sykepleiere kan bidra med for å redusere stigmaet i LAR, er det hensiktsmessig å vite hvordan brukerne opplever stigmaet og hvor stigmaet kommer fra. Denne artikkelen tar opp ulike kilder til stigma, og har med stigmatiserende sitater som brukerne har opplevd selv. Studien er fra 2013 og er dermed ikke like ny som de andre artiklene vi har med i vår oppgave. Vi valgte likevel å inkludere denne studien, da den tar opp sentrale momenter. Til felles med studiene ovenfor brukes også begrepet “helsepersonell”, og vi anser sykepleiere som en del av dette begrepet. Artikkelen er fra USA og ble publisert i “International Journal of Mental Health and Addiction”.

4.2 Syntese

4.2.1 Holdninger innenfor LAR

Resultater hentet fra den systematiske oversikten av Steiro et al. (2020) viser til at det foreligger stigmatiserende holdninger blant helsepersonell i LAR, hvor en av studiene utpekte helsepersonell som den nest vanligste årsaken til stigma (44%). Dette samsvarer med studien til Earnshaw et al. (2013) som beskrev at 30% av uttalelsene fra deltakerne inneholdt forventet eller opplevd stigma fra ulike helsepersonell. En del av deltakerne i denne studien snakket om fordommer blant helsepersonell, og opplevde mangel på omsorg fra personellet. Studien til Scott et al. (2020) påpeker at helsepersonell hadde mistillit til pasientene og dette var den mest fremtredende grunnen til stigma blant helsepersonell. I tillegg kom det fram at en del helsepersonell hadde en tendens til å barnsliggjøre pasientene, og dette gjorde de gjennom bruk av barnslige uttrykk og refererte til pasienten som barn.

Den systematiske oversikten til Steiro et al. (2020), påpekte også at behandlingsprogrammet sitt eget helsepersonell uttrykte bekymringer knyttet til behandlingen og var skeptisk til å tilby LAR i det hele tatt. Helsepersonellet anså pasientene som utfordrende og aggressive, og var bekymret for at LAR-pasienter skremte bort andre. I tillegg mente de at institusjonen fikk et negativt omdømme på grunn av LAR-pasientene. Stigmatiserende holdninger til denne pasientgruppen fant sted i flere deler av LAR-systemet, både hos helsepersonell direkte knyttet til pasientene, apotekansatte og andre som var del av systemet. Helsepersonell identifiserte stigmatiserende holdninger mellom hverandre, og antydte at stigmaet ofte fant sted hos leger i LAR. Eksempelvis;

“Disse pasientene har vanskelige personligheter”, “(jeg) vil ikke ha en klinikk full av vanskelige pasienter” (Steiro et al., 2020, s. 31).

Den systematiske oversikten publisert av FHI legger fram at de stigmatiserende holdningene blant helsepersonell skyldes faktorer som manglende kunnskap, bevissthet og opplæring om LAR. Helsepersonell beskrev at sikkerheten til de ansatte kunne bli truet ved å tilby LAR. Denne usikkerheten kunne ha innflytelse for profesjonelle beslutninger som skulle tas, hvor

leger som var nyutdannet spesielt unngikk LAR-systemet. Behov for at helsepersonell fikk økt kompetanse og kunnskap, ble identifisert av både pasienter og helsepersonell.

Selv om det var en del stigma fra helsepersonell, var det noen deltakere i studien til Earnshaw et al. (2013) som synes at helsepersonellet hadde forståelse for deres situasjon. Spesielt synes mange at sykepleierne var av den gruppen helsearbeidere som hadde mest forståelse. Deltakerne uttrykte at sykepleiere var mer kapabel til å være empatisk, mindre fordomsfull og ikke sammenlignet dem med stereotyper slik som leger ofte gjorde. I den systematiske oversikten til Steiro et al. (2020) erkjente de fleste behandlerne stigma forbundet med LAR, men de forsøkte i egen praksis å unngå stigmatisert oppførsel.

4.2.2 Holdninger utenfor LAR

I den systematiske oversikten til Steiro et al. (2020) uttrykte en del av helsepersonellet utenfor LAR-systemet at de mente at LAR ikke var en behandling, men bare en avhengighet av et annet slag. Resultatene viser også til at pasientene som fikk behandling i LAR, ikke ble behandlet som "vanlige pasienter" - men som "narkomane". Dette ble rapportert av både helsepersonell og pasientene selv i flere av studiene i den systematiske oversikten. Andre deler av helsevesenet som ikke var en del av LAR-systemet, eksempelvis fastleger og legevaktspersonell, kunne være diskriminerende og stigmatiserende overfor denne pasientgruppen. I samsvar med dette fortalte flere av deltakerne i studien til Earnshaw et al. (2013) at en del helsepersonell behandlet dem med mindre tillit og trodde at de løy om smerter for å få smertestillende.

I den systematiske oversikten til Steiro et al. (2020) uttrykte pasienter i LAR at det var vanskelig å fortelle familie og venner at de gikk i LAR-behandling. Ved å holde rusproblemene skjult og ikke oppsøke LAR unngikk de automatisk stigma, men hvis man startet i LAR aksepterte man stigmaet. Da pasientene endelig turte å fortelle om behandlingen, ble de ofte møtt med stigmatiserende kommentarer og tidvis konflikter. Studien til Earnshaw et al. (2013) viste at den vanligste formen for stereotyping blant familie var ofte stempling av den avhengige som ikke til å stole på. Familien fryktet at de kom til å stjele fra dem, uavhengig om dette hadde skjedd før eller ikke. En del av deltakerne fortalte

også at de ofte ble stemplet som uansvarlige og at de “var glad i en fest”. Deltakerne syntes dette var frustrerende å høre, da de så på sin egen rusavhengighet som en lidelse.

I studien til Earnshaw et al. (2013) kom det i resultatene fram at den vanligste kilden til stigma var familie og venner. Det var ca 30% av deltakerne som uttrykte at de hadde opplevd eller forventet stigma fra familie og venner. Flere av deltakerne syntes dette stigmaet var skadelig, da dette ofte kom fra mennesker som pasientene anså som sine nærmeste. Dette samsvarer med funnene i den systematiske oversikten til Steiro et al. (2020) som påpeker at familie og venner ofte manglet forståelse for de ulike utfordringene i LAR. Dette kunne føre til at pasientene senket dosen eller i verste fall forlot behandlingen helt.

Steiro et al. (2020) fant i sin studie ut at stigma fra samfunnet var en barriere for å oppsøke behandling og bli værende. Negative holdninger kunne være at LAR-pasientene stadig ble sett på som rusavhengige, og ikke under rehabilitering. Dette samsvarer noe med resultatene fra Earnshaw et al. (2013), som beskriver stigmatisering fra samfunnet i form av stereotyping. Stereotypen gikk ut på at en avhengig person ikke kunne endre seg og at de alltid ville være avhengig av rusmidler, selv om de var i behandling i MMT. I studien til Scott et al. (2020) kom det fram at samfunnsbasert stigma var vanlig. Seks deltakerne i studien uttrykte at samfunnet ikke ønsket å ha “Opioid treatment programs” (OTP) i nabolaget. Grunnlaget for dette var stigma knyttet til metadon og troen på at avhengighet var et valg og ikke en lidelse. Stigma fra arbeidsplassen ble trukket fram i Earnshaw et al. (2013), og den vanligste formen for stigma var igjen stereotyping og pasientene ble stemplet som ikke til å stole på.

4.2.3 Språk, kommunikasjon og relasjon

Den systematiske oversikten av Steiro et al. (2020) viser til at forhold og kommunikasjon mellom pasienter og helsepersonell var avgjørende for å sikre god kvalitet på LAR. En god relasjon mellom pasient og behandler bidro til en mer målrettet behandling, større åpenhet om ulike utfordringer og en bedre behandlingsetterlevelse. Kommunikasjon og forholdet mellom partene var både en barriere og en fremmer for utfallet og

behandlingsetterlevelsen. Pasientene ønsket å bli hørt og ha medvirkning i behandlingsopplegget, hvor deres synspunkt på medikament og dose skulle tas i betraktning. Det ble også trukket fram at behandlingssentrene organisatoriske rammer, som sikkerhet og kontrollordninger, hadde innvirkning på kommunikasjonen og relasjonen mellom pasient og helsepersonell.

I Scott et al. (2020) sin studie ble det avdekket stigmatiserende språkuttrykk i 86% av de evaluerte transkriptene. De vanligste stigmatiserende uttrykkene var "abuse" eller "abuser", og ble brukt av både ledere og rådgivere. Studien viser til at begrepet "substance abuse" har lenge vært brukt som et diagnostisk begrep og kan ha bidratt til en økende dømmende holdning overfor pasienter. Et annet begrep som også er knyttet til stigma, er begrepet "addicts" som kan skape en oppfatning av at vedkommende er uansvarlig eller farlig. En slik form for stigmatiserende språk ble brukt i tilfeller der helsepersonell beskrev pasientene eller sin egen rolle i behandlingsprogrammet. I tillegg ble begrepene "clean" og "dirty" brukt hyppig, vanligvis ved beskrivelse av urinprøveresultater eller avholdenshetsgraden.

4.2.4 Kunnskap, kompetanse og utdanning

Steiro et al. (2020) viste til at manglende kompetanse og kunnskap blant helsepersonell var en barriere for LAR-behandling. I tillegg påvirket dette kvaliteten og tilgangen på LAR, samt behandlingsutfallet og opplevelsen pasienten hadde av behandlingen. Dessuten kunne mangel på kunnskap bidra til økende negative holdninger til både LAR og deres pasienter. Helsepersonellet var også lite kjent med lokale tjenester, ulike støtteordninger for pasienten og de forskjellige typene substitusjonsbehandling. Helsepersonell uttrykte behov for tilstrekkelig opplæring, kunnskap og tilgang på helsepersonell med spesialkompetanse. Det ble også fremhevet at sykepleiere og leger som ikke hadde nok erfaring med pasientgruppen, manglet forutsetninger til å forstå de ulike mekanismene bak LAR-behandlingen. Det var kun en liten andel av helsepersonellet som hadde tilegnet seg kunnskap om ruslidelser i den formelle utdanningen. Videre viste Steiro et al. (2020) til at mangel på kunnskap kunne føre til risikofylte situasjoner, eksempelvis at rusede pasienter hadde mottatt LAR-behandling.

5.0 Diskusjon

I diskusjonskapittelet skal vi ta utgangspunkt i gjennomgående temaer i oppgaven med utgangspunkt i vår problemstilling; *hvordan kan sykepleiere bidra til å redusere stigmaet i LAR?* Vi starter med en metodediskusjon og videre diskuteres resultatene opp mot relevant teori og egen erfaring.

5.1 Metodediskusjon

Ettersom at vi ikke har mye erfaring med å søke etter forskningsartikler i ulike databaser, kan det ha forekommet ulike feilkilder. Eksempler på slike feilkilder kan være feiltolkninger av artiklene eller feil oversettelse, ettersom at mye av forskningslitteraturen var skrevet på engelsk. Valg av databaser kan også ha påvirket utvalget av artikler i søkeprosessen. I tillegg kan valg av enkelte inklusjon- og eksklusjonskriterier ha påvirket resultatene våre. Likevel er det ikke sikkert at dette har påvirket våre resultater, da mengden litteratur har vært begrenset. Eksempelvis har vi valgt å fokusere på mennesker som har en opioidavhengighet versus en generell rusavhengighet. Vi har senere i oppgaven valgt å bruke noen av de opprinnelige uttrykkene istedenfor å oversette dem til norsk, ettersom at vi var bekymret for å oversette feil, da ikke alle ordene har en god norsk oversettelse.

Det kan være verdt å nevne at det kan ha blitt publisert ny og aktuell forskning etter at vår søkeprosess ble avsluttet. Selv om det stadig vil komme ny forskning som kunne vært relevant for vår oppgave, må søkeprosessen komme til et endepunkt. Vi ser det ikke som gunstig for skriveprosessen å stadig søke etter ny forskning, lese den og inkorporere den i oppgaven. I oppgaven vår har vi valgt å fokusere på kvalitativ forskning, og ikke kvantitativ forskning. Dette kan ha påvirket resultatene, da utvalget av deltakere er mindre i en kvalitativ studie sammenlignet med en kvantitativ studie. I tillegg har de ulike resultatene som ble presentert i kapittel 4.2 en sammenheng med hverandre. For eksempel kan mangel på kunnskap føre til stigmatiserende holdninger, og dette kan videre påvirke kommunikasjon. Det har derfor vært noe utfordrende å sortere resultatene tematisk, og dette kan muligens ha påvirket resultatet og diskusjonens ryddighet.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Holdninger i LAR

Innenfor sykepleien blir gode holdninger til pasienten fremhevet som svært viktig. Holdninger kommer til uttrykk gjennom høflighet, oppmerksomhet, vennlighet, varsomhet og gjennom faste håndlag. Hvordan sykepleiere oppfører seg overfor pasienten er like viktig som handlingene en gjør. Sykepleier bærer alltid et holdningsuttrykk enten om en oppfører seg naturlig eller gjør seg til. Dette vises da gjennom kroppsholdningen og i handlingene til personellet (Nortvedt, 2016, s. 49-50). Alle de inkluderte studiene denne i oppgaven viste til at helsepersonell var en av kildene til stigmaet i LAR, og en del helsepersonell hadde negative holdninger til både LAR og pasientene. Det kom fram i Steiro et al. (2020) at helsepersonell uttrykte bekymringer og preferanser til behandlingen. I tillegg var flere skeptisk til å tilby LAR, og pasientene ble ansett som aggressive og utfordrende mennesker som ga institusjonen et negativt omdømme.

Det kan undres hva som gjør at helsepersonell uttrykker slike holdninger overfor pasientene sine. Ifølge Joyce Travelbee skal sykepleiere alltid se det enkelte mennesket som person, og ikke bare som en pasient. Travelbee mente at verdier som empati og sympati var svært viktig i behandlingen (Kristoffersen et al., 2016, s. 143). Holdningene som kommer fram i resultatene utstråler ikke empati og sympati slik som sykepleieren burde. Hvordan sykepleier utstråler disse verdiene kan bli plukket opp av LAR-pasientene. Viktigheten av at sykepleiere reflekterer over eget menneskesyn, kan her være relevant for å bedre helsepersonellens holdninger overfor LAR-pasienter.

Resultatene kan tyde på at helsepersonell med stigmatiserende holdninger i LAR, muligens ikke opptrer i tråd med de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere. Grunnlaget for all sykepleie bygger på respekten for enkeltmenneskes liv og iboende verdighet. Her skal sykepleier vise barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene (Norsk sykepleierforbund, 2019). I studien til Earnshaw et al. (2013) snakket flere av deltakerne om at det fantes fordommer blant helsepersonell, og pasientene opplevde manglende omsorg fra personellet. Det er viktig å huske at behandlingen er noe pasientene oppsøker frivillig, og denne pasientgruppen står gjerne i en utfordrende livssituasjon og har behov for omsorg fra

helsepersonellet i LAR. Når pasienter møter stigmatiserende holdninger fra helsepersonellet, kan dette bidra til at pasientene ikke får den hjelpen de trenger og bryter ut av behandlingen.

5.2.2 Holdninger utenfor LAR

Som nevnt i resultatene var den vanligste kilden til stigma utenfor LAR, familie og venner. Dette kom fram i både Steiro et al. (2020) og Earnshaw et al. (2013). Sistnevnte påpekte at den vanligste formen for stigma fra familie var stereotyping, og den gikk ut på at familien stemplet den avhengige som "en man ikke kunne stole på". Familiene var redde for at den avhengige skulle stjele fra dem, uavhengig om dette hadde skjedd tidligere eller ikke. Det kan tenkes at det å oppleve stigma fra familie og venner er vanskelig og sårende, særlig siden disse menneskene ofte står pasienten nært. Videre ble det trukket fram i Steiro et al. (2020) at familie og venner ofte manglet innsikt i utfordringene knyttet til LAR. Det kan undres hvorfor familie og venner mangler denne innsikten. Kan dette skyldes for lite åpenhet fra pasientens side, manglende interesse hos pårørende eller manglende informasjon og oppfølging fra helsepersonell?

Ifølge pårørendeveilederen skal spesialisthelsetjenesten sørge for at både pasienter og pårørende får tilstrekkelig og nødvendig opplæring. Dette kan tilrettelegges av blant annet sykepleier gjennom samtaler, informasjon og dialog med pårørende og pasient (Helsedirektoratet, 2018). Det kan tenkes at dersom familie og venner får mer forståelse og innsikt i behandlingssituasjonen, kan dette muligens redusere stigma. I tillegg kan støtte og forståelse fra sine nærmeste gi pasienten økt motivasjon til å stå i behandlingen.

Helsepersonell utenfor LAR var også en kilde til stigma ifølge Steiro et al. (2020) og Earnshaw et al. (2013). Sistnevnte viste til at helsepersonellet utenfor LAR kunne ha mistillit til pasientene, eksempelvis troen om at pasientene løy om smerter for å få tilgang på mer smertestillende. I Steiro et al. (2020) uttrykte pasientene at de ikke ble behandlet som «vanlige pasienter», men som «narkomane». Grunnlaget for sykepleie skal bygge på tillit til pasienten, noe som fremkommer i pasient-og brukerrettighetsloven §1-1, andre ledd. Denne loven skal bidra til å fremme tillitsforholdet som oppstår mellom pasient og bruker i

helse- og omsorgstjenesten, ivareta respekten for den enkelte pasient eller brukers liv, menneskeverd og integritet i tillegg til å fremme sosial trygghet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2018, §1-1). Det kan diskuteres om mistilliten fra helsepersonell utenfor LAR strider imot pasient- og brukerrettighetsloven §1-1. Pasienter i LAR kan ha mange kvaliteter og karaktertrekk, og sykepleier bør forsøke å ha tillit til pasientene.

For at sykepleiere skal kunne bidra til å redusere stigmaet i LAR, er det også nødvendig å se på flere kilder til stigma enn bare familie, venner og helsepersonell. I studien til Earnshaw et al. (2013) kom det fram at en del av deltakerne hadde opplevd stigma i form av stereotyping fra samfunnet. Stereotypen gikk ofte ut på at en avhengig person ikke kunne endre seg, og han/hun alltid ville forbli avhengig av rusmidler, selv om de gikk i behandling i MMT.

Steiro et al. (2020) viste til at langtidsvirkende former for å redusere samfunnets stigmatiserende holdninger til LAR, kunne være nasjonale mediekampanjer og holdningskampanjer av Helsedirektoratet. Det kommer fram i de yrkesetiske retningslinjene at sykepleiere skal engasjere seg i sosial og helsepolitisk utvikling. I tillegg til dette skal sykepleiere bidra aktivt for å imøtekomme det særskilte behovet for helse- og omsorgstjenester for sårbare grupper (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Det kan tenkes at LAR-pasientene er blant de sårbare gruppene i samfunnet, og har behov for sammensatte og særskilte helse- og omsorgstjenester. Samfunnets stigmatiserende holdninger kan muligens reduseres gjennom økt informasjon og forståelse rettet mot den generelle befolkningen. Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer peker på at sykepleiere har et viktig ansvar for å påvirke samfunnets helseoppfatninger, og de skal opptre som forbilder for resten av samfunnet (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

5.2.3 Språk, kommunikasjon og relasjon

Kommunikasjon og relasjon var svært viktig for Joyce Travelbee sin sykepleieteori. Denne bygger på å skape mellommenneskelige relasjoner og se mennesket som noe mer enn en pasient (Kristoffersen et al., 2016, s. 18). God kommunikasjon innebærer også å se pasientens muligheter, relasjoner, evner og egne prioriteringer og verdier (Eide & Eide, 2017, s.18). Dette kalles personorientert kommunikasjon hvor en forholder seg åpen og

anerkjennende til pasienten, og opptrer som aktivt lyttende til hva vedkommende uttrykker verbalt og nonverbalt (Eide & Eide, 2017, s.17).

Resultatene fra Steiro et al. (2020) og Scott et al. (2020) viste at for å kunne gi tilstrekkelig LAR-behandling, var det viktig med god kommunikasjon og relasjon mellom helsepersonell og pasient. Noen resultater påpekte at dette ikke var reelt alltid, og at helsepersonellet uttrykte stigmatiserende språkbruk og beskrivelser av pasientene. Med bakgrunn i dette ser vi at kommunikasjon i praksis ikke alltid kommer overens med teori, og det kan undres hvorfor helsepersonell i LAR bruker stigmatiserende kommunikasjon.

Kommunikasjon og relasjon var en fremmer og barriere for behandlingsetterlevelsen og utfallet av LAR-behandlingen (Steiro et al., 2020, s.7). Pasientene har individuelle årsaker til at de får LAR-behandling, men trolig med et felles ønske om å bedre sin livssituasjon.

Resultatene fra Steiro et al. (2020) viste til at god kommunikasjon og relasjon bidro til større åpenhet om utfordringer og en mer målrettet behandling. Det kan derfor være forståelig at pasientene unngår tilstrekkelig LAR-behandling når de møter stigmatiserende kommunikasjon fra helsepersonellet i LAR, som skal være blant deres nærmeste samarbeidspartnere i behandlingen.

De organisatoriske rammene i behandlingssentrene hadde også innvirkning på kommunikasjonen og relasjonen mellom pasient og helsepersonell ifølge Steiro et al. (2020). Helsepersonellet uttrykte at de måtte forholde seg til kontroll og sikkerhet, men at slike kontrollordninger kunne føre til mistillit hos pasientene og dermed bidra til en dårligere relasjon. Helsepersonellet beskrev det derfor som viktig med åpenhet overfor pasientene om denne dobbeltrollen de hadde i behandlingen.

Det kan diskuteres hvordan helsepersonellet kan ha denne dobbeltrollen uten at det går utover pasientrelasjonen. Ifølge de yrkesetiske retningslinjer, har sykepleier et personlig ansvar for at egen praksis er etisk, faglig og juridisk forsvarlig, og man skal alltid være bevisst i sin profesjonelle rolle. Sykepleier skal alltid sørge for helhetlig omsorg for den enkelte pasient, og respektere vedkommende sin integritet og ikke utnytte pasientens sårbarhet (Norsk Sykepleierforbund, 2019). I tilfeller som beskrevet fra Steiro et al. (2020), kan en i rollen som sykepleier havne i et etisk dilemma. Helsepersonellet må forholde seg til de regler og kontrollordninger de er underlagt, samtidig som de skal opprettholde den gode

relasjonen og kommunikasjonen med pasienten. Steiro et al. (2020) påpekte at enkelte helsepersonell syntes det var enklere å skyldes på systemet for å unngå mistillit fra pasientene. Dette kan være et forsøk på å unngå å skade relasjonen med pasienten i utfordrende situasjoner. Å stadig skyldes på systemet kan igjen føre til stigmatiserende holdninger knyttet til LAR fra både pasientene, helsepersonell og utenforstående. Videre kan dette sende signaler om at systemet er for dårlig og at helsepersonellet ikke klarer å skape tillit til pasientene, noe som også kan føre til ytterligere stigmatisering.

Fra egen praksis i LAR kunne eksempler på slike kontrollordninger være jevnlig urinprøver, blodprøver, overvåkningskamera, låste dører og venterom, samt strenge rammer og overvåkning av medisint levering. Et slikt kontrollert rammeverk kan føre til at pasientene føler seg stigmatisert ved at de stadig kontrolleres i tro av at helsepersonellet ikke har tillit til dem. Det kan derfor være forståelig at helsepersonell i en slik dobbeltrolle skylder på systemet for å opprettholde den mellommenneskelige relasjonen.

5.2.4 Kunnskap, kompetanse og utdanning

Steiro et al. (2020) viste til at manglende kompetanse og kunnskap blant helsepersonell reduserte kvaliteten på LAR. Videre ble det rapportert av helsepersonell at det var behov for mer kunnskap, opplæring, tilgang på spesialisert helsepersonell og faglige retningslinjer. Sykepleie bygger på de yrkesetiske retningslinjene - dette gjelder også i LAR. Her skal sykepleiere kjenne til sine egne grenser med tanke på kompetanse, og skal alltid praktisere innenfor grensene, og søke veiledning i utfordrende situasjoner der kunnskapen ikke strekker til. Videre er sykepleiere pliktige til å holde seg oppdatert på forskning og utvikling innenfor eget fagområde, og de skal bidra til at ny kunnskap kan anvendes i praksis (Norsk sykepleierforbund, 2019).

Resultatene til Steiro et al. (2020) peker på at mye av behandlingen i LAR bygger på helsepersonellens erfaring. Dersom helsepersonellet ikke har god nok erfaring, kan dette resultere i dårligere forutsetninger for forståelse av LAR-pasienten. En dårligere forståelse av pasienten kan bidra til ytterligere stigmatisering, og det kan stilles spørsmål ved om dette skyldes for lite kunnskap eller en personlig dårlig holdning til denne pasientgruppen. Det kan

også undres hva som er årsaken til manglende kunnskap og kompetanse. Det kommer fram i Steiro et al. (2020) at det kun var et fåtall som hadde lært om ruslidelser i utdanningsforløpet. De få som faktisk hadde kunnskap og ferdigheter om dette temaet, hadde selv søkt denne informasjonen og kunnskapen.

Det kan diskuteres hvorfor helsefagutdanninger ikke har mer fokus på LAR og denne pasientgruppen i undervisningen, og om nettopp dette er stigmatiserende i seg selv? LAR består av pasienter med en rekke sammensatte behov (Helsedirektoratet, 2010, s.13). Dersom man ikke har tilstrekkelig med undervisning, kan dette resultere i at man ikke har nok kunnskap om temaet, og bidra til ytterligere stigma. Med grunnlag i sykepleiers yrkesetiske retningslinjer kan det stilles spørsmål om faglig forsvarlighet. En konsekvens av manglende kunnskap kan være at helsepersonellet i LAR havner i risikofylte situasjoner, eksempelvis at rusede pasienter mottok LAR-behandling (Steiro et al., 2020, s.35). Dette indikerer at risikofylte situasjoner kan oppstå på bakgrunn av manglende kunnskap. På grunnlag av dette kan det undres om helsepersonellet i LAR handler utenfor egne grenser og kompetanse. Mangel på kunnskap og kompetanse kan være roten til et stigma, og dette viser viktigheten av behov for økt kunnskap og kompetanse i LAR-systemet.

6.0 Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å finne ut hvordan sykepleiere kan bidra til å redusere stigmaet i LAR. De utvalgte studiene viser tydelig at det foreligger et stigma rettet mot LAR og denne pasientgruppen. Sykepleiere både i og utenfor LAR hadde ofte negative holdninger overfor LAR-pasienter, og relasjonen var tydelig preget av mistillit.

Kommunikasjon med stigmatiserende språktermer ble brukt av helsepersonell, noe som kunne påvirke relasjonen mellom partene. Manglende kunnskap og kompetanse var også en av kildene til stigma i LAR. Dette kunne bidra til å redusere kvaliteten på behandlingen, og var en barriere for om pasienten ble værende. En av de vanligste kildene til stigma i LAR var familie og venner, og dette kunne skyldes mangel på innsikt i de ulike utfordringene knyttet til behandlingen.

Ut fra resultatene, ser vi det som nødvendig med en endring i hvordan LAR-pasienten omtales av helsepersonell. Økt bevissthet om egen kommunikasjon og bruk av stigmatiserende språktermer både om og til LAR-pasienter kan bidra til å redusere stigmaet. Vi ser det her som viktig å skape en god relasjon til LAR-pasienten gjennom gode kommunikasjonsferdigheter for å skape tillit mellom sykepleier og pasient. Økt kunnskap og kompetanse kan bidra til at sykepleier får en økt forståelse for pasientgruppen, og kan dermed bedre behandlingskvaliteten, slik at stigma videre kan reduseres. For å øke kunnskap og kompetanse trengs det mer fokus på LAR og pasientgruppen både i utdanning, politikk og forskning. For å redusere stigma fra familie og venner kan sykepleiere forsøke å inkludere pasientens pårørende i større grad, eksempelvis gjennom samtaler, veiledning og undervisning. Dette kan bidra til at pasientens nærmeste får mer innsikt i situasjonen og kan være en støtte og motivator for LAR-pasienten. Sykepleiere kan også bidra til å fremme gode holdninger overfor denne pasientgruppen utad i samfunnet, for eksempel gjennom holdningskampanjer og medieoppslag. Videre ser vi et mulig behov for en ny og revidert nasjonal retningslinje for LAR, ettersom at den gjeldende retningslinjen muligens er noe utdatert. Det har blitt publisert nyere forskning i ettertid som viser at det foreligger et stigma i LAR, og dette indikerer at det kan være et behov for en ny nasjonal retningslinje som har mer fokus på å redusere stigmaet.

7.0 Referanseliste

- Braut, Geir Sverre (2020, 02.10) Helse. I *store medisinske leksikon*.
<https://sml.snl.no/helse>
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5.utg.). Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6.utg.). Gyldendal Akademisk.
- Earnshaw, V., Smith, L. & Copenhaver, M. (2013). Drug Addiction Stigma in the Context of Methadone Maintenance Therapy: An Investigation into Understudied Sources of Stigma. *International Journal of Mental Health and Addiction*, s. 110-122.
<https://doi.org/10.1007/s11469-012-9402-5>
- Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner - personorientering, samhandling, etikk* (3.utg.). Gyldendal Akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2019, 06.12). *Rusbrukslidelser i Norge*. Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/ruslidelser/>
- Folkehelseinstituttet. (2020, 16.01). *Historisk oversikt over Narkotika i Norge 1912-2018*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/narkotika-i-historien/historisk-oversikt-over-narkotika-i-norge-1912-2018/?term=&h=1&fbclid=IwAR0j6roCMQPI-PMSGC6AQXWxxToEQcBRGxl5zp6S2ZCTXC7WYxvqFgSZvvc>
- Folkehelseinstituttet (2020, 17.12). *Narkotikautløste dødsfall i 2019*. Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/konsekvenser-av-narkotikabruk/narkotikautloste-dodsfall-2019/>
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier : värdering analys och present* (4.utg.). Natur & Kultur.

Helsebiblioteket (2016, 03.06a). *Kjernespørsmål*. Helsebiblioteket.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/kjernesporstal>

Helsebiblioteket (2016, 03.06b). *PICO*. Helsebiblioteket.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>

Helsebiblioteket (2018) MeSH på norsk. Helsebiblioteket.

<https://www.helsebiblioteket.no/legemidler/aktuelt/mesh-pa-norsk-i-helsebiblioteket-verktoy-for-gode-sokeord-og-trefferikre-artikkelsok>

Helsedirektoratet. (2010, 08). *Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved*

opioidavhengighet. [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/legemiddelassistert-rehabilitering-lar-ved-opioidavhengighet/Legemiddelassistert%20rehabilitering%20\(LAR\)%20ved%20opioidavhengighet%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf/_attachment/inline/62e9bd41-0e5c-4fee-84dc-fd0deeb3c93:357f2ad4147fd531e79b8030b24d8a126f4c4826/Legemiddelassistert%20rehabilitering%20\(LAR\)%20ved%20opioidavhengighet%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/legemiddelassistert-rehabilitering-lar-ved-opioidavhengighet/Legemiddelassistert%20rehabilitering%20(LAR)%20ved%20opioidavhengighet%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf/_attachment/inline/62e9bd41-0e5c-4fee-84dc-fd0deeb3c93:357f2ad4147fd531e79b8030b24d8a126f4c4826/Legemiddelassistert%20rehabilitering%20(LAR)%20ved%20opioidavhengighet%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf)

Helsedirektoratet. (2014,03). *Sammen om mestring: Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*.

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>

Helsedirektoratet. (2018,16.01). *Pårørendeveileder*.

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder/helseforetak-og-kommuners-plikter-overfor-parorende/plikt-til-parorendeinvolvering-og-stotte#helse-og-omsorgstjenester-skal-sorqe-for-opplaering-veiledning-og-stottetilbud-til-parorende>

- Helsenorge. (2018, 20.12). *Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)*. Helsenorge. <https://www.helsenorge.no/rus-og-avhengighet/legemiddelassistert-behandling-lar/>
- Helsenorge. (2020, 27.10). *Opioidavhengighet*. Helsenorge. <https://www.helsenorge.no/rus-og-avhengighet/opioidavhengighet/#oppsummering>
- Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E-A & Grimsbø, G.H. (2016). *Grunnleggende sykepleie bind 1*. Gyldendal Akademisk.
- Li, R., Andenæs, R., Undall, E., Nåden, D. (2012) Smertebehandling til rusmisbrukere innlagt på sykehus. *Sykepleien Forskning*, s. 253 DOI: <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0131>
- Lobmaier, P., Skeie, I., Lillevold, P., Waal, H., Bussesund, K. & Clausen, T. (2020, 29.06). *Statusrapport 2019: Nye medisiner - nye muligheter?* (SERAF rapport 1/2020). <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2020/seraf-rapport-nr-1-2020---statusrapport-2019.html>
- Malt, U. (2020, 27.05). Stigmatisering. I *Store norske leksikon*. <https://snl.no/stigmatisering>
- Mørland, J. (2020, 22.04). Opioider. I *Store medisinske leksikon*. <https://sml.snl.no/opioider>
- Norsk Helseinformatikk (NHI). (2018, 30.11). Legemiddelassistert rehabilitering (LAR). *Norsk helseinformatikk*. <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/narkotiske-stoffer/legemiddelassistert-rehabilitering-lar/>
- Nordeng, H. & Spigset, O. (2018). *Legemidler og bruken av dem* (3.utg.). Gyldendal Akademisk.
- Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Norsk sykepleierforbund. <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, P. (2021). *Omtanke: Innføring i sykepleietikk* (3.utg.). Gyldendal Akademisk.

Oslo Universitetssykehus (2020, 03.12). *Opioider*. Oslo Universitetssykehus. <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/tsb/verktoy-for-fagutvikling/fakta-om-rusmidler/opioider#virkninger>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Scott, K., Murphy, C. M., Yap, K., Moul, S., Hurley, L. & Becker, J. B. (år). Health Professional Stigma as a Barrier to Contingency Management Implementation in Opioid Treatment Programs. *Translational Issues in Psychological Science*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/tps0000245>

Steiro, A., Hestevik, C. H., Shrestha, M. & Muller, A. E. (2020). *Erfaringer blant pasienter og helsepersonell med legemiddelassistert rehabilitering (LAR): En systematisk oversikt over kvalitative studier* (ISBN 978-82-8406-083-5). <https://www.fhi.no/publ/2020/erfaringer-blant-pasienter-og-helsepersonell-med-legemiddelassistert-rehabi/>

Stendal, M. (2019). Slik kan sykepleiere motivere rusmisbrukere til et bedre liv. *Sykepleien*. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.77320>

Stubberud, D.G., Grønseth, R. & Almås, H. (2017). *Klinisk sykepleie 1* (5.utg.). Gyldendal Akademisk.

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

Øiern, T. (2020, 30.11). *Legemiddelassistert rehabilitering i 20 år*. Oslo Universitetssykehus. <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/tsb/nasjonal-kompetansetjeneste-tsb/vare-prosjekter/lar-konferansen/legemiddelassistert-rehabilitering-i-20-ar?fbclid=IwAR3A71ljLOSXuKKiD1feDPbwuj0QuUK0yre46Z2dvukupF9wE03dO9ugU>

Vedlegg 1: Litteratormatrise

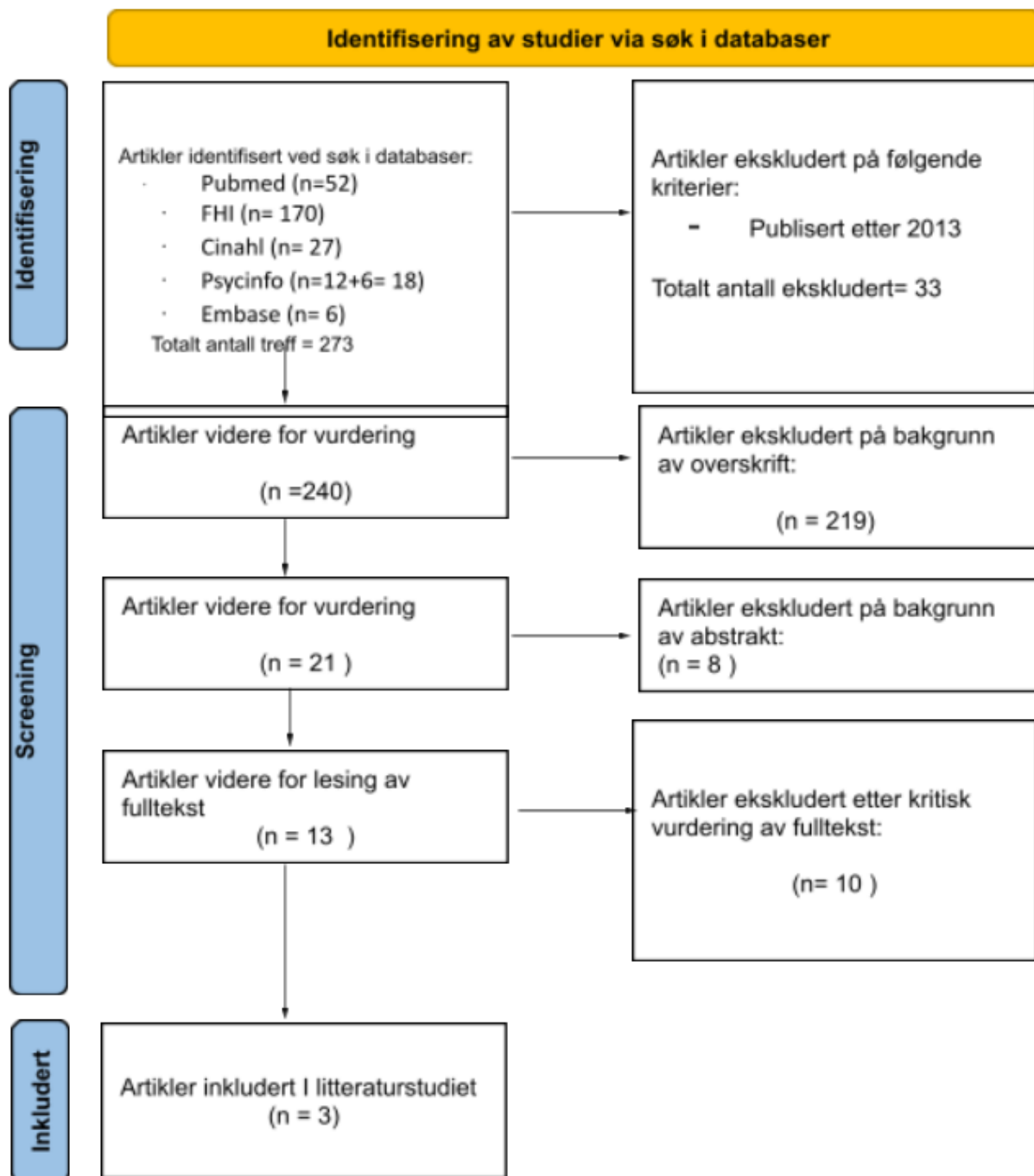
Artikkel	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat
<p>1) "Erfaringer blant helsepersonell med legemiddelasistert rehabilitering (LAR): En systematisk oversikt over kvalitative studier"</p> <p>Steiro, A., Hestevik, C. H., Shrestha, M. & Muller, A. E., (2020).</p>	<p>"Hensikten med denne oversikten er å oppsummere kunnskapsgrunnlaget - om pasienter og helsepersonell sine opplevelser med LAR.</p> <p>Studien tar utgangspunkt i en hurtig systematisk oversikt publisert av Canadian Agency for Drugs and Technology in Health (CADTH) fra april 2019.</p> <p>Denne studien besvarer følgende problemstillinger:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hvilke erfaringer med og holdninger til behandling har LAR-pasienter? 2. Hvilke erfaringer og holdninger har helsepersonell til behandling av LAR-pasienter?" 	<p>Systematisk oversikt over kvalitative studier</p> <p>Litteratursøkene etter norske studier ble planlagt og deretter utført 28.10.2019. Videre ble disse fagfellevurdert av en forskningsbibliotekar.</p> <p>To forskere gjennomgikk alle titler og sammendrag for å vurdere relevans sammenlignet med inklusjonskriteriene i CADTH-rapporten og fra databasesøk.</p> <p>Relevante referanser ble bestilt i fulltekst. Ved uenighet om hvilke referanser som skulle inkluderes ble en tredje prosjektmedarbeider trukket inn. Elektronisk verktøy; Covidence 4 ble brukt i utvalgsprosessen. Med bakgrunn i et strategisk utvalg ble den metodiske kvaliteten vurdert av to uavhengige medarbeidere ved hjelp av CASP-verktøy.</p> <p>Andersens modell ble brukt for å gjøre en tematisk analyse.</p> <p>Tilliten til kunnskapsgrunnlaget ble vurdert nøye ved hjelp av CERQual. Etter dette ble tilliten igjen</p>	<p>Mållrettet tilnærming for å velge ut kvalitative studier for å oppnå en spredning av geografiske områder, typer tiltak og typer deltakere. Følgende kriterier ble brukt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Variasjon i datamaterialet (geografi, setting, balanse mellom studier av pasienter og helsepersonell) - Hvor fyldige og rike beskrivelser var ("data richness") - Relevans i forhold til problemstillingen. 	<p>Analysene avdekket seks hovedfunn:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Stigma fra personer utenfor LAR kunne være en kontekstuell barriere for å oppsøke og bli i behandling (Høy tillit). 2. LAR som kilde til stigma ble rapportert av både pasienter og helsepersonell (Høy tillit). 3. Manglende kunnskap og kompetanse blant helsepersonell var en barriere rapportert av både pasienter og helsepersonell, som påvirket tilgang til og kvalitet på LAR, pasienters opplevelse av LAR og behandlingsutfall (Moderat tillit). 4. Kommunikasjon og forhold mellom personell og pasienter var avgjørende for kvaliteten på LAR, og var både fremmere og barrierer for behandlingsetterlevelse og utfall (Høy

		helhetlig vurdert for hvert resultat i den systematiske oversikten.		tillit). 5. Pasienter hadde forventninger om mange ikke-helserelaterte individuelle utfall av LAR, for eksempel å komme seg i jobb, få bolig, og få tilbake sosiale relasjoner (Moderat tillit). 6. Pasienter balanserte kontinuerlig positive forventninger til LAR, med negative opplevelser og stigma knyttet til LAR (Lav tillit).
2) "Health Professional Stigma as a Barrier to Contingency Management Implementation in Opioid Treatment Programs" Scott, K., Murphy, C., Yap, K., Moul, D., Hurley, L., & Becker, S.J. (2020)	Denne studien har som hensikt å identifisere ulike stigma-temaer gjennom intervjuer med helsepersonell ved ulike opioid-behandlingsprogrammer. Dette hadde bakgrunn i en overdosekrise i USA med pressende behov for identifisering og implementering av belønningssystemer (Contingency management). Analysen har to spesifikke mål: 1. Å identifisere ulike typer stigmatiseringen de synspunkter	Kvalitativ studie Det ble gjennomført kvalitative intervjuer over en to månedersperiode av to postdoktorer og to forskningsassistenter. Intervjuene ble gjennomført enten personlig eller via telefon, og varte i 45-60 minutter. Fokuset i intervjuene var deltakernes fortrolighet til CM-implementering ved deres opioidbehandlingsprogram. Her ble det gjennomført kvalitativ dataanalyse hvor intervjuene ble ført ned ordrett og renset for å fjerne all	Totalt deltok 11 OTPér (Opioid treatment programs) hvor alle tilbydde metadon og ulike rådgivningstjenester (for eksempel ukentlig grupperådgivning og månedlig individuell rådgivning). Hovedleder for opioid behandlingsprogram ble bedt om å nominere to stedsledere og to frontlinjerådgivere til å delta. Inklusjonskriterien til disse lederne var: Å være ansvarlig for å føre tilsyn med frontlinje personell i minst 6 måneder. 22 ledere og 22 behandlingsledere	Analysene avdekket stigmatiserende språktermer i 86% av de evaluerte manusene. 20 deltakere (46,5%) brukte stigmatiserende språk og minst ett stigmatiserende tema. 13 deltakere (30,2%) uttrykte minst to stigmatiserende temaer under intervjuet. Fire forskjellige undertemaer dukket opp relatert til helsepersonellens stigma ved CM-implementering: a. Mistillit til pasientene i opioid behandlingsprogram b. Barnsliggjøring av

	<p>som spontant kom fram i intervjuer av helsepersonell ved OTP.</p> <p>2. Å dokumentere og kvantifisere stigmatisering uttrykkene som helsepersonell bruker når de diskuterer pasienter på MOUD (medisiner for opioidforstyrrelse)</p>	<p>identifiserbar informasjon.</p> <p>En tematisk analyse ble utført av tre uavhengige kodere (en postdoktor, to forskningsassistenter).</p> <p>Hovedtemaer og undertemaer ble gjennomført og reflektert i en gruppe ved hjelp av en kvalitativ kodingsordbok. Kodingen ble løst gjennom grundig diskusjon inntil 100 % enighet.</p>	<p>deltok totalt.</p> <p>43 endelige deltakere var kvinner (72 %) og ikke-spansk-hvite (93%)</p> <p>42% av utvalget hadde en bachelorgrad (N=18) og bare 21 % hadde mastergrad (N=9).</p> <p>Gjennomsnittsverdien til helsepersonell ved deres nåværende opioid behandlingsprogram var 4,8 år (SD=6,5). Likevel var spekteret bredt fra 3,5 måneder til 41 år.</p>	<p>pasientene</p> <p>c. Helsepersonellens syn på at pasienter ikke fortjener intensiver (CM-implementering)</p> <p>d. Anerkjennelse av pasientens selvstigma eller samfunnets stigma rettet mot medisiner for opioidforstyrrelse.</p>
<p>3) "Drug Addiction Stigma in the Context of Methadone Maintenance Therapy: An Investigation into Understudied Sources of Stigma"</p> <p>Earnshaw, V., Smith, L., Copenhaver, M. (2013).</p>	<p>Hensikten med denne studien var å karakterisere hvordan mennesker med en historie med opioidavhengighet opplevde stigma fra ulike kilder. Forfatterne fokuserer på vedlikeholdsbehandling (MMT, Methadone Maintenance treatment), fordi stigmaet relatert til denne gruppen er svært sterkt og dette stigmaet har blitt identifisert som en barriere for å fortsette med MMT og suksess.</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p>Datterstudie av en annen studie som ble utført på samme klinikk. Dette var et forskningsprosjekt om HIV-risikoreduksjon.</p> <p>Det ble utført kognitive intervjuer for å identifisere de kognitive prosessene som brukes når deltakerne svarte undersøkelsen.</p>	<p>12 personer som alle mottok MMT (Methadone Maintenance treatment) deltok i individuelle kognitive intervjuer. Deltakerne ble rekruttert fra et forskningsprosjekt om HIV-risikoreduksjon.</p> <p>8 av deltakerne var menn og 4 kvinner. 10 av deltakerne var hvite og 2 var afro-amerikanske. Deltakerne var mellom 22 og 52 år.</p> <p>På grunn av inklusjonskriteriene til foreldrestudien, ble det antatt at alle deltakerne var HIV-negativ og hadde en</p>	<p>Ca. 30% av deltakerne oppga at de opplevde stigma fra bekjente, venner og familie.</p> <p>Av deltakerne som gikk i arbeid og mottok MMT, oppga Ca. 20% at de opplevde stigma fra kollegaer eller arbeidsgiver.</p> <p>Ca. 30% av deltakerne oppga at de opplevde et stigma fra helsepersonell.</p> <p>Ca. 20% av deltakerne oppga at de opplevde stigma fra andre enn det som er oppgitt ovenfor. Flere av disse kildene henviste generelt til andre, men deltakerne diskuterte spesielt stigma fra blant annet datingpartnere,</p>

			historie med opioidavhengighet. Deltakerne måtte være over 18 år, være engelsktalende og de måtte være villig til at intervjuet ble tatt opp og videre analysert.	forlovede og statsansatte.
--	--	--	---	----------------------------

Vedlegg 2: Flow-diagram



Vedlegg 3: Søkematrise inkludert PICO-skjema (PIO)

Problemformulering; Hvordan kan sykepleiere bidra til å redusere stigma i LAR?	Type spørsmål: Erfaringer og holdninger «hvordan oppleves det?»
---	--

	P:	I:	O:	Kombinasjon av søkeord	Antall treff	Artikler funnet
Norsk formulering hentet fra vår problemstilling	Legemiddelassistent rehabilitering (LAR)	Sykepleiere	Stigma			
Embase	Opiate Substitution treatment	Health care personnel	Stigma Social stigma	Opiate substitution treatment AND Health care Personnel AND Stigma OR Social stigma	6	Ingen relevante resultater
CINAHL	Opiate Substitution treatment Methadone maintenance treatment	Health Personnel	Stigma	Opiate Substitution treatment OR Methadone maintenance treatment AND Health personnel and stigma	27	Ingen relevante resultater
PsycInfo	Opioid use disorder	Health Personnel	Stigma	Opioid use disorder AND stigma AND health personnel.	6	“Health professional stigma as a barrier to contingency management implementation in opioid treatment programs.” Scott, K., Murphy, C.,

						Yap, K., Moul, D., Hurley, L., & Becker, S.J.(2020)
PsycInfo	Methadone		Stigma Prejudice	Methadone AND stigma AND prejudice	12	<p>“Drug Addiction Stigma in the Context of Methadone Maintenance Therapy: An Investigation into Understudied Sources of Stigma”</p> <p>Earnshaw, V., Smith, L. & Copenhaver, M.(2013)</p>
Folkehelseinstituttet	LAR	Sykepleie	Stigma	LAR, sykepleie, stigma	170	<p>Erfaringer blant pasienter og helsepersonel i med legemiddellastert rehabilitering (LAR): En systematisk oversikt over kvalitative studier</p> <p>Steiro, A., Hestevik, C. H., Shrestha, M. & Muller, A. E., (2020)</p>

PubMed	Opiate Substitution treatment Methadone Buprenorphine	Nursing	Stigma Social stigma	Opiate Substitution treatment OR Methadone OR Buprenorphine AND nursing AND stigma OR social stigma	52	Ingen relevante resultater
--------	---	---------	----------------------------	--	----	----------------------------------

Vedlegg 4: Eksempel på kritisk vurdering av kvalitativ studie

Kritisk vurdering av:

Earnshaw, V., Smith, L. & Copenhaver M.(). Drug Addiction Stigma in the Context of Methadone Maintenance Therapy: An Investigation into Understudied Sources of Stigma. *International Journal of Mental Health and Addiction*,, s. 110-122.

<https://doi.org/10.1007/s11469-012-9402-5>.

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Hensikten med denne studien var å karakterisere hvordan mennesker med en historie knyttet til opioidavhengighet opplevde stigma fra ulike kilder.

Forfatterne fokuserer på vedlikeholdsbehandling (MMT, Methadone Maintenance treatment), fordi stigmaet relatert til denne gruppen er svært sterkt og dette stigmaet har blitt identifisert som en barriere for å fortsette med MMT og suksess.

Denne kvalitative studien er en datterstudie fra tidligere ved samme MMT-klinikk

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

For å få svar på problemstillingen, er kvalitativ metode nødvendig. Her ble det utført kognitive intervjuer - altså en form for kvalitativ teknikk, for å identifisere de kognitive prosessene som brukes når deltakerne svarte på undersøkelsen. Dette ville være den mest hensiktsmessige metoden for å få forståelse av deltakernes erfaringer.

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Studiedesignet er hensiktsmessig for å besvare problemstillingen. Designet består av et detaljert metodekapittel som viser antall deltakere og hvordan prosessen ble gjennomført for å samle inn kvalitative data.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

- 12 personer deltok i studien og alle mottok MMT (Methadone Maintenance treatment). Disse deltakerne deltok i individuelle kognitive intervjuer. Deltakerne ble rekruttert fra et forskningsprosjektet om HIV-risikoreduksjon.
- 8 av deltakerne var menn og 4 kvinner. 10 av deltakerne var hvite og 2 var afro-amerikanske. Deltakerne var mellom 22 og 52 år.
- På grunn av inklusjonskriteriene til foreldrestudien, ble det antatt at alle deltakerne var HIV-negativ og hadde en historie med opioidavhengighet. Deltakerne måtte være over 18 år, være engelsktalende og de måtte være villig til at intervjuet ble tatt opp og videre analysert.

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Det ble utført kognitive intervjuer for å identifisere de kognitive prosessene som brukes når deltakerne svarte undersøkelsen.

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja – Nei – Uklart

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Studien tar nøye for seg hvordan intervjuene ble utført. Deltakerne måtte være over 18 år og villig til at intervjuene ble tatt lydopptak av og videre transkribert og diskutert.

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Det ble gjennomført intervjuer med bruk av lydopptak ut ifra inklusjonskriterierne. Lydopptakene av intervjuene ble transkribert og individuelt sjekket for nøyaktighet. To doktorgradforskere vurderte hver for seg disse transkripsjonene. Det ble gjennomført diskusjon av transkripsjonene og vurdering av mulige avvik.

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

- Ca. 30% av deltakerne oppga at de opplevde stigma fra bekjente, venner og familie.
- Av deltakerne som gikk i arbeid og mottok MMT, oppga Ca. 20% at de opplevde stigma fra kollegaer eller arbeidsgiver.
- Ca. 30% av deltakerne oppga at de opplevde et stigma fra helsepersonell.
- Ca. 20% av deltakerne oppga at de opplevde stigma fra andre enn det som er oppgitt ovenfor. Flere av disse kildene henviste generelt til andre, men deltakerne diskuterte spesielt stigma fra blant annet datingpartnere, forlovede og statsansatte.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?**10.Hvor nyttige er funnene fra denne studien?****Kommentar:**

Denne studien inkluderte kun 12 deltakere, noe som er et relativt lite antall. Pasientene diskuterte liknende erfaringer med stigma relatert til rusavhengighet, noe som øker tilliten til at deres erfaringer kan overføres til andre MMT-pasienter.

Fremtidige studier bør utforske disse ulike temaene videre med et større utvalg. Videre bør fremtidige studier også utforske stigma relatert til rusavhengighet blant flere MMT-pasienter i ulike sosiale sammenhenger. Det er mulig at andre stigmaer, for eksempel rase, etnisk minoritet og fattigdom kan påvirke MMT-pasienters opplevelse av stigma.