



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

SYKB390-O-2023-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	03-05-2023 12:00 CEST	Termin:	2023 VÅR
Sluttdato:	12-05-2023 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 SYKB390 1 O 2023 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	323
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7609
----------------------	------

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

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	81
Andre medlemmer i gruppen:	253

Jeg godkjenner avtalen 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

Kunnskapens påvirkningskraft –

sykepleieres holdninger i smertebehandling til pasienter med opioidavhengighet

The influence of knowledge –

nurses attitudes in pain management for patients with opioid dependence

Kandidatnummer: 253 & 323

Bachelor i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap (FHS)

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Innleveringsdato 11.05.2023

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, § 12-

Abstract

Background

Patients with opioid dependence are frequently admitted to hospital, often presenting with acute pain. Our experience is that this patient group is complex and difficult to give adequate pain treatment, because of long-term use and increased tolerance to opioids. We have distinguished a variety of knowledge and attitudes amongst nurses facing this patient group.

Thesis question

How does nurse's knowledge about pain treatment affect their attitudes facing patients with opioid dependence?

Method

We used literature study as a method, based on searches in relevant databases containing nursing-related research. The search was limited based on inclusion- and exclusion criteria. Our thesis is based on five research articles: one systematic overview, two qualitative studies, and two cross-sectional studies. The research articles are retrieved from the database CINAHL and the Norwegian research journal Sykepleien forskning.

Results

The research shows that many nurses lack knowledge about pain management for patients with opioid use disorders, and that they commonly distrust the patients self-report of pain. However, few nurses exert mapping tools, and many omit treating them with opioids in fear of exacerbating their addiction. It appears that nurses with more education and experience from working with this patient group generally have more positive attitudes towards patients with opioid use disorders. Despite that opioid addiction is classified as a disease, these patients are met with more stigma than patients with other physical and mental illnesses.

Conclusion

Nurses' lack of knowledge about pain management for patients with opioid dependence is reflected in their negative attitudes towards this patient group. Research shows that nurses with more education and experience from working with this patient group appear to have more positive attitudes towards patients with opioid use disorder.

Innholdsfortegnelse

Abstract	i
Innholdsfortegnelse	ii
Oversikt over tabeller	iv
1.0 Innledning	1
<i>1.1 Problemstilling</i>	<i>1</i>
<i>1.2 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling</i>	<i>2</i>
<i>1.3 Hensikt</i>	<i>2</i>
<i>1.4 Avgrensing av oppgaven</i>	<i>3</i>
2.0 Bakgrunn med teoretisk perspektiv	4
<i>2.1 Smerte og smertebehandling</i>	<i>4</i>
<i>2.2 Opioider og opioidavhengighet</i>	<i>6</i>
<i>2.3 Smertebehandling til pasienter med opioidavhengighet</i>	<i>7</i>
<i>2.4 Holdninger blant helsepersonell</i>	<i>8</i>
<i>2.5 Smertebehandling sett fra pasientperspektiv</i>	<i>8</i>
<i>2.6 Travelbee om smerte og mellommenneskelige forhold</i>	<i>9</i>
<i>2.7 Forskrifter og retningslinjer i sykepleie</i>	<i>10</i>
3.0 Metode	11
<i>3.1 Hva er en metode</i>	<i>11</i>
<i>3.2 Litteraturstudie som metode</i>	<i>11</i>
<i>3.3 Søkeprosess</i>	<i>11</i>
3.2.1 Søkestrategi.....	11
3.2.2 Inklusjon- og eksklusjonskriterier.....	13
3.2.3 Litteratursøk	13
<i>3.3 Kritisk vurdering av artikler</i>	<i>14</i>

3.4 Etiske vurderinger	14
3.5 Analyse og syntese	14
4.0 Resultater	15
4.1 Utilstrekkelig kompetanse om smertebehandling til pasienter med opioidavhengighet	18
4.2 Mistillit til pasienter med opioidavhengighet sin smerteopplevelse.....	18
4.3 Faktorer som kan påvirke helsepersonellens holdninger.....	20
5.0 Diskusjon.....	21
5.1 Mangel på kunnskap og utilstrekkelig smertebehandling	21
5.2 Faktorer som påvirker helsepersonells holdninger.....	23
5.3 Diskusjon metode.....	24
6.0 Konklusjon og implikasjoner for praksis.....	26
7.0 Referanseliste	27
Vedlegg	31
Vedlegg 1: VAS og NRS.....	31
Vedlegg 2: WHO's smertetrapp.....	31
Vedlegg 3: søkehistorikk.....	32
Vedlegg 4: detaljert søk CINAHL.....	35
Vedlegg 5: detaljert søk MEDLINE.....	36

Oversikt over tabeller

Tabell 1: Begrepsavklaringer

Tabell 2: PIO-skjema

Tabell 3: Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Tabell 4: Litteraturmatrise

1.0 Innledning

I 2020 fikk omtrent 18 000 pasienter behandling for en avhengighetsdiagnose knyttet til rusmiddelproblemer i Norge. Dette var en økning på 22% de siste ti årene. I samme tidsperiode økte antallet pasienter med en opioidavhengighetsdiagnose med 65% (Gryt & Christiansen, 2018). Pasienter med rusmiddelavhengighet opplever oftere akutte smerter, for eksempel knyttet til medikamentinjeksjon eller rusrelaterte traumer og vold (Den norske legeforening, 2009, s. 33). Denne pasientgruppen opptrer også oftere i akuttmottak og har hyppigere innleggelser i sykehus enn befolkningen ellers (Haber et al., 2009). «Vi vet at populasjoner av pasienter som bruker analgetika fast, er mer smertefølsomme enn de som ikke bruker analgetika, og de som bruker opioider er mer smertefølsomme enn de som ikke bruker opioider» (Romundstad, 2020, kap. L20.1.2, avsn. 2n). I smertebehandling spiller faktorer som alder, kjønn, vekt og tidligere erfaring med smerter og bruk av smertestillende medikamenter en stor rolle (Berntzen et al., 2016, s. 361). En studie fra 2019 viser at pasienter med akutte smerter som har historie med rusmisbruk krever 40% høyere doser av opioide analgetika for å smertelindres, enn pasienter som ikke tidligere har misbrukt rusmidler (Salottolo et al., 2019). Utilstrekkelig smertebehandling er likevel vanlig hos personer med opioidavhengighet som innlegges i sykehus (Mehta & Langford, 2006).

Det stilles krav til at helsepersonell som yter helsehjelp til pasienter med rusproblematikk har tilstrekkelig kompetanse til å ha en helhetlig forståelse av problematikken (Helsedirektoratet, 2014, s. 111). Utilstrekkelig smertebehandling til pasienter med opioidavhengighet kan være et resultat av manglende kompetanse hos sykepleierne, og negative holdninger rettet til denne pasientgruppen (Ververda et al., 2018, s. 2). Eksisterende fordommer mot pasienter med rusmiddelavhengighet kan ha en negativ innvirkning på sykepleier-pasient relasjonen, og bidra til at denne pasientgruppen ikke mottar helsetjenester på lik linje med andre pasienter (Helsedirektoratet, 2014, s. 31).

1.1 Problemstilling

Hvordan påvirker sykepleierens kunnskap om smertebehandling deres holdninger i møte med pasienter med opioidavhengighet?

1.2 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

I *Retningslinjer for smertelindring* utgitt av den Norske legeforening (2009, s. 6), står det at «gode retningslinjer skal sikre pasienten adekvat diagnostikk og behandling, uavhengig av geografi og ressursfaktorer». Selv har vi opplevd gjennom arbeid i kirurgisk avdeling i sykehus at pasienter med ulike ressursfaktorer ofte får ulik behandling. Vi har sett at det er stor variasjon i sykepleieres tilnærming ved smertebehandling, og varierende holdninger til pasienter med opioidavhengighet. Videre har vi erfart at dette er en pasientgruppe det kan være utfordrende å gi tilfredsstillende smertebehandling til, og behandlingen kan være mer kompleks enn for andre pasientgrupper. Som nevnt innledningsvis har pasienter med opioidavhengighet økt smertefølsomhet og økt toleranse for opioide analgetika (Romundstad, 2020, kap. L20.1.2, avsn. 2n). Denne pasientgruppen har også hyppigere innleggelser i sykehus sammenlignet med pasienter uten en avhengighet (Haber et al., 2009). Vår opplevelse er at det er utfordrende å skulle skille mellom hva som er pasientenes reelle smerter og hva som er avhengighet ved egenrapportering av smerter.

Det kommer frem i læringsutbyttebeskrivelsen for bachelor i sykepleie at vi etter endt studie skal kunne møte ulike pasientgrupper med faglig kunnskap om helse og sykdom i et tverrfaglig samarbeid, for å sikre et helhetlig behandlingsforløp. Pasientens brukermedvirkning sammen med eksisterende rutiner og metoder skal reflekteres over, for å kunne drive forbedringsarbeid og dermed implementere ny kunnskap og nye arbeidsmetoder (Høgskulen på Vestlandet, u.å.-b). Den varierende kunnskapen vi har sett at sykepleierne har om smertebehandling til pasienter med opioidavhengighet er noe vi ser på som et forbedringsområde. Derfor ønsker vi å tilegne oss ny og nyttig kunnskap om dette.

1.3 Hensikt

På bakgrunn av våre erfaringer, kunnskap vi har ervervet om smertebehandling gjennom sykepleiestudiet, og det som kommer frem i innledningen, økte vår interesse for å undersøke dette temaet nærmere. Vi ønsket å se på hva som skyldes de varierende holdningene og tilnærmingene hos sykepleiere som behandler pasienter med opioidavhengighet, og hva som gjør at denne pasientgruppen i mange tilfeller ikke blir tilstrekkelig smertelindret. Hensikten med oppgaven er derfor å se nærmere på hvordan kunnskapen sykepleierne har om

smertebehandling kan påvirke og forme deres holdninger i møte med pasienter med opioidavhengighet, sett i lys av oppdatert forskning og kunnskap.

1.4 Avgrensning av oppgaven

Smertebehandling vil i denne oppgaven avgrenses til behandling av pasienter med opioidavhengighet med illegale opioider som har akutte smerter, da denne pasientgruppen har hyppige innleggelser i sykehus og fremtrer oftere med akutte smerter (Den norske legeforening, 2009, s. 33; Haber et al., 2009). Det er også hensiktsmessig for å ekskludere kroniske- eller kreftrelaterte smerter, og smerter i palliativ fase, da smertebehandling til disse pasientgruppene vil gi en annen tilnærming i behandlingen. Fordi vi snakker om *smertebehandling* kontra *smertelindring*, åpner vi for hele det sykepleiefaglige aspektet rundt smertebehandling som innebærer kunnskap om smertefysiologi, kartlegging, kliniske observasjoner, administrering av medikamentelle og ikke-medikamentelle intervensjoner og evaluering av disse, og det relasjonelle forholdet til pasienten (Sandvik & Rustøen, 2020, s. 1).

Behandling av akutte smerter til pasienter med opioidavhengighet er ofte relatert til rusrelaterte traumer og vold, eller skader direkte knyttet til injisering av rusmidler som krever behandling i sykehus (Haber et al., 2009). Denne oppgaven tar derfor for seg en pasientgruppe over 18 år som er innlagt på somatisk avdeling i sykehus. Pasienter med opioidavhengighet avgrenses i denne oppgaven til de pasientene som er aktive brukere, og pasienter med tidligere opioidavhengighet ekskluderes da dette vil ha forskjellig betydning for behandlingsforløpet. Mye forskning bruker «rusmiddelavhengighet» eller «rusmisbruk» som generelle begreper, men her vil vi trekke ut kun det som omhandler opioidavhengighet. Sentrale begreper i oppgaven avklares i tabell 1 nedenfor.

Tabell 1: begrepsavklaringer

Begrep	Forklaring
Abstinenser	Abstinens er en kroppslig reaksjon som kan oppstå ved opphør av bruk av rusmidler (Helsedirektoratet, 2017, kap. 13.3). Vanlige tegn på abstinenser etter opioider er svetting, magekramper, kvalme, oppkast og diaré (Helsedirektoratet, 2016, kap. 14.2).
Analgetika	Analgetika er legemidler som har som hovedeffekt å dempe opplevelsen av smerte, såkalt smertestillende. Analgetiske legemidler deles ofte inn i ikke-opioide smertestillende, som kan være for eksempel ibuprofen og paracetamol, og opioide smertestillende legemidler, som morfin og oksykodon (Ræder, 2021).
Illegale opioider	Omfatter både opioider som fremstilles illegalt for eksempel i form av heroin, og opioider som omsettes illegalt og brukes uforskrevet. Ofte omtalt som narkotika (Bramness, 2022).

2.0 Bakgrunn med teoretisk perspektiv

2.1 Smerte og smertebehandling

Smerte er en subjektiv opplevelse som fremtrer som en kroppslig påkjenning av det å ha vondt. Smerte oppleves alltid individuelt og må respekteres som en personlig opplevelse (Nortvedt, 2016, s. 173). Man kan dele smerte inn i fire hovedkategorier: nociseptiv, nevropatisk, psykogen og idiopatisk smerte. *Nociseptiv* smerte oppleves ved vevsskade og skyldes påvirkning av nociseptive smertereseptorer som finnes omtrent overalt i kroppen. *Nevropatiske* smerter skyldes skader i nerver eller hjernen, og kan føre til kroniske smerter og overfølsomhet ved stimuli av spesielle områder. Smerte som har bakgrunn i psykiske årsaker som for eksempel depresjon og angst, kalles *psykogene* smerter. Psykiske påkjenninger kan alene vise seg gjennom kroppslig smerte, men kan også forlenge og forsterke smerter som i utgangspunktet har fysiske årsaker. Noen kan oppleve smerte uten at man kjenner eller forstår årsaken til det. Disse omtales som *idiopatiske* smerter (Slørdal, 2018, s. 326).

Akutt smerte oppstår ved vevsskade eller sykdom i hud, knokler, muskler, sener eller indre organer. Disse smertene kan vare fra et par dager og opp til uker, og forsvinner når skaden eller sykdommen er behandlet. Dette er en viktig varslingsmekanisme som kan fortelle oss at vi trenger hjelp, eller må beskytte oss fra noe som er skadelig (Felleskatalogen, 2022). Akutt

smerte oppstår eksempelvis ved kirurgi eller frakturer, som alltid innebærer vevsskade i ulik grad (Den norske legeforening, 2009, s. 14). Det kan også som nevnt ha bakgrunn i psykiske påkjenninger som angst eller depresjon (Slørddal, 2018, s. 326). Sterke smerter kan gi uheldige komplikasjoner i et behandlingsforløp, og føre til en forlenget bedringsprosess. For eksempel vil immobilisering som følge av sterke smerter etter eksempelvis kirurgi øke faren for livstruende komplikasjoner som blodpropp og lungebetennelse, og effektiv smertelindring av akutte smerter er derfor viktig (Den norske legeforening, 2009, s. 14). Underbehandling av akutte smerter kan også knyttes direkte til komplikasjoner som kronisk smerte, depresjon, angst og tap av tillit til helsevesenet (Paschkis & Potter, 2015, s. 27).

Smertekartlegging er en viktig del av sykepleieres arbeidsoppgaver. Kartleggingen tar utgangspunkt i flere faktorer, som for eksempel kliniske observasjoner sett sammen med standardiserte kartleggingsverktøy. Kliniske observasjoner kan basere seg på fysiske tegn på smerte som kroppsholdning og bevegelse, ansiktsuttrykk og grimaser, blek og klam hud, takykardi (høy puls), hypertensjon (høyt blodtrykk), kvalme og indre uro (Flaten & Haugan, 2021). Smerte er et subjektivt psykologisk fenomen, og kan til en viss grad kartlegges ved bruk av ulike psykometriske skalaer. Det er viktig at disse verktøyene er enkle å forstå og bruke, for å sikre at de blir tatt i bruk. De mest brukte psykometriske måleverktøyene for smertekartlegging er visuell analog skala (VAS) og «numeric rating scale» (NRS), og gjerne en kombinasjon av disse. VAS er en unummerert skala på en linjal, hvor økende bredde tilsvarer økende smerte. Skalaen er også gjerne farget fra grønn til rød tilsvarende økende smerte (vedlegg 1). VAS kan optimaliseres i kombinasjon med NRS, såkalt VNRS. NRS er en numerisk skala fra 0-10 hvor 0 er ingen smerte og 10 er verst tenkelige smerte (vedlegg 1). Dette er en enkel, lite tid- og ressurskrevende metode for å kunne få et bilde av pasientens smerteintensitet. Bruk av tallparametre som VNRS (vedlegg 1) kan være gunstig for å få et tallfestet bilde på endring hos pasientens smertetilstand, og eventuell effekt av smertebehandling som gis (Tyrdal & Ræder, 2015). Ved behandling av akutte smerter er det et mål at pasienten ikke skal ha NRS over 3, så fremt man ser til at bevissthetsnivå og vitale parametere er tilfredsstillende (Den norske legeforening, 2009, s. 14).

Verdens helseorganisasjon (WHO) har utarbeidet en smertetrapp (vedlegg 2) som benyttes som et grunnleggende prinsipp ved behandling av smerter i ulik grad. Trappen består av tre

«behandlingstrinn» ut ifra smertens intensitet. Trinn én indikerer at smerter i første omgang skal forsøkes å behandles med paracetamol eller et NSAID-preparat (ikke-steroid antiinflammatoriske legemidler). Ved ikke-tilfredsstillende effekt skal trinn to benyttes, som består av en kombinasjon av paracetamol eller et NSAID, og et svakt opioid som for eksempel kodein. På tinn tre erstattes det svake opioidet med et sterkt opioid, som morfin eller oksykodon som brukes i behandling av sterke smerter (Mæhre, 2020).

2.2 Opioider og opioidavhengighet

Opioider er en fellesbetegnelse på alle smertestillende midler som har samme virkningsmekanisme som morfin. I mer enn 5000 år har produkter fremstilt fra opiumsvalmuen, der morfin og kodein er de vanligste virkestoffene, blitt brukt i behandling av sykdom og sterke smerter. Disse stoffene virker ved å binde seg til og stimulere opioidreseptorer i hjernen vår. Reseptorene stimuleres da til å friggi stoffer som virker både ved at de hemmer overføringen av smertestimuli til hjernen, og de hever smerteterskelen vår (Slørdal, 2018, s. 330-331). Opioider har best effekt på nociseptive smerter, altså smerter som skyldes vevsskade, men har også vist seg å ha god effekt på nevrologiske smerter som skyldes skade i nervevev (Den norske legeförening, 2009, s. 9).

Opioider er svært avhengighetsskapende og kan føre til sterke abstinenser og misbruk. Det kan dermed gi alvorlige helseproblemer og være dødelig (Helsenorge, 2020). I tillegg til den smertelindrende effekten har opioide analgetika egenskaper som virker sedative (beroligende), angstreduserende og øker følelsen av eufori (sterk lykkefølelse). Disse psykiske virkningene er ofte det som fører til avhengighet og misbruk. Likevel er opioider vanlige legemidler å bruke i behandling av akutte smerter og etter kirurgi (Den norske legeförening, 2009, s. 9-10).

I WHO sin siste utgave av det internasjonale klassifiseringssystemet for diagnoser, ICD-11 (International Classification of Diseases), beskrives opioidavhengighet som problemer med å kontrollere bruken av opioider som følge av gjentatt eller kontinuerlig bruk. Avhengigheten kjennetegnes ved at en på tross av skadelige konsekvenser gjentar bruken av rusmidler (1. utg.; ICD-11; World Health Organization [WHO], 2023). Det kan også ses sammenhenger

mellom misbruk av opioider, og personer som lider av psykiske helseproblemer som for eksempel bipolar lidelse, ADHD, personlighetsforstyrrelser, PTSD eller psykoser (Helsenorge, 2020). Psykiske vansker som disse kan dominere sykdomsbildet hos denne pasientgruppen (Den norske legeforening, 2009, s. 33). Personer med opioidavhengighet har problemer med å kontrollere og/eller avslutte bruken, og opplever ofte en subjektiv følelse av sterk trang til å bruke opioider. Fysiologiske symptomer som økt toleranse for opioider, abstinenssymptomer ved opphør eller reduksjon av bruk, og bruk av opioider for å forebygge abstinenssymptomer kan også ses. Dersom to eller flere av disse psykologiske eller fysiologiske kjennetegnene er til stede i minst ett år kan man stille diagnosen opioidavhengighet. Opioidavhengighet med nåværende/ aktiv bruk defineres som kontinuerlig eller episodevis bruk av opioider innen den siste måneden (1. utg.; ICD-11; WHO, 2023).

2.3 Smertebehandling til pasienter med opioidavhengighet

For alle pasienter der det er en mistanke om misbruk av opioider, bør det gjennomføres en grundig anamnese for å forstå omfanget av opioidbruken. Her må pasientrelasjonen etableres på en empatisk og ikke-dømmende måte, for å fremme god og tilstrekkelig smertebehandling (Smith et al., 2022). Ved varig bruk og avhengighet av opioider kan man utvikle toleranse for disse legemidlene (Bramness, 2022). Økt toleranse kan føre til utvikling av senket smerteterskel og dermed unormal økt smertefølsomhet, såkalt opioidindusert hyperalgesi (Romundstad, 2020, kap. L20.1.2, avsn. 2n). Rusmiddelbrukere som er innlagt i sykehus får ofte ikke tilstrekkelig smertelindring. Hyperalgesi fører ofte til at pasienter som misbruker opioider har behov for betydelig høyere doser av opioider for å få tilstrekkelig smertelindring sammenlignet med pasienter som ikke er tolerante for opioider (Den norske legeforening, 2009, s. 33). Dette belyses også av en studie fra 2019 som konkluderte med at pasienter som kommer inn på sykehus med akutte smerter krever 40% mer opioide analgetika for å bli tilstrekkelig smertelindret dersom de har historie med rusmisbruk, sammenlignet med pasienter som ikke tidligere har misbrukt rusmidler (Salottolo et al., 2019).

Et hovedprinsipp i smertebehandling til pasienter med opioidavhengighet er at de må få sitt basaldosebehov av opioider dekket for å unngå alvorlig abstinensutvikling, før en supplerer med opioider som skal lindre den akutte smerten. Smertebehandling til denne pasientgruppen bør imidlertid skje i samråd med rusfaglig og/ eller psykiatrisk kompetanse (Den norske

legeforening, 2009, s. 33). For helsepersonell som har ansvaret for pasienter med opioidavhengighet, er det viktig å kunne balansere forebygging av abstinenser som følge av opioidbruk, og samtidig gi tilstrekkelig analgesi (smertefrihet). Hos kritisk syke pasienter er utilstrekkelig analgesi assosiert med forverring av stressresponser. Dette kan for eksempel føre til svekket sårtilheling, immunsuppresjon og utvikling av kroniske smerter (Smith et al., 2022).

2.4 Holdninger blant helsepersonell

Holdninger kan beskrives som en tendens til å ha en positiv eller negativ tilnærming, for eksempel til bestemte objekter, mennesker, verdier eller idéer. Holdningene våre påvirker hvordan vi tenker, føler og handler i gitte situasjoner. Disse holdningene er ofte preget av påvirkning fra familie, venner og miljø, eller de kan være basert på kunnskap (Svartdal, 2020). Som nevnt innledningsvis eksisterer det fordommer mot pasienter med rusmiddelavhengighet som kan påvirke helsehjelpen de mottar negativt (Helsedirektoratet, 2014, s. 31). Negative holdninger ovenfor denne pasientgruppen kan være et hinder for at sykepleier tilegner seg ny kunnskap om smertebehandling til pasienter med opioidavhengighet (Ververda et al., 2018, s. 2).

Pasienter med opioidavhengighet har som nevnt tidligere ofte redusert smerteterskel, og krever høyere doser av analgetika for å smertelindres tilstrekkelig (Den norske legeforening, 2009, s. 33; Salottolo et al., 2019). En kjent utfordring er derimot at enkelte pasienter kan ha et ønske om å bli medisinert på grunnlag av medikamenttrang, og ikke smerter. Dersom pasienter opplever å bli mistrodd eller avvist i behandling kan også dette i seg selv utløse rusmiddeltrang. Pasienter som lider av rusmiddelavhengighet, har likevel krav på god behandling som alle andre (Den norske legeforening, 2009, s. 33).

2.5 Smertebehandling sett fra pasientperspektiv

En Australsk studie (Blay et al., 2012) utforsket pasientperspektivet ved akutt smertebehandling til pasienter som aktivt brukte illegale opioider. Mange av deltakerne i denne studien kommenterte at de dosene de fikk av smertestillende var utilstrekkelige for å lindre deres smertenivå. Flere var likevel generelt fornøyd med smertebehandlingen, men at

smertelindringen ikke var tilstrekkelig. Deltakerne i studien krevde høyere doser opioider for å kunne smertelindres tilstrekkelig, som følge av toleranseutvikling. De pasientene som mottok opioide analgetika var oftere tilfredse med behandlingen enn de som mottok andre smertestillende legemidler. Dette viser til sammenhengen mellom økt toleranse for opioider, opioid-indusert hyperalgesi, og behovet for høyere doser. Flere av pasientene så at det var behov for mer rettidig administrering av medisiner, og at forsinkelser i behandlingen kunne være et resultat av negative holdninger til denne pasientgruppen. Pasientene som opplevde et bedre samarbeid med helsepersonell, var mer fornøyde med smertebehandlingen. Det kom også frem i studien at det utover i sykehusoppholdet ble forskrevet mer opioide analgetika, og smertelindringen ble mer effektiv. Dette kan reflektere at helsepersonellet fikk større forståelse for den enkeltes behov for smertelindring (Blay et al., 2012, s. 293-295).

2.6 Travelbee om smerte og mellommenneskelige forhold

Ifølge sykepleieteoretiker Joyce Travelbee (1999/2001), er fysiske og psykiske smerter menneskelige erfaringer som alle vil møte før eller senere i livet. Smerter omtales av Travelbee som et vagt begrep fordi «smerten i seg selv ikke lar seg observere – det er bare virkningene av den vi registrerer» (s. 112). For individet som rammes, er smerteerfaringen svært vanskelig å formidle på en slik måte at andre fullt forstår hva den består i. Dette gjør det også vanskelig for helsepersonell å kunne vurdere grad og intensitet av andres smerter. I følge Travelbee bygger helsepersonell på en viss oppfatning om hvilke smerter en person har, uten at de kan være sikre på at de vurderer pasientens opplevelse av smerter riktig (s. 112). I del to av boken *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* av Travelbee, skriver hun: «enkelte med smerter merker det svært godt når andre ikke tror på dem når de sier at de har vondt» (1999/2001, s. 114). Med dette viser hun til hvordan helsepersonell sine holdninger blir påvirket av den enkelte pasienten sin væremåte og deres reaksjoner på smerte. En annen årsak hun trekker frem som mulig grunn til at sykepleiere mistror pasientens egenrapportering av smerter, er at helsepersonell har utarbeidet en slags «mental målestokk», som sier noe om hvor sterke smerter pasienten etter helsepersonellens oppfatning bør ha ved enkelte sykdommer og bestemte kirurgiske inngrep. En viss praktisk verdi kan ses ved bruk av en grov mental målestokk, så lenge en husker på at hvert enkelt menneske er unikt, og tar høyde for at smertesituasjonen oppleves forskjellig fra person til person (Travelbee, 1999/2001, s. 115).

Travelbee (1999/2001) definerer menneske-til-menneske-forhold som «[...] primært en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom en sykepleier og de(n) hun har omsorg for. Hovedkjennetegnet ved disse erfaringene er at den syke (eller familien hans) får sine behov ivaretatt» (s. 177). Et menneske-til-menneske-forhold er ifølge henne en erfaring og en gjensidig prosess, som for begge parter vil være betydningsfull. Gjennom denne erfaringen skal det gjensidige forholdet mellom sykepleieren og den syke være meningsfylt, ved at begge behov blir ivaretatt. Menneske-til-menneske-forholdet etableres ved et samarbeid mellom den syke og sykepleieren, der den profesjonelle sykepleieren har som ansvar å etablere og opprettholde forholdet. I et slikt forhold er det viktig at begge parter respekterer hverandre som enkeltindivider. Med dette menes det at den syke ikke skal oppfattes som «en sykdom» eller «et romnummer», men behandles som et enkeltstående individ (Travelbee, 1999/2001, s. 177-178). Sykepleiebehovene til den syke er det som er i fokus i et menneske-til-menneske-forhold, der sykepleieren er forpliktet til å ivareta den sykes behov (Travelbee, 1999/2001, s. 184-185).

2.7 Forskrifter og retningslinjer i sykepleie

Grunnlaget for utøving av sykepleie skal alltid være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene (Norsk sykepleierforbund [NSF], 2019). Som sykepleier er man underlagt flere plikter, lovverk og retningslinjer som skal sikre utøving av god sykepleie. Blant annet står det i yrkesetiske retningslinjer for sykepleie punkt 1.4 (NSF, 2019) at en sykepleier skal anvende ny kunnskap i praksis ved å holde seg oppdatert på forskning innen eget fagområde. Videre står det i punkt 2.10 at sykepleieren har plikt til å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse. Å lindre lidelse kan i denne sammenhengen ses som å lindre smerter og ubehag hos pasienter, for eksempel med smertestillende medikamenter. I forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp står det at «virksomhetsleder skal sørge for at helsepersonell som håndterer legemidler, har tilstrekkelig kompetanse» (2008, § 4). Dette betyr at man som sykepleier har et ansvar for å holde seg faglig oppdatert innen legemiddelhåndtering.

3.0 Metode

3.1 Hva er en metode

Metode har som hensikt å samle relevant kunnskap og informasjon for å belyse en problemstilling med en systematisk fremgangsmåte. En metodebeskrivelse skal gi en presis gjengivelse av en forskningsmetode på en slik måte at metoden kan etterprøves og gi samme konklusjon. Hvilken metode som er mest hensiktsmessig vil bestemmes av den gitte problemstilling (Thidemann, 2019, s. 74). I dette kapitlet vil vi presentere vår metodebeskrivelse; henholdsvis en beskrivelse av metodevalg, gjennomføring av søkeprosess, kritisk vurdering, og avslutningsvis hvilken forskningslitteratur som er inkludert for å besvare vår problemstilling.

3.2 Litteraturstudie som metode

For å besvare problemstillingen i denne bacheloroppgaven har vi valgt litteraturstudie som metode. En litteraturstudie tar utgangspunkt i allerede eksisterende forskning, fagkunnskap og teori innenfor et fagområde, og har som formål å sammenfatte og systematisere dette rundt en problemstilling (Dalland, 2020, s. 199). Dette innebærer å innhente litteratur, kritisk vurdere den og deretter sammenfatte det slik at leseren får en god forståelse av kunnskapen som problemstillingen etterspør (Thidemann, 2019, s. 77-78). Litteraturstudie vil derfor være en hensiktsmessig metode for å innhente forskning som kan svare på vår problemstilling.

3.3 Søkeprosess

3.2.1 Søkestrategi

Et nyttig rammeverktøy å bruke i utarbeiding av søkestrategi i en litteraturstudie, er et PICO-skjema. Dette skjemaet skal være til hjelp for å konkretisere problemstillingen, og klargjøre hva som skal inkluderes og ekskluderes i søket for å avgrense litteraturen. Ved å sette opp et PICO-skjema kan man enklere identifisere søkeord og ulike kombinasjoner av disse for å få et mest mulig strukturert søk. I utgangspunktet er PICO utarbeidet for kliniske effektspørsmål som undersøker effekten av et tiltak. Ettersom problemstillingen vår ikke undersøker effekt av et tiltak, delte vi den i en tre-deling: PIO (Thidemann, 2019, s. 82-84). Betydningen av bokstavene i PIO er beskrevet i tabell 2. Flere sykepleiefaglige databaser bruker «Medical Subject Headings» (MeSH) som standardisert emneordssystem, og vi har derfor benyttet oss

av MeSH for å finne relevante søkeord på engelsk (Thidemann, 2019, s. 86). Vi brukte også de boolske operatorene AND mellom søkeord innenfor de tre delene i skjemaet, og OR mellom synonyme søkeord. Trunkeringstegn (*) brukes bak ordstammen av et søkeord for å åpne for ulike varianter og bøyinger av ordet (Thidemann, 2019, s. 87-88).

Tabell 2: PIO-skjema

AND OR	P (Population)	I (Intervention)	O (Outcome)
Norske emneord	Pasienter med opioidavhengighet med akutte smerter Opioidavhengighet	Sykepleierens kunnskap og holdninger Kunnskap Kompetanse Holdninger	Smertelindring Analgesi Smertebehandling
MeSH termer/ engelske søkeord	(MH) substance use disorders (MH) substance dependence Opioid addiction Opioid use disorder Substance-related disorder Opioid abuse	(MH) nurse attitudes (MH) clinical competence (MH) nursing knowledge Attitudes of health care* Attitudes of healthcare professionals Nurs* attitude* Nurs* competen* Competence	(MH) Pain management (MH) Health care delivery (MH) Quality of healthcare Acute pain management Acute pain control Health care delivery Pain management

3.2.2 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Vi satt opp inklusjon- og eksklusjonskriterier (tabell 3) for å konkretisere søket og avgrense litteraturen.

Tabell 3: Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none">- Forskning gjort mellom 2012-2022- Akutte smerter- Skandinavisk- eller engelsk språklig- Pasienter med opioidavhengighet som bruker illegale rusmidler- Voksne > 18 år- Forskning som er gjort på bakgrunn av etiske retningslinjer	<ul style="list-style-type: none">- Forskning gjort før 2012- Kreftrelaterte- og kroniske smerter- Pasienter i palliativ fase

3.2.3 Litteratursøk

Når vi skulle finne frem til relevante forskningsartikler som belyste vår problemstilling, benyttet vi oss av ulike databaser som CINAHL (EBSCO) og MEDLINE (Ovid). Databasen CINAHL inneholder engelskspråklig sykepleiefaglig litteratur, mens MEDLINE er en stor medisinsk referansedatabase (Høgskulen på Vestlandet, u.å.-c). Vi valgte også å gjøre et manuelt søk i tidsskriften Sykepleien forskning, for å finne norsk sykepleierett forskning. Databasene vi benyttet ble også anbefalt av bibliotekar ved HVL, campus Bergen. PIO-skjemaet ovenfor var førende for søkene vi gjorde. Søkehistorikken (vedlegg 3) viser en grundig oversikt over kombinasjoner av søkeordene som ble benyttet, hvor mange treff de gav og hvilke artikler de førte frem til. For å få mest mulig relevante treff, kombinerte vi søkeordene ved bruk av de boolske operatorene «AND» og «OR».

Som et innledende prøvesøk forsøkte vi å bruke færrest mulig og mest mulig presise søkeord. Dette førte til et ganske åpent søk med få treff, hvor vi kun fant én relevant artikkel (vedlegg 3). Vi så at vi ble nødt til å bruke ganske mange søkeord, og mange synonymer i kombinasjon for å tilspisse søket opp mot vår konkrete problemstilling. Søkene vi gjorde i CINAHL gav da flest relevante treff (vedlegg 4). Da vi søkte i databasen MEDLINE fikk vi et større antall treff

ved bruk av de samme søkeordene og kombinasjonene (vedlegg 5), hvor de fleste av disse ikke var relevante med hensyn til våre eksklusjonskriterier. De tre relevante artiklene vi fant ved gjennomføring av dette søket var duplikater fra søket vi utførte i CINAHL. Vi vurderte derfor CINAHL til å være den best egnede databasen for vårt søk. Duplikater er også presentert i søkehistorikken (vedlegg 3). Ut ifra vår problemstilling som dekker kunnskap og holdninger, valgte vi å inkludere både kvantitative studier som bygger på statistiske data, og kvalitative studier som er basert på personlige erfaringer (Thidemann, 2019, s. 107-108). Dette for å undersøke ulike perspektiver som kunne belyse vår problemstilling.

3.3 Kritisk vurdering av artikler

For å kunne benytte seg av forskningsresultater er det viktig at disse er kritisk vurdert. Hensikten med å kritisk vurdere forskning er å kunne vurdere artikkelens gyldighet av informasjonen og om resultatene er overførbare til egen praksis. Som et hjelpemiddel for å gjøre kritisk vurdering av forskning, har Helsebiblioteket (2018) utarbeidet sjekklister som gjør det lettere å vurdere artikkelens metodiske kvalitet. Når vi vurderte de aktuelle artiklene vi fant, benyttet vi oss av sjekklister på helsebiblioteket.no som passet til de respektive studiedesignene. Momenter vi ble bevisst på gjennom kritisk vurdering av artiklene er presentert i kommentarer i litteraturmatrisen (tabell 4), og blir videre diskutert i kapittel 5.3.

3.4 Etiske vurderinger

Prinsipielt for litteraturstudier er å overholde akademiske normer for kildehenvisning. Studien må være etisk gjennomtenkt og gjennomføres på en forsvarlig måte (Thidemann, 2019, s. 12). Høgskulen på Vestlandet sine retningslinjer om forskningsetikk i bacheloroppgaver er anvendt for etiske overveielser i oppgaven (Høgskulen på Vestlandet, u.å.-a). Vi vurderte også forskningen vi fant basert på om de hadde etisk godkjenning, og da særlig at de kvalitative studiene som baserer seg på personlige erfaringer hadde tatt hensyn til etiske prinsipper som frivillighet, anonymitet og informert samtykke (Thidemann, 2019, s. 12).

3.5 Analyse og syntese

Vi har valgt å fremstille de inkluderte artiklene i en litteraturmatrise (tabell 4). En litteraturmatrise inneholder en kort og oversiktlig sammenfatning av den viktigste

informasjonen fra hver av de inkluderte artiklene. Vi gjennomførte en grundig analyse hvor vi brukte markeringstusj for å fargekode de sentrale temaene som belyser vår problemstilling. Med bakgrunn i artiklenes innhold og vår problemstilling valgte vi å sette hovedresultatene fra temaene kunnskap og holdninger i egne kolonner i litteraturmatrisen (tabell 4).

4.0 Resultater

Litteratursøket vårt resulterte i totalt 90 treff (vedlegg 3). Etter å ha gått gjennom overskrifter, lest abstrakt og fulltekst satt vi igjen med fem utvalgte forskningsartikler (tabell 4) som innfridde våre kriterier og var relevante for problemstillingen. Vi har inkludert to tverrsnittstudier (Krokmyrdal & Andenæs, 2015; Li et al., 2012), to kvalitative studier (Bohm et al., 2019; Morgan, 2014) og én systematisk oversikt (van Boekel et al., 2013). Studiene er gjennomført i Sverige (Bohm et al., 2019), Norge (Krokmyrdal & Andenæs, 2015; Li et al., 2012), USA (Morgan, 2014) og Nederland (van Boekel et al., 2013). Resultatene blir fremstilt i litteraturmatrisen (tabell 4), og er deretter tematisk syntetisert i fortløpende tekst.

Tabell 4: Litteraturmatrise

Forfatter (år)	Land	Hensikt	Design Metode	Utvalg	Resultater, holdninger	Resultater, Kunnskap	Kommentar
(Bohm et al., 2019)	Sverige	Beskrive prehospitale akutt sykepleieres erfaringer med smertelindring til pasienter med avhengighetssykdom.	Kvalitativt design. Semistrukturerte intervjuer og induktiv innholdsanalyse av resultater.	Åtte prehospitale akutt sykepleiere (25-60 år), med minst to års erfaring fra akutt helse tjeneste og erfaring fra smertelindring til pasienter med rusavhengighet	Mistillit til pasienter med rusavhengighet sin smerteopplevelse.	Mangel på kunnskap om avhengighet.	Etisk godkjent, oppfyller de etiske prinsippene for forskning forskrevet av International Council of Nurses. Svakheter: Lite utvalg, og kun representanter fra én kommune i Sverige.
(Krokmyrdal & Andenæs, 2015)	Norge	Undersøke sykepleieres kompetanse om smertebehandling	Tverrsnittstudie basert på spørreundersøkelse	98 sykepleiere ved to norske sykehus	61,7% av sykepleierne mente at pasienter med opioidavhengighet overrapporterte smerter, for å få mer smertestillende.	87,8% av sykepleierne rapporterte å ikke ha tilstrekkelig kunnskap om smertebehandling.	Etisk godkjent. Svakheter: 54% svarprosent. Undersøkelse gjort ved to urbane sykehus, kan dermed ikke sies å være representativ for hele landet.
(Li et al., 2012)	Norge	Kartlegge helsepersonells kunnskaper og holdninger til pasienter med opioidavhengighet med smerter	Tverrsnittstudie basert på spørreundersøkelse	272 sykepleiere og 38 leger på seks norske sykehus	Et fåtall av sykepleierne trodde på pasientenes rapportering av smerter. Over halvparten av deltakerne i studien formidlet at de ikke brukte kartleggingsverktøy i smertekartlegging.	Over halvparten av sykepleierne var enige i at opioidavhengighet er en sykdom.	Fagfellevurdert. Svakheter: Resultatene er basert på gjennomsnitt. Styrker: Undersøkelse ved tolv avdelinger ved seks norske sykehus. Stor bredde av helsepersonell.

(Morgan, 2014)	USA	Undersøke sykepleieres holdninger til pasienter med rusmiddellidelser med smerter for å utvide sykepleieres kunnskaper, og forståelse for temaet.	Kvalitativ metode med individuelle semistrukturerte intervjuer.	14 sykepleiere (31-61 år) som jevnlig jobber med pasienter med rusmiddellidelser på et urbant offentlig sykehus i Massachusetts.	Sykepleierne med mer utdanning, hadde også mer positive holdninger til pasienter med opioidavhengighet.	En gjennomgående oppfatning blant sykepleierne var at de ikke ønsket å gi pasienter med opioidavhengighet opiater i frykt for å forverre avhengigheten.	Etisk godkjenning. Styrke: Det ble gjort opptak av intervjuene for å sikre nøyaktig transkribering av innholdet.
(van Boekel et al., 2013)	Nederland	Undersøke helsepersonells holdninger i møte med pasienter med rusavhengighet, og hvilke konsekvenser holdningene får for helsehjelpen som gis.	Systematisk oversikt	28 inkluderte artikler.	Helsepersonell har generelt negative holdninger til pasienter som har en rusmiddelavhengighet. Man ser at helsepersonell med bakgrunn fra psykisk helsevern, generelt har positive holdninger i møte med denne pasientgruppen.	Helsepersonell opplever å ha lite kunnskap om stoffavhengighet, samt mangel på kunnskap og ferdigheter for å yte forsvarlig helsehjelp til denne pasientgruppen.	Studien hadde både alkohol og illegale rusmidler som inklusjonskriterier. Bare resultatene som omhandler illegale rusmidler blir derfor inkludert i vår oppgave. Styrke: Studien har en detaljert metodebeskrivelse.

4.1 Utilstrekkelig kompetanse om smertebehandling til pasienter med opioidavhengighet

Et gjennomgående tema i flere av artiklene er at helsepersonell som jevnlig er i kontakt med pasienter med opioidavhengighet, opplever å ikke ha nok kompetanse til å gi tilstrekkelig behandling til denne pasientgruppen (Krokmyrdal & Andenæs, 2015; Li et al., 2012; Morgan, 2014; van Boekel et al., 2013). I studien til Li et al. (2012) ble det gjennomført en spørreundersøkelse blant leger og sykepleiere. Deltakerne ble hentet fra seks medisinske, tre kirurgiske og tre intensiv- eller anestesivdelinger ved seks norske sykehus. På spørsmål om egenvurdert kunnskap om smertelindring til pasienter med rusavhengighet svarte gjennomsnittet av sykepleierne (272 stk), 2,46 på en skala fra 1-5, hvor 1 er lite kunnskap og 5 er mye kunnskap (s. 256). I studien til Krokmyrdal og Andenæs (2015) svarte 89,8% av deltakerne at ingen eller lite av kompetansen de hadde om behandling til denne pasientgruppen kom fra sykepleierutdanningen, og bare 12,2% av deltakerne svarte at de følte at de hadde tilstrekkelig kompetanse om smertebehandling. I samme studie rapporterte 38,7% å ikke ha kunnskap om at pasienter med opioidavhengighet har økt smertefølsomhet, samtidig som litt over halvparten sa at de opplever at pasienter med opioidavhengighet ikke blir tilstrekkelig smertelindret.

Flere av artiklene tar opp at sykepleierne ikke ønsker å bidra til å innlede eller forverre opioidavhengighet hos en pasient, og ønsker derfor ikke å gi opioide analgetika i smertebehandling til denne pasientgruppen (Bohm et al., 2019; Krokmyrdal & Andenæs, 2015; Morgan, 2014). En av artiklene tar opp utfordringer med prehospital smertelindring til pasienter med opioidavhengighet, hvor sykepleierne blant annet begrunner dette med mangel på kunnskap om illegale rusmidler og eventuelle interaksjoner ved behandling med opioide analgetika (Bohm et al., 2019, s. 4). I spørreundersøkelsen til Li et al. (2012) rapporterte 38% av deltakerne at de kartla pasientens rusmisbruk, og at kun 23,2% av deltakerne ofte anvendte smertekartleggingsverktøy (s. 256).

4.2 Mistillit til pasienter med opioidavhengighet sin smerteopplevelse

I studien til Li et al. (2012) ble det utført en spørreundersøkelse hvor på størsteparten av deltakerne var i kontakt med pasienter med rusmiddelavhengighet minst én gang i måneden eller oftere. 55,7% av sykepleierne i studien svarte at de anså opioidavhengighet som en

sykdom, samtidig som bare 20,8% av sykepleierne sa seg enige i at de stolte på pasientens egenrapportering av smerter (s. 256-257). Van Boekel et al. (2013) viser til studier hvor det kommer frem at helsearbeidere har mindre respekt for pasienter med rusmiddelavhengighetssykdom, enn for pasienter med for eksempel depresjon eller diabetes. Det kommer også frem at helsepersonell generelt ser mer ned på pasienter som lider av rusmiddelavhengighet enn pasientgrupper med andre psykiske utfordringer (s. 26). En av de inkluderte studiene i den systematiske oversikten omhandler pasientperspektivet, og reflekterer at disse type holdningene og fordommene blant helsepersonell øker sannsynligheten for at pasienten ikke får tilstrekkelig behandling, eller velger å avslutte behandlingen tidligere (van Boekel et al., 2013, s. 32).

Studien gjennomført av Bohm et al. (2019) tar for seg prehospitale akuttsykepleieres erfaringer med smertelindring til pasienter med opioidavhengighet. Gjennom studien kommer det frem at det er flere faktorer som bidrar til at sykepleierne opplever denne pasientgruppen som vanskelig å smertelindre. Funnene viser at helsepersonell har mistillit til pasienter med opioidavhengighet og deres opplevelse av smerte. Samtidig kommer det frem i studien at pasienter med en opioidavhengighet som har synlige skader, ikke blir mistrodd, men får tilstrekkelig og rask smertelindring, med mindre de ønsker å avstå fra opioider. En viktig faktor for at sykepleierne skulle tro på pasientens egenrapportering av smerter, var at sykepleierne kunne se en sammenheng mellom pasientens opplevelse av smerte, og kliniske observasjoner som synlig skade, kroppsspråk og vitale parametere (Bohm et al., 2019, s. 3).

Felles for flere av artiklene er at sykepleierne synes det er utfordrende å jobbe med pasienter med opioidavhengighet. Gjentakende argumenter for dette var at denne pasientgruppen beskrives som krevende, manipulerende, aggressive og potensielt voldelige (Bohm et al., 2019; Morgan, 2014; van Boekel et al., 2013). I undersøkelsen gjort av Li et al. (2012), svarte gjennomsnittet av sykepleierne 2,84 på en skala fra 1-5 på spørsmål om de følte seg lurt av pasienter med rusmiddelavhengighet når de ber om smertestillende (s. 256). Også i studien til Krokmyrdal og Andenæs (2015) kom det frem at 61,7% av deltakerne mente at pasienter med opioidavhengighet overdriver når de uttrykker smerte, for å få mer smertestillende medikamenter (s. 792).

4.3 Faktorer som kan påvirke helsepersonellens holdninger

Sykepleierne som deltok i studien til Morgan (2014) nevnte at grad av erfaring og utdanning var faktorer som påvirket deres holdninger i arbeid med smertebehandling til pasienter med avhengighetssykdom (s. 170). I følge van Boekel et al. (2013) har helsepersonell som arbeider innenfor psykiatri mindre diskriminerende holdninger til pasienter med rusmiddelavhengighet, og rapporterer å ha mindre stereotypiske fordommer mot denne pasientgruppen. Helsepersonell som til vanlig arbeider innen rusfeltet og jevnlig er i kontakt med denne pasientgruppen, indikerer også å ha bedre holdninger og mer respekt ovenfor dem, enn helsepersonell som ikke jobber innen rusfeltet (s. 29). Over halvparten av deltakerne i studien til Krokmyrdal og Andenæs (2015) hadde fem eller færre års erfaring som sykepleier, og 69% av deltakerne hadde like lite erfaring med å jobbe med pasienter med opioidavhengighet. I samme studie mente 62% av sykepleierne at pasienter med opioidavhengighet overdriver i egenrapportering av smerter (s. 790-791). Omtrent halvparten av sykepleierne i studien til Li et al. (2012) anså opioidavhengighet som en sykdom (s. 257). Det kom også frem i den systematiske oversikten at utilstrekkelig opplæring og utdanning om behandling av pasienter med opioidavhengighet, bidrar til negative holdninger blant helsepersonell ovenfor denne pasientgruppen (van Boekel et al., 2013, s. 33). Det samme reflekteres av studien til Morgan (2014), hvor det kommer frem at sykepleierne som hadde mer utdanning, også viste seg å ha mer positive holdninger til pasienter med opioidavhengighet (s. 166). Studien til Bohm et al. (2019) trakk frem flere sider rundt begrepet god smertebehandling. Hovedbehandlingen består av det medikamentelle, men skal smertebehandlingen fungere optimalt, må man også trekke inn de ikke-medikamentelle tiltakene som for eksempel relasjonsbygging. Studien poengterte viktigheten av å involvere pasienten i behandlingen, og skape et tillitsbasert og respektfullt forhold mellom behandleren og pasienten (s. 3-4).

5.0 Diskusjon

Gjennom arbeidet med denne oppgaven har vi sett at det i smertebehandling til pasienter med opioidavhengighet stilles spesielle krav til sykepleieres kompetanse og holdninger. I dette kapittelet vil vi diskutere funnene i resultatdelen, og knytte det til bakgrunnskunnskap og teori.

5.1 Mangel på kunnskap og utilstrekkelig smertebehandling

Smerte er et subjektivt psykologisk fenomen som oppleves individuelt for alle mennesker (Nortvedt, 2016, s. 173), og som sykepleier har man et stort ansvar i behandling av pasienters smerte. Det kom frem i flere av de inkluderte studiene i resultatdelen at mange sykepleiere opplevde at de ikke hadde tilstrekkelig kompetanse når det gjaldt smertebehandling til pasienter med opioidavhengighet (Krokmyrdal & Andenæs, 2015; Li et al., 2012; Morgan, 2014; van Boekel et al., 2013). Paragraf 4 i forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp, presiserer at leder har ansvaret for at det er tilstrekkelig kompetanse blant helsepersonell som skal håndtere legemidler (2008, § 4). I studien til Krokmyrdal og Andenæs (2015) undersøkte de hvor deltakerne hentet sin kunnskap om smertebehandling. Nesten alle deltakerne svarte at ingen eller lite av denne kunnskapen kom fra utdanningen deres. Nærmere 40% hadde ikke kunnskap om at pasienter med opioidavhengighet har høyere toleranse for opioider, men over halvparten av deltakerne så likevel at denne pasientgruppen ofte ikke fikk tilstrekkelig smertelindring (s. 791-792). Basert på dette kan vi tenke at sykepleierne i disse situasjonene i stor grad baserer seg på erfaringsbasert kunnskap, oftere enn evidensbasert. Dette kan også knyttes til resultater fra studien til Li et al. (2012), der det kom frem at bare rundt 20% av sykepleierne stolte på pasientens egenrapportering av smerter, men likevel var det like få som anvendte smertekartleggingsverktøy for å kartlegge dette (s. 256-257). Vi kan ut fra dette hevde at funnene som kommer frem fra forskningen ikke støtter seg på kravene som stilles i forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp (2008, § 4).

I Retningslinjer for smertelindring står det at mistillit og avvisning i behandlingen kan føre til økt rusmiddeltrang hos pasienter med opioidavhengighet (Den norske legeforening, 2009, s. 33). Flere av studiene vi har inkludert, tar opp smertebehandling til pasienter med opioidavhengighet som en utfordring, fordi sykepleierne mener at de er en krevende,

manipulerende og aggressiv pasientgruppe (Bohm et al., 2019; Morgan, 2014; van Boekel et al., 2013). Disse argumentene, sett i sammenheng med at psykiske utfordringer ofte er dominerende hos denne pasientgruppen (Den norske legeforening, 2009, s. 33), kan tenkes å påvirke at sykepleierne ser på denne pasientgruppen som krevende å behandle. Mangel på kunnskap om opioidindusert hyperalgesi, og manglende smertekartlegging, kan sannsynligvis også bygge opp under oppfatningen mange sykepleiere har om at pasienter med opioidavhengighet overdriver i egenrapportering av smerter for å få mer medikamenter, og at de derfor har mistillit til denne pasientgruppen (Bohm et al., 2019; Krokmyrdal & Andenæs, 2015; Li et al., 2012). Det samme kan illustreres av funnene til Bohm et al. (2019), hvor det kom frem at de pasientene som hadde synlige skader oftere ble trodd, og fikk effektiv og god smertelindring (s. 3). Vi kan relatere dette til den «mentale målestokken» som sykepleieteoretiker Joyce Travelbee omtaler. Den sier noe om graden av smerte helsepersonellet oppfatter at en pasient bør ha i en gitt situasjon. Bruk av erfaringsbasert kunnskap som dette kan ha en viss praktisk verdi, men sykepleieren skal ha respekt for at alle opplever smertesituasjoner individuelt (Travelbee, 1999/2001, s. 115). Sett i sammenheng vil behandlingen pasientene får sannsynligvis svekkes på grunnlag av negative holdninger og mistillit, og mangel på kunnskap hos helsepersonellet.

Punkt 2.10 i yrkesetiske retningslinjer sier at «sykepleieren har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse» (NSF, 2019). Å lindre lidelse kan i denne sammenhengen forstås som å behandle akutte smerter. Underbehandling av akutte smerter kan medføre alvorlige komplikasjoner som depresjon, angst, kroniske smerter og tap av tillit til helsevesenet (Paschkis & Potter, 2015, s. 27). Gjennom forskningen og egne erfaringer har vi likevel sett at pasienter med opioidavhengighet ofte ikke får tilstrekkelig smertelindring. Som vi også så i den pasientrettede studien til Blay et al. (2012), svarte mange av pasientene at dosene av smertestillende de fikk, ikke var tilstrekkelig for å lindre deres smerter (s. 293). I en av artiklene nevner sykepleierne at de mangler kunnskap om ulike illegale rusmidler, og eventuelle interaksjoner rusmidlene kan ha ved behandling med opioider (Bohm et al., 2019, s. 4). Mange ønsker derfor ikke å gi opioide analgetika, i frykt for å forverre eller innlede pasienters avhengighet (Bohm et al., 2019; Krokmyrdal & Andenæs, 2015; Morgan, 2014). Vi vet ut fra teoridelen at hos pasienter der det er mistanke om misbruk av opioider, skal det gjennomføres en grundig kartlegging av bruken (Smith et al., 2022). Til tross for dette var det kun 38% av deltakerne i studien til Li et al. (2012) som kartla pasientenes rusmisbruk (s.

256). Dette kan ha negative konsekvenser for smertebehandlingen, da et hovedprinsipp for denne pasientgruppen er at de skal få sitt basaldosebehov dekket før en supplerer med opioider for å lindre de akutte smertene (Den norske legeforening, 2009, s. 33).

5.2 Faktorer som påvirker helsepersonells holdninger

Den avhengighetsskapende effekten opioider har, kan medføre sterke abstinenser og et videre misbruk. Ofte er det de psykiske virkningene (sedasjon, angstdemping og eufori) som er årsaken til avhengighet og misbruk (Den norske legeforening, 2009). Det kom frem gjennom studien til Li et al. (2012) at omtrent halvparten av sykepleierne som deltok var enig i påstanden at opioidavhengighet var en sykdom (s. 257). Ifølge WHO's ICD-11 (1. utg.; 2023) opplever ofte personer med opioidavhengighet en subjektiv følelse av sterk trang til å bruke opioider. Til tross for at opioidavhengighet er klassifisert som en diagnose, viser studier fra den systematiske oversikten at helsepersonell har mindre respekt for pasienter som lider av rusmiddelavhengighet, enn for pasienter med andre diagnoser som for eksempel depresjon eller diabetes (van Boekel et al., 2013, s. 26). Samme studie viste også at helsepersonellet som jobbet innenfor rus og psykiatri, eller jevnlig var i kontakt med denne pasientgruppen, opplevdes å ha mer respekt og bedre holdninger ovenfor pasienter med opioidavhengighet (2013, s. 29). Ut fra dette kan vi tenke oss at helsepersonell som har mer kompetanse og erfaring innen dette fagområdet fremstår mindre dømmende og oppleves å ha mer forståelse og respekt ovenfor pasienter med opioidavhengighet. Retningslinjer for smertelindring levert av Den norske legeforening (2009) presiserer også at smertebehandling til pasienter med opioidavhengighet bør skje i samråd med rusfaglig kompetanse (s. 33).

En av de yrkesetiske retningslinjene i sykepleie presiserer at «sykepleie skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap» (NSF, 2019, pkt. 1.1). Som sykepleiere har vi dermed et ansvar for å holde oss oppdatert, og sikre pasientens autonomi. I studien til Bohm et al. (2019) kom det også frem at for å sikre en god smertebehandling var det viktig å lytte til pasientens egne erfaringer. De trakk frem det å møte pasienten med en ikke-dømmende holdning, og skape en god og trygg pasient-sykepleier relasjon som essensielt for å sikre god behandling (s. 3-4). Dette gjenspeiles også i en studie som utforsket pasientperspektivet ved akutt smertebehandling til pasienter med opioidavhengighet, hvor pasientene som fikk en bedre relasjon og et tettere samarbeid med helsepersonellet var mer

fornøye med smertebehandlingen. Pasientene opplevde også at smertelindringen ble mer effektiv utover i sykehusoppholdet, da det ble forskrevet mer opioide analgetika. Det kan ses i sammenheng med at helsepersonellet fikk større forståelse for den enkeltes behov for smertelindring (Blay et al., 2012, s. 294). Dette kan illustrere viktigheten av kunnskap om ikke-medikamentelle aspekter i smertebehandling. Det viser også til hvorfor man må være bevisst på hvordan egne holdninger påvirker sykepleier-pasient-forholdet i smertebehandlingen. Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee trekker også dette frem i sin bok *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*, hvor hun snakker om menneske-til-menneske forholdet mellom sykepleieren og pasienten. I et slikt forhold har den profesjonelle sykepleieren ansvar for å etablere og opprette forholdet til pasienten, og den syke skal være i fokus og få sine behov ivaretatt (Travelbee, 1999/2001, s. 184-185).

Funnene i studien til Krokmyrdal og Andenæs (2015) kan illustrere en sammenheng mellom kunnskap, erfaring og holdninger. Sykepleierne som deltok var relativt nye i yrket, og flestparten av dem var tvilende til pasientenes egenrapportering av smerter (s. 791). Andre studier argumenterer også for at utilstrekkelig utdanning og opplæring om smertebehandling til pasienter med opioidavhengighet kan føre til negative holdninger blant helsepersonell som behandler denne pasientgruppen (van Boekel et al., 2013, s. 33). Flere sykepleiere trekker også frem erfaring, utdanning og egne personlige opplevelser med smerte som faktorer som påvirker deres holdninger i smertebehandling (Morgan, 2014, s. 170). Gjennom arbeid i sykehus har vi selv sett at det er stor variasjon blant sykepleiernes holdninger og tilnærming i smertebehandling til denne pasientgruppen. Ut fra dette kan vi hevde at kunnskap, utdanning og erfaring spiller en stor rolle for kvaliteten på smertebehandling til pasienter med opioidavhengighet.

5.3 Diskusjon metode

Vi valgte å presentere funnene gjennom å bruke litteraturstudie, da vi så på det som en god metode for å svare på vår problemstilling. En litteraturstudie bygger på tidligere forskning og kunnskap, noe som kan være med på å styrke vår oppgave (Dalland, 2020, s. 199). I arbeidet med vår litteraturstudie var det viktig for oss at de inkluderte artiklene var utført i land som kan ha overføringsverdi til det norske helsesystemet. Studiene som er utført i Norge og Sverige ser vi på som direkte overførbare til norsk praksis, noe vi mener er med på å styrke

vår studie. De to studiene som er utført i Nederland og USA, kan derimot være en svakhet fordi praksisen ikke nødvendigvis er overførbar til Norge. Samtidig kan det være med på å styrke oppgaven ved å belyse problemet og gi flere implikasjoner og refleksjoner fra praksis.

Våre kritiske- og etiske vurderinger som er nærmere beskrevet i metodekapittelet er også nøye gjennomgått for hver av de inkluderte artiklene. Nærmere beskrivelse av disse vurderingene kommer frem for hver enkelt artikkel i litteraturmatriksen (tabell 3). Ved å bruke litteraturmatrikse fikk vi enkelt oversikt over hvilke temaer som var gjennomgående i artiklene. Vi så at noen av forskningsartiklene hadde lite utvalg av deltakere, og at noe av forskningen er gjort på begrensede områder. Dette kan ses som en svakhet for oppgaven, da disse ikke kan sies å være representative for et helt land eller for et helt helsesystem. Gjennom arbeidet med litteratursøket har vi funnet at det er lite presis forskning som omtaler det vi ønsker å undersøke i vår problemstilling. Vi valgte derfor å inkludere artikler som er publisert etter 2012.

En av de inkluderte artiklene (Bohm et al., 2019) tar for seg utfordringer ved den prehospitale delen av smertelindring til pasienter med opioidavhengighet. Selv om vår oppgave avgrenses til pasienter som er innlagt i somatisk avdeling på sykehus, valgte vi å inkludere denne artikkelen, da vi så at erfaringene som ble gjort i studien kunne diskuteres rundt vår problemstilling.

Som følge av at artiklene er publisert på engelsk, og vi har måttet oversette dem, kan det forekomme feiltolkninger i forhold til språk. Begreper som omhandler pasientgruppen i vår oppgave, samt begreper som beskriver ulike helsefaglige yrkesgrupper kan også være varierende i andre land og på andre språk. Vi har da måtte tolket begrepene og tilpasset disse til vår oppgave. For eksempel er det varierende bruk av begreper som omhandler opioidavhengighet i de inkluderte artiklene, som «substance use disorder», «opioid dependence», «substance abuse» og «opioid abuse». Noen av disse begrepene er ikke direkte overførbare til det norske språk, og vi har valgt å regne alle disse begrepene som relevante, så lenge forskningen snakker om pasienter med opioidavhengighet og ikke andre avhengighetslidelser.

6.0 Konklusjon og implikasjoner for praksis

Hensikten med denne oppgaven var å undersøke hvordan sykepleiernes kunnskap om smertebehandling kan påvirke og forme deres holdninger i møte med pasienter med opioidavhengighet. Mye forskning viser at denne pasientgruppen ofte blir møtt med negative holdninger og stigma, og ikke mottar tilstrekkelig smertebehandling. Gjennom vår litteraturstudie har vi sett at sykepleiere har manglende kompetanse om smertebehandling til pasienter med opioidavhengighet, og at den kunnskapen de har oftest er erfaringsbasert. Vi har drøftet sammenhengen mellom den manglende kunnskapen til sykepleierne, og hvordan dette fører til negative holdninger ovenfor denne pasientgruppen. Her har vi sett en tydelig sammenheng mellom sykepleiere som har mye kompetanse og erfaring innen arbeid i rusfeltet, og at de har bedre holdninger rettet til pasienter med opioidavhengighet. Fra tidligere erfaringer vet vi at denne pasientgruppen kan være utfordrende å smertelindre. Som det kommer frem i oppgaven ser vi likevel at økt kompetanse om smertebehandling kan føre til bedre forståelse og mindre stigmatisering av denne pasientgruppen. Videre kan dette bidra til bedre smertelindring ved at pasienten i større grad involveres i behandlingen.

Pasienter med opioidavhengighet er en pasientgruppe vi møter i alle ledd i helsesystemet, og som har hyppige innleggelse i sykehus. I praksis betyr dette at vi som sykepleiere må heve vår kompetanse i møte med denne pasientgruppen for å kunne tilby dem etisk og adekvat smertebehandling. Gjennom arbeidet med denne oppgaven har vi sett at det trengs mer forskning og utdanning på dette området for å kunne styrke kunnskapen til sykepleierne.

7.0 Referanseliste

- Berntzen, H., Almås, H., Bruun, A. M. G., Dørve, S., Giskemo, A., Dåvøy, G. & Eide, P. (2016). Perioperativ og postoperativ sykepleie. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 309-379). Gyldendal Akademisk.
- Blay, N., Glover, S., Bothe, J., Lee, S. & Lamont, F. (2012). Substance users' perspective of pain management in the acute care environment. *Contemporary Nurse*, 42(2), 289-297. <https://doi.org/10.5172/conu.2012.42.2.289>
- Bohm, K., Lund, R., Norlander, J. & Vicente, V. (2019). Ambulance nurse's experience to relieve pain in patients with addiction problems in Sweden. *International Emergency nursing*, 46, 100779. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2019.06.002>
- Bramness, J. G. (2022, 15.juni). *Rusmiddellidelser i Norge*. FHI. Hentet 11.12.22 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/rusmiddellidelser/>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal.
- Den norske legeforening. (2009, 3. april). *Retningslinjer for smertelindring*. Legeforeningen. Hentet 16.11.22 fra <https://www.legeforeningen.no/contentassets/6d9a7062741b4ef397e6868a31b88dc0/smertelindringshefte-retningslinjer.pdf>
- Faiz, K. W. (2014). VAS - visuell analog skala. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 134(3), 323. <https://doi.org/doi:10.4045/tidsskr.13.1145>
- Felleskatalogen. (2022, 12. januar). Smerter: Hva er smerter? I *Felleskatalogen*. Hentet 22.03.23 fra <https://www.felleskatalogen.no/medisin/sykdom/smerter>
- Flaten, B. & Haugan, V. (2021, 25. februar). *Kartlegging og behandling av smerter*. Nasjonal digital læringsarena. Hentet 19.04.23 fra <https://ndla.no/nb/subject:1:1b7155ae-9670-4972-b438-fd1375875ac1/topic:1:ed2d993f-1220-4b12-8463-5369bc59f84f/topic:1:f1399c62-88c8-4031-afb0-1d707f6162d9/resource:65b3603f-68ef-4377-9d86-1801587342b5>
- Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp. (2008). *Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp* (FOR-2008-04-03-320). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-04-03-320>
- Gryt, M.-E. & Christiansen, S. T. G. (2018, 18. september). *Behandling for rusmiddelproblemer i spesialisthelsetjenesten*. Folkehelseinstituttet [FHI]. Hentet 09.05.23 fra <https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/tiltak-og-behandling/behandling-for-narkotikaproblemer-i-spesialisthelsetjenesten/>
- Haber, P. S., Demirkol, A., Lange, K. & Murnion, B. (2009). Management of injecting drug users admitted to hospital. *The Lancet*, 374(9697), 1284-1293. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61036-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61036-9)

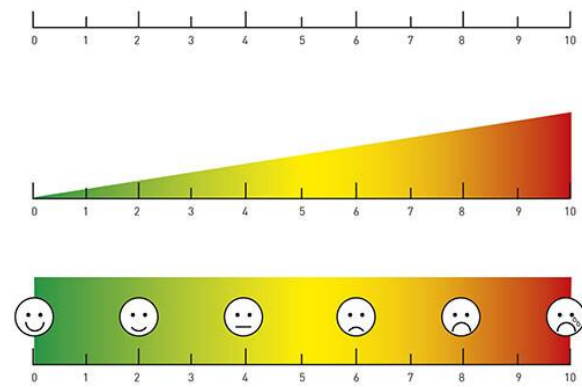
- Helsebiblioteket. (2018, 11. desember). 4. *Kritisk vurdering*. Helsebiblioteket.no. Hentet 15.03.23 fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering>
- Helsedirektoratet. (2014, mars). *Sammen om mestring: Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. Helsedirektoratet. Hentet 07.05.23 fra https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/_attachment/inline/739b0cbe-9310-41c7-88cf-c6f44a3c5bfc:8f8b02ae7b26b730d27512d01420ec947d5ead97/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20%E2%80%93%20Veileder.pdf
- Helsedirektoratet. (2016, 13. mai). *Avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler: 14.2 Symptomer ved opioidabstinens*. Helsedirektoratet. Hentet 03.05.23 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/avrusning-fra-rusmidler-og-vanedannende-legemidler/avrusning-fra-opioider/symptomer-ved-opioidabstinens>
- Helsedirektoratet. (2017, 24.januar). *Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet*. Helsedirektoratet. Hentet 03.05.23 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet/forkortelser-sentrale-begreper-og-forslag-til-begrepsbruk-pa-rusfeltet/forslag-til-begrepsbruk-pa-rusfeltet>
- Helsenorge. (2020, 27. oktober). *Opioidavhengighet*. Helsenorge. Hentet 04.10.22 fra <https://www.helsenorge.no/rus-og-avhengighet/opioidavhengighet/>
- Høgskulen på Vestlandet. (u.å.-a). *Retningslinjer om forskningsetikk i bacheloroppgaver*. HVL. Hentet 10.12.22 fra <https://www.hvl.no/globalassets/hvl-internett/dokument/forskrifter-reglar-retningslinjer/retningslinjer-om-forskningsetikk-i-bacheloroppgaver-bergen.pdf>
- Høgskulen på Vestlandet. (u.å.-b). *Studieplan - Bachelor i sykepleie: Hausten 2022*. HVL. Hentet 18.04.23 fra <https://www.hvl.no/studier/studieprogram/sykepleie/2022h/studieplan/>
- Høgskulen på Vestlandet. (u.å.-c). *Søk etter fagressursar*. HVL. Hentet 15.03.23 fra <https://www.hvl.no/bibliotek/sok-etter-fagressursar/?filters=Sjuepleie>
- Krokmyrdal, K. A. & Andenæs, R. (2015). Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study. *Nurse Education Today*, 35(6), 789-794. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.02.022>
- Li, R., Andenæs, R., Undall, E. & Nåden, D. (2012). Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus. *Sykepleien forskning*, 7(3), 252-260. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0131>
- Mehta, V. & Langford, R. M. (2006). Acute pain management for opioid dependent patients. *Anaesthesia*, 61(3), 269-276. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2044.2005.04503.x>

- Morgan, B. D. (2014). Nursing Attitudes Toward Patients with Substance Use Disorders in Pain. *Pain management nursing*, 15(1), 165-175.
<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2012.08.004>
- Mæhre, E. (2020, 8. september). WHO's smertetrapp. I *Store medisinske leksikon*.
https://sml.snl.no/WHOs_smertetrapp
- Norsk sykepleierforbund [NSF]. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. NSF. Hentet 22.09.22 fra
<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, F. (2016). Smerte - en personlig og sammensatt erfaring. I N. J. Kristofferen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 169-183). Gyldendal akademisk.
- Paschkis, Z. & Potter, M. L. (2015). CE: Acute Pain Management for Inpatients with Opioid Use Disorder. *American Journal of Nursing*, 115(9), 24-32.
<https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000471243.30951.92>
- Romundstad, L. (2020, 30. juni). Smertestillende legemidler: Opioidanalgetika. I *Norsk legemiddelhandbok*. <https://www.legemiddelhandboka.no/L20.1.2/Opioidanalgetika>
- Ræder, J. (2021, 30. mars). Smertestillende midler. I *Store medisinske leksikon*.
https://sml.snl.no/smertestillende_midler
- Salottolo, K., Peck, L., Carrick, M., Tanner, A., Madayag, R., McGuire, E. & Bar-Or, D. (2019). High on drugs: Multi-Institutional pilot study examining the effects of substance use on acute pain management. *Injury*, 50(5), 1058-1063.
<https://doi.org/10.1016/j.injury.2019.01.003>
- Sandvik, R. K. N. M. & Rustøen, T. (2020). Sykepleiere er avgjørende for god smertebehandling. *Sykepleien*, 108(80601), 1.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.80601>
- Slørdal, L. (2018). Legemidler ved smerter. I H. N. O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (3. utg., s. 325-335). Gyldendal Akademisk.
- Smith, K., Wang, M., Abdulkalikov, R., McAullife, A., Whitesell, D., Richard, J., Sauer, W. & Quaye, A. (2022). Pain Management Considerations in Patients With Opioid Use Disorder Requiring Critical Care. *The Journal of Clinical Pharmacology*, 62(4), 449-462. <https://doi.org/10.1002/jcph.1999>
- Svartdal, F. (2020, 3. november). Holdning. I *Store norske leksikon*. <https://snl.no/holdning>
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (K. M. Thorbjørnsen, Overs.). Gyldendal akademisk. (Opprinnelig utgitt 1999)
- Tyrdal, S. & Ræder, J. (2015). VAS-visuell analog skala. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 135(7), 628. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.15.0372>

- 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), 23-35. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018>
- Ververda, J., Hansen, O. & Larsen, C. (2018). Rusmiddelavhengighet: Sykepleieres holdninger påvirker smertebehandling. *Sykepleien forskning*, 106(70402). <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.70402>
- World Health Organization [WHO]. (2023). 06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders: 6C43.2 Opioid dependence. I *ICD-11 for Mortality and Morbidity statistics* (1. utg.). <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1120716949>

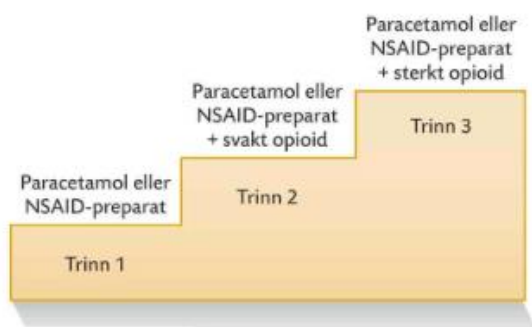
Vedlegg

Vedlegg 1: VAS og NRS



(Faiz, 2014)

Vedlegg 2: WHO's smertetrapp



(Slørddal, 2018, s. 327)

Vedlegg 3: søkehistorikk

Dato for søk	Database	Søkeord/ MeSH termer/ Kombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
21.11.22	CINAHL	(MH) Pain Management OR "pain Management" AND (MH) Clinical competence OR "competence" AND (MH) Substance use disorders OR "opioid addiction"	Publisert etter 01.01.2012 Engelskspråklig Fagfelleverdert	11	3	2	"Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study" (Krokmyrdal & Andenæs, 2015)
21.11.22	Sykepleien forskning	Smertelindring og opioidaavhengighet	Fagfelleverdert	7	2	1	«Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus» (Li et al., 2012).
05.12.22	CINAHL	(MH) Substance use disorders OR (MH) Substance dependence OR "opioid addiction" OR "opioid use disorder" OR "substance-related disorder" OR "opioid abuse" AND (MH) Nurse attitudes OR (MH) Nursing knowledge OR (MH) Clinical competence OR "attitudes of health care*" OR "attitudes of health care"	Publisert etter 01.01.2012	72	7	3	"Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review" (van Boekel et al., 2013). "Ambulance nurse's experience to relieve pain in patients with addiction problems"

		<p>professional*" OR "nurs* attitude*" OR "nurs* competen*"</p> <p>AND</p> <p>(MH) Pain Management OR (MH) Health Care Delivery OR (MH) Quality of Health Care OR "acute pain management" OR "acute pain control" OR "Health care delivery"</p>					<p>in Sweden" (Bohm et al., 2019).</p> <p>"Nursing Attitudes Toward Patients with Substance Use Disorders in Pain" (Morgan, 2014).</p>
05.12.22	MEDLINE (Ovid)	<p>(MH) Substance- Related disorder OR (MH) Opioid-Related disorders OR (MH) Analgesics, opioid OR substance dependence OR opioid addiction OR opioid abuse</p> <p>AND</p> <p>(MH) Attitude of Health Personnel OR (MH) Health Knowledge, Attitudes, Practice OR (MH) Clinical Competence OR nurse attitudes OR attitudes of healthcare OR attitudes of healthcare professional* OR nursing knowledge OR nurs* attitude* OR nurs* competen*</p> <p>AND</p> <p>(MH) Pain management OR (MH) Delivery of</p>	Publisert etter 01.01.2012	218	8	3 (duplik ater)	<p>"Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross- sectional survey study" (Krokmyrdal & Andenæs, 2015)</p> <p>"Nursing Attitudes Toward Patients with Substance Use Disorders in Pain" (Morgan, 2014)</p> <p>"Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review"</p>

		healthcare OR (MH) Quality of healthcare OR acute pain management OR acute pain control OR healthcare delivery					(van Boekel et al., 2013).
--	--	---	--	--	--	--	-------------------------------

Vedlegg 4: detaljert søk CINAHL

Database: CINAHL		
Dato: 05.12.22		
#	Søkeord	Antall treff
S1	(MH) Substance Use Disorder	45 574
S2	(MH) Substance Dependence	10 480
S3	Opioid addiction	923
S4	Opioid use disorder	4 233
S5	Substance-related disorder*	35 688
S6	Opioid abuse	1 099
S7	(MH) Analgesics, opioid	24 167
S8	<i>S1 or S2 or S3 or S4 or S5 or S6 or S7</i>	75 777
S9	(MH) Nurse Attitudes	37 595
S10	Attitudes of healthcare*	325
S11	Attitudes of healthcare professional*	134
S12	(MH) Nursing knowledge	14 904
S13	Nurs* attitude*	38 303
S14	Nurs* competen*	1 939
S15	(MH) Clinical Competence	47 448
S16	<i>S9 or S10 or S11 or S12 or S13 or S14 or S15</i>	333 124
S17	(MH) Pain Management	13 131
S18	Acute pain management	594
S19	Acute pain control	48
S20	(MH) Health Care Delivery	63 777
S21	Health care delivery	82 408
S22	(MH) Quality of Health Care	83 616
S23	<i>S17 or S18 or S19 or S20 or S21 or S22</i>	171 584
S24	S8 and S16 and S23	81
S25	<i>S24 and 2012:2022</i>	72

Vedlegg 5: detaljert søk MEDLINE

Database: MEDLINE (Ovid)		
Dato: 05.12.22		
#	Søkeord	Antall treff
S1	(MH) Substance-Related Disorder	104 798
S2	Substance dependence	2 502
S3	(MH) Opioid-Related Disorders	21 146
S4	Opioid addiction	1 621
S5	Opioid abuse	1 710
S6	(MH) Analgesics, opioid	58 464
S7	<i>S1 or S2 or S3 or S4 or S5 or S6</i>	173 766
S8	(MH) Attitude of Health Personnel	130 942
S9	Nurse attitudes	143
S10	Attitudes of healthcare	519
S11	Attitudes of healthcare professional*	183
S12	Nursing knowledge	1 924
S13	(MH) Health Knowledge, Attitudes, Practice	125 878
S14	Nurs* attitude*	2 064
S15	Nurs* competen*	1 622
S16	(MH) Clinical Competence	104 469
S17	<i>S8 or S9 or S10 or S11 or S12 or S13 or S14 or S15 or S16</i>	333 124
S18	(MH) Pain Management	40 400
S19	Acute pain management	976
S20	Acute pain control	107
S21	(MH) Delivery of Health Care	114 681
S22	Health care delivery	12 188
S23	(MH) Quality of Health Care	77 242
S24	<i>S18 or S19 or S20 or S21 or S22 or S23</i>	234 092
S25	<i>S7 and S17 and S24</i>	312
S26	<i>S25 and 2012:2022</i>	218