

Smertebehandling til pasienter med opioidavhengighet

Hvilke faktorer påvirker sykepleiers utøvelse av smertebehandling til
pasienter med opioidavhengighet?

Kandidatnummer: 685

Lovisenberg Diakonale Høgskole

BSY-500

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 8328

Dato: 03.01.2023



Lovisenberg
diakonale høgskole

Tittel: Smertebehandling til pasienter med opioidavhengighet

Innledning

Mennesker med opioidavhengighet er en sårbar samfunnsgruppe, som ofte har negative erfaringer fra møter med helsevesenet. Opioidavhengige pasienter har gjerne også andre sykdommer eller plager som kan medføre behov for innleggelse på sykehus. De har også økt risiko for å oppleve smerter under innleggelse på sykehus, på grunn av fysiologiske endringer i smerteopplevelse som følge av gjentatt tilførsel av opioider. Denne oppgaven vil derfor se nærmere på hva som påvirker sykepleiers utøvelse av smertebehandling til denne pasientgruppen i somatisk sykehus.

Metode

Litteraturstudie bestående av fem artikler, funnet gjennom strukturerte søk i databasene CINAHL og PubMed.

Resultater

Mangel på kunnskap og tydelige retningslinjer, negative holdninger og ytre press som stor arbeidsmengde og lav bemanning, er faktorer som har en negativ påvirkning på sykepleiers utøvelse av smertebehandling til opioidavhengige pasienter på sykehus. Tidligere profesjonell eller personlig erfaring med smerte eller avhengighet har en positiv påvirkning på sykepleiers utøvelse.

Diskusjon

Det er behov for kompetanseheving og holdningsendrende arbeid blant sykepleiere som jobber med pasienter med opioidavhengighet og smerter på sykehus. Videre forskning er nødvendig for å undersøke hvorvidt negative holdninger og mangel på kunnskap er faktorer som fremdeles er gjeldende blant sykepleiere i norske sykehus, og om det også gjelder i andre deler av helsevesenet.

Om hjelpekunsten

«Når det i sannhet skal lykkes en å føre et menneske til et bestemt sted, må en først og fremst passe på å finne ham der hvor han er og begynne der. Dette er hemmeligheten i all hjelpekunst. For i sannhet å kunne hjelpe en annen, må jeg forstå mer enn ham – men dog vel først og fremst forstå det han forstår. Når jeg ikke gjør det, så hjelper min merforståelse ham slett ikke.»

- Søren Kierkegaard, 1962

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Sykepleiefaglig relevans	2
1.3	Hensikt og problemstilling	2
1.4	Avgrensning	3
1.5	Begrepsavklaring	3
2	Teoretisk kunnskapsgrunnlag	3
2.1	Rammer for sykepleie	4
2.1.1	Yrkesetiske retningslinjer og juridiske rammer for sykepleiere	4
2.2	Sykepleierens behandlende funksjon	5
2.3	Personsentrert sykepleie – The person-centered practice framework	5
2.4	Den opioidavhengige pasienten	6
2.5	Smertebehandling til pasienter med opioidavhengighet	8
3	Metode	9
3.1	Litteraturstudie	9
3.2	Søkeprosessen og utvelgelse av artikler	9
3.3	Øvrig fag- og forskningslitteratur	12
4	Resultater	13
4.1	Presentasjon av artiklene i matrise	14
4.2	Syntese av resultatene	19
5	Diskusjon	19
5.1	Resultatdiskusjon	20
5.1.1	Forutsetninger – trekk ved sykepleier	20
5.1.2	Kontekst og rammer for sykepleieutøvelsen	23
5.1.3	Personsentrerte prosesser i pleien	25
5.1.4	Personsentrerte utbytter – hvordan kan sykepleiere lykkes med smertebehandling til pasienter med opioidavhengighet?	26
5.2	Metodediskusjon	28
5.2.1	Litteraturstudie som metode	28
5.2.2	Utvalgt litteratur	29
6	Konklusjon	30
7	Referanseliste	32
	Vedlegg 1	35
	Vedlegg 2	39
	Vedlegg 3	43
	Vedlegg 4	48
	Vedlegg 5	53

1 Innledning

Dette innledende kapitlet vil ta for seg relevant bakgrunnskunnskap om det valgte temaet for oppgaven; smertebehandling til pasienter med opioidavhengighet. Temaets sykepleiefaglige relevans vil også legges frem. Videre vil det gjøres rede for oppgavens hensikt og problemstilling, samt avgrensning av denne. Avslutningsvis i kapitlet vil sentrale begreper for oppgavens tematikk beskrives.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har tidligere hatt et frivillig verv som innebar sosialt oppsøkende arbeid i Oslo sentrum. På denne måten kom jeg i kontakt med flere mennesker som led av rusmiddelavhengighet. I løpet av mange samtaler delte de av sine erfaringer i møte med helsepersonell. Disse historiene, sammen med et fordypningsprosjekt om smertebehandling og rus tidligere i utdanningen, vekket nysgjerrigheten for dette temaet.

Rusmiddelavhengighet utgjør et betydelig folkehelseproblem, og medvirker til tapte leveår (Folkehelseinstituttet [FHI], 2022). Opioidavhengighet er en form for rusmiddelavhengighet, hvor personen som er rammet er avhengig av gjentatt tilførsel av opioider. Det er estimert at det er rundt 8000 pasienter som behandles for opioidavhengighet i Norge i dag (FHI, 2022). Mennesker med opioidavhengighet er utsatt for en rekke andre sykdommer eller plager som kan medføre innleggelse på sykehus. Denne oppgaven vil primært dreie seg om pasienter med opioidavhengighet som mottar smertebehandling på sykehus.

Opioidavhengige pasienter kan av ulike grunner oppleve smerter under en innleggelse på sykehus. Smertebehandling av denne pasientgruppen er en utfordrende oppgave for sykepleiere (Skoglund & Biong, 2018, s. 183). Skoglund og Biong (2018) peker på at mange pasienter opplever å bli stigmatisert og mistrodd i møte med helsepersonell. Mistro kan igjen føre til at de ikke mottar tilstrekkelig smertelindring, noe som er alvorlig, da det fører til unødvendig lidelse hos pasienten. I tillegg kan det ende med at pasienten føler seg tvunget til å forlate avdelingen for å oppsøke tilstrekkelig smertelindring på egenhånd, utenfor sykehus. Det er ugunstig for både helsepersonell og pasient fordi det kan føre til mistillit til helsevesenet fra pasientens side. I tillegg er det problematisk dersom en enda sykere pasient

må returnere til sykehuset fordi vedkommende ikke fikk adekvat behandling ved forrige opphold (Skoglund & Biong, 2018, s. 187).

1.2 Sykepleiefaglig relevans

Et kjennetegn ved sykepleie er dens unike pasientnære kontekst. Sykepleiere er en av yrkesgruppene innen helsevesenet som kommer nærmest i kontakt med pasienten (Morgan, 2014). Dette medfører et unikt og viktig ansvar for å bære pasientenes stemmer og ønsker videre, og for å sikre at deres behov blir ivaretatt på en god og helhetlig måte. Pasienter med opioidavhengighet er en sårbar gruppe, som i mange tilfeller har dårlig erfaring med helsevesenet (Bearnot et al., 2019). De er også del av en pasientgruppe som sykepleier kan treffe på alle nivåer i helsevesenet. Deres møte med sykepleier kan derfor være avgjørende for å bygge et tillitsbasert forhold til helsepersonell generelt. Derfor ansees dette temaet som sykepleiefaglig relevant.

Denne teksten vil gå nærmere inn på smertebehandling til pasienter med opioidavhengighet ut fra et personsentrert perspektiv på sykepleie. Personsentrert sykepleie er et begrep som omhandler hvordan sykepleier eller annet helsepersonell oppfatter pasienten som menneske, og som legger føringer for hvordan sykepleier møter pasienten (Borglin & Gjevjon, 2022, s. 61). Personsentrert sykepleie innebærer å se pasienten som et helt menneske med iboende verdighet og rettigheter, vise respekt og omtanke og å utøve skreddersydd pleie ut fra pasientens individuelle behov. Dette avhenger i stor grad av hvilke forutsetninger som foreligger hos sykepleier. Pasienten skal være en likeverdig deltaker og aktør i egen behandling, og skal sees på som mest kompetent om egen kropp og helse. Borglin og Gjevjon (2022) peker på at sykepleiers forutsetninger er sentrale i møtet med pasienter med rusavhengighet, og for hvorvidt pasienter blir ivaretatt på en måte som er i tråd med prinsipper for personsentrert sykepleie.

1.3 Hensikt og problemstilling

På bakgrunn av pasientgruppens negative opplevelser i møte med helsepersonell, vil denne oppgaven forsøke å belyse hvilke faktorer som påvirker sykepleiers behandling og omsorg av pasienter med rusmiddelavhengighet. Følgende problemstilling er valgt: hvilke faktorer påvirker sykepleiers utøvelse av smertebehandling til pasienter med opioidavhengighet?

1.4 Avgrensning

Denne oppgaven vil ta for seg mennesker med opioidavhengighet som er innlagt på somatisk avdeling for voksne på sykehus. Oppgaven vil ikke omhandle smertebehandling til gravide eller pasienter med opioidavhengighet i palliativ behandling. Den valgte pasientgruppen er voksne opioidavhengige mennesker som har behov for smertebehandling. Sykepleieutøvelse hos sykepleiere i alle aldre og uavhengig av antall år med erfaring, ansatt ved somatisk avdeling på sykehus, er relevant for oppgaven.

1.5 Begrepsavklaring

Rusmiddelavhengighet er et fenomen som kjennetegnes av at brukeren har et sterkt driv til å innta det gjeldende rusmiddelet, og har manglende kontroll over egen bruk, til tross for at den medfører skadelige konsekvenser (FHI, 2022). Opioidavhengighet er en form for rusmiddelavhengighet hvor brukeren er avhengig av jevn tilførsel av opioider. Begge begrepene vil utdypes videre i det påfølgende kapitlet. Opioider er stoffer med analgetisk virkning, som brukes både som rusmiddel og som legemiddel (Mørland & Waal, 2016, s. 162).

Denne oppgaven tar utgangspunkt i International Association for the Study of Pain (IASP) (u.å.) sine definisjoner av smerte, smerteterskel og smertetoleranse og hyperalgesi, som følger videre i dette avsnittet. Smerte defineres som en ubehagelig sensorisk og emosjonell erfaring assosiert med, eller som ligner den som er forbundet med, faktisk eller potensiell vevsskade. Smerteterskel er den laveste intensiteten av en stimulus som fører til en opplevelse av smerte. Dette begrepet sammenblandes ofte med smertetoleranse. Smertetoleranse defineres som den høyeste intensiteten av smerte som et individ kan tolerere i en gitt situasjon. Hyperalgesi er økt smerteintensitet utløst av en stimulus som til vanlig utløser smerte.

2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

I dette kapitlet vil det redegjøres for relevant bakgrunnskunnskap som vil utgjøre det teoretiske grunnlaget for oppgaven.

2.1 Rammer for sykepleie

I denne delen av teksten vil det gjøres rede for relevante etiske og juridiske rammer for sykepleie. Herunder vil relevante punkter fra yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere trekkes frem som grunnlag for senere diskusjon. I tillegg vil Helsepersonelloven (1999) samt Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) beskrives kort, for å danne det juridiske bakteppet for diskusjonen.

2.1.1 Yrkesetiske retningslinjer og juridiske rammer for sykepleiere

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere er retningslinjer som skal veilede sykepleiere i sitt arbeid, for å sikre en etisk forsvarlig praksis. De yrkesetiske retningslinjene er delt opp i flere underkapitler, hvor hvert underkapittel omhandler sykepleierens forhold til henholdsvis profesjonen, pasienten, pårørende, medarbeidere, arbeidsstedet og samfunnet.

Det første underkapitlet i de yrkesetiske retningslinjene handler om sykepleier og profesjonen. Punkt 1.3 i yrkesetiske retningslinjer dreier seg om sykepleiers ansvar for å sikre at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig (Norsk Sykepleierforbund [NSF], u.å.). Dette innebærer blant annet å holde seg faglig oppdatert, og stadig reflektere rundt egen sykepleieutøvelse samt sørge for at egen praksis er i tråd med gjeldende lovverk. Helsepersonelloven regulerer sykepleieres praksis, og har som formål å sikre kvalitet og sikkerhet for personer som kommer i kontakt med helsevesenet på en eller annen måte (Helsepersonelloven, 1999, §1).

De yrkesetiske retningslinjene veileder også sykepleier i møte med pasienten. Punkt 2.1 handler om sykepleiers ansvar for å sikre at egen praksis fremmer helse og forebygger sykdom hos pasienten (NSF, u.å.). Sykepleier skal også sikre at hver pasient mottar helhetlig omsorg ut fra sine behov (NSF, u.å.). Dette innebærer å se hele mennesket, og fokusere ikke bare på fysiologiske aspekter, men også psykososiale og eksistensielle behov. Et sentralt punkt er også sykepleiers ansvar for å praktisere omsorgsfull hjelp samt lindre lidelse (NSF, u.å.).

Sykepleiere er etisk og juridisk forpliktet til samfunnsmessige problemstillinger. Som sykepleier skal man aktivt bidra til å ivareta særskilte behov for helse- og omsorgstjenester blant pasienter som tilhører sårbare samfunnsgrupper (NSF, u.å.). Pasient- og brukerrettighetsloven har som formål å sikre befolkningen lik tilgang til helsetjenester av god

kvalitet gjennom blant annet å beskrive rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-1).

2.2 Sykepleierens behandlende funksjon

Sykepleiere har ulike funksjonsområder. Disse funksjonsområdene kommer blant annet til syne i Helsepersonelloven (1999): «Med helsehjelp menes enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som utføres av helsepersonell». Denne oppgaven vil fokusere på sykepleierens behandlende funksjon, da denne ansees som mest relevant for oppgavens problemstilling.

Sykepleierens behandlende funksjon består blant annet av datainnsamling, vurdering, planlegging, gjennomføring, evaluering og dokumentasjon av sykepleie (Grønseth & Nortvedt, 2022, s. 8). Disse punktene henger nært sammen med stegene i sykepleieprosessen. Sykepleiere skal gjennomføre medisinsk utredning og behandling i samråd med lege, og har ansvar for å følge opp behandling og effekten av denne, samt for å dokumentere underveis (Grønseth & Nortvedt, 2022, s. 8).

2.3 Personsentrert sykepleie – The person-centered practice framework

Denne oppgaven vil drøfte problemstillingen ut fra perspektivet personsentrert sykepleie. Et teoretisk rammeverk som har satt personsentrert sykepleie i system er The Person-Centered Practice Framework (McCormack & McCance, 2017). Dette rammeverket ble publisert første gang i 2006 og er underbygget av grundig forskning og utprøving. Definisjonene av rammeverket i dette delkapitlet er alle hentet fra McCance og McCormack (2017, s. 37-60). Rammeverket dreier seg om fire nøkkelpunkter som regnes som sentrale for utøvelsen av personsentrert sykepleie: forutsetninger for pleien, miljøet hvor pleien finner sted, personsentrerte prosesser og utbyttet av personsentrert sykepleie.

Forutsetninger for pleien handler om egenskaper hos sykepleier. Dette innebærer grad av profesjonell kompetanse, relasjonelle ferdigheter, kjennskap og bevissthet rundt seg selv og egne verdier og antakelser, samt hvor forpliktet til jobben sykepleier føler seg. Videre er *miljøet hvor pleien finner sted* et sentralt nøkkelpunkt for utøvelse av personsentrert sykepleie. Innenfor dette punktet regnes hvorvidt det er en gunstig sammensetning av

yrkeskompetanse på arbeidstedet, systemer som fasiliterer delt beslutningstaking og makt, effektivt samarbeid mellom ansatte, støttende organisatoriske systemer, potensiale for innovasjon og risikotakning samt det fysiske miljøet. Dette beskrives som det nøkkelpunktet med størst potensiale til å fremme eller hemme utøvelse av personsentrert sykepleie.

Personsentrerte prosesser er en viktig del av personsentrert sykepleie og innebærer å være sympatisk til stede, tilby holistisk pleie, arbeide ut fra pasientens antakelser og verdier, autentisk engasjement ovenfor pasienten samt delt beslutningstaking mellom sykepleier og pasient samt pårørende og andre nære personer. Dette er den delen av rammeverket som dreier seg om pasienten og selve utøvelsen av sykepleie. Den siste delen av rammeverket handler om resultatet av pleien, med andre ord *det personsentrerte utbyttet* som kan forventes dersom pleien har vært vellykket. Dette dreier seg også om hvordan pleien har utviklet seg over tid. De forventede utbyttene er blant annet at pasienten opplever god pleie, føler seg involvert og opplever en følelse av velvære, samt at sykepleier opplever en sunn arbeidskultur.

2.4 Den opioidavhengige pasienten

I dette delkapitlet vil smerte som fenomen utdypes videre. I tillegg vil karakteristikker om den opioidavhengige pasienten beskrives, samt helsemessige konsekvenser av opioidavhengighet.

Smerte er et helhetlig fenomen, med både fysiologiske og psykososiale fasetter, noe som kommer til uttrykk gjennom inklusjonen av begrepene sensorisk og emosjonell erfaring i den tidligere beskrevde smertedefinisjonen. I tillegg til å være et helhetlig fenomen, er smerte også en subjektiv opplevelse (IASP, u.å.). Det er personen som har smerter som har definisjonsmakt over hvordan disse erfares (Winger & Leegaard, 2016, s. 172). Som helsepersonell er det sentralt å ha kunnskap om dette for å møte den opioidavhengige pasienten med smerter på en god måte. Dersom vår forståelse av smerte er mangelfull kan det føre til at vi mistror pasienten (Winger & Leegaard, 2016, s. 172). Følelsen av å ikke bli trodd kan fungere som en psykologisk faktor som forverrer smerteopplevelsen hos pasienten.

Helsedirektoratet (2012) beskriver kriterier for å kjenne igjen og definere avhengighetssyndromer. Tre eller flere må ha utviklet seg og inntruffet samtidig i foregående år for at personen kan sies å ha et avhengighetssyndrom (Helsedirektoratet [HDIR], 2012, s.

18). Et av kriteriene innebærer at personen må ha en sterk trang til å innta det gjeldende rusmiddelet. I tillegg må personen utvise manglende kontroll over bruken, med tanke på både innledning, avslutning og mengde. Videre må personen ha utviklet en fysiologisk abstinensstilstand ved avbrudd i jevn tilførsel av stoffet, samt økt toleranse. Toleranse innebærer at det kreves høyere og høyere doser for å oppnå samme effekt som før. Personen må ha utviklet en likegyldighet til andre gleder eller interesser, som følge av bruken av stoffet. Et kriterium er også at personen med rusmiddelavhengighet opprettholder bruken til tross for skadelige konsekvenser som brukeren kan forventes å være klar over natur og omfang av (HDIR, 2012, s. 18).

Opioidavhengighet som en form for rusmiddelavhengighet kan dermed defineres som en lidelse der personen har en sterk trang til å innta stoffet, og har manglende kontroll over bruken til tross for skadelige konsekvenser. Opioider er et stoff med sterk smertestillende effekt, og gjentatt bruk av slike stoffer vil gi lavere smerteterskel og økt sensitivitet for smerte. Ved langvarig bruk av opioider, kan mennesker utvikle medikament-utløst hyperalgesi (Mørland & Waal, 2016, s. 322). Dette er noe av grunnen til at pasienter med langvarig opioidavhengighet vil trenge større doser analgetika for å oppnå samme effekt som mennesker uten opioidavhengighet.

Langvarig bruk av opioider kan føre til en rekke sykdommer og langvarige funksjonsnedsettelse. I hjernen kan bruken medføre kognitiv reduksjon, og i mage og tarm fører den hyppig til forstoppelse (Mørland & Waal, 2016, s. 317). I tillegg vet man at mennesker som injiserer opioider som for eksempel heroin, har økt risiko for infeksjonssykdommer, for eksempel ved bruk av kontaminert utstyr eller preparater (Mørland & Waal, 2016, s. 316). Det er altså flere tilstander som kan frembringes av langvarig opioidbruk som kan føre til sykehusinnleggelse og behov for smertebehandling, hvor sykepleier møter denne pasientgruppen.

Et kjennetegn ved opioidavhengige pasienter er at bruken av stoffet innledningsvis bunner i en søken etter effekten som opioidene gir. Senere preges imidlertid atferdsmønsteret av at man søker stoffet for å unngå de negative effektene av avbrutt tilførsel (Mørland & Waal, 2016, s. 171). Abstinensstilstand er en kroppslig reaksjon på minkende nivå av opioider i kroppen (Mørland & Waal, 2016, s. 168). Abstinensreaksjoner medfører symptomer som er motsatt av virkningen av opioidene. Det er for eksempel økt puls, svette, uro, økt

pupillstørrelse, ledd- og muskelsmerter, fordøyelsesforstyrrelser, skjelving, angst og irritabilitet (Mørland & Waal, 2016, s. 169).

Opioidavhengige mennesker er del av en samfunnsgruppe som ofte blir møtt med negative holdninger (Skoglund & Biong, 2018, s. 179). Holdninger er følelser, ofte påvirket av våre oppfatninger, som predisponerer oss til å respondere positivt eller negativt til objekter, mennesker eller hendelser (Meyers & Twenge, 2019, s. 89). Negative holdninger til opioidavhengige mennesker kan blant annet bunne i medias negative fremstilling av narkotika og rusmiddelavhengige mennesker (Fekjær, 2016, s. 330).

2.5 Smertebehandling til pasienter med opioidavhengighet

Pasienter med opioidavhengighet gjennomgår en rekke fysiologiske endringer relatert til smerte og smerteopplevelse. Toleranse, abstinenser og hyperalgesi er noe av det som gjør smertebehandling til denne pasientgruppen til en komplisert klinisk oppgave, og risikoen for utilstrekkelig smertebehandling høyere (Oslo Universitetssykehus [OUS], 2021).

Et viktig innledende steg i prosessen med smertebehandling til en opioidavhengig pasient er å kartlegge vedkommendes opioidbruk. Dette er viktig for å vite hvilken dosestørrelse pasienten vanligvis bruker, og opprettholde denne som et minimum, slik at abstinensreaksjoner kan unngås (OUS, 2021). Dersom pasienten bruker andre rusmidler er dette også viktig å innhente informasjon om, da det vil ha betydning for behandlingen. Videre er det viktig å kartlegge psykososiale faktorer som kan ha negativ innvirkning på pasientens smerteopplevelse. Dette kan blant annet være traumer, angst, depresjon eller søvnproblemer (OUS, 2021).

Noen nøkkelpunkter for smertebehandlingen er at pasientens døgndose av opioider bør kontinueres under sykehusoppholdet, for å unngå abstinensreaksjoner. Dosene bør imidlertid ikke eskaleres overdrevet, da det kan forverre avhengigheten og i verste fall medføre opioidindusert respirasjonsdepresjon (OUS, 2021). Det bør også alltid benyttes ikke-opioide smertelindrende medikamenter, samt ikke-medikamentell smertelindring, i tillegg til opioider (OUS, 2021).

3 Metode

I dette kapitlet vil metoden litteraturstudie beskrives. Videre vil det gjøres rede for søkeprosessen for litteraturstudien, samt utvelgelsen av artikler. Avslutningsvis vil prosessen med å finne øvrig fag- og forskningslitteratur beskrives.

3.1 Litteraturstudie

Denne oppgaven vil bruke litteraturstudie som metode for å besvare problemstillingen. En litteraturstudie er en metode som benytter seg av publisert vitenskapelig forskning som datagrunnlag (Popenoe et al., 2021). Med utgangspunkt i problemstillingen analyseres resultatene fra relevante vitenskapelige studier, med hensikt om å trekke overordnede konklusjoner om et valgt tema.

3.2 Søkeprosessen og utvelgelse av artikler

Fem vitenskapelige forskningsartikler utgjør datagrunnlaget for denne litteraturstudien, og disse er funnet gjennom strukturerte søk i databasene Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL) og PubMed. Innledningsvis i søkeprosessen ble databasen CINAHL benyttet. Et supplerende søk ble senere gjort i PubMed.

Basert på problemstillingen for denne oppgaven ble følgende hovedelementer identifisert: opioidavhengighet, sykepleieutøvelse, sykehus og smertebehandling. Alle benyttede søkeord er MeSH-termer. «Opioid addiction» og «opioid disorder» ble brukt innledningsvis i prosessen som søkeord for hovedelementet opioidavhengighet i CINAHL. På grunn av få treff ble det nødvendig å utvide søkeordet til «substance abuse disorders». Mennesker med opioidavhengighet er gruppen denne oppgaven fokuserer på ut fra problemstillingen, men det var for få treff som samsvarte med fokuset til problemstillingen. I PubMed gav imidlertid søkeordet «opioid use disorder» flere treff enn i CINAHL. På grunn av utfordringene knyttet til søkeprosessen er det i denne litteraturstudien benyttet tre artikler som omhandler opioidavhengige spesielt og to artikler som omhandler rusmiddelavhengige generelt.

For hovedelementet smertebehandling var det mer intuitivt å finne gunstige søkeord, hvorpå «pain», «pain management» og «post-operative pain» ble benyttet i det innledende søket i CINAHL. Sistnevnte søkeord ble inkludert for å få frem artikler om sykehusinnlagte pasienter

i større grad. I PubMed ble søkeordet «pain» brukt. For hovedelementet sykehus ble søkeord som «inpatient management» og «hospitals, public» benyttet, som i kombinasjon med de andre søkeordene ga få relevante treff. Dette hovedelementet ble derfor besluttet utelukket fra søket, og sykehus som kontekst ble isteden gjort om til et inklusjonskriterium.

Hovedelementet sykepleieutøvelse var krevende å beskrive ved hjelp av søkeord. Søkeord som «nursing» og «care» ble forsøkt benyttet innledningsvis, men disse gav få relevante treff. Derfor ble søkeordet «attitude of health personell» benyttet, for å sikre at treffene omhandlet faktorer ved sykepleier som kan påvirke smertebehandling. I de tidligere søkene var det en tendens til at artiklene omhandlet hvordan best å tilpasse medikamentell smertebehandling til rusmiddelavhengige, noe som ikke er relevant for problemstillingen i denne oppgaven. Det var sentralt å snevre inn søket til forskning med et sykepleieperspektiv. Det ble gjort en vurdering av hvorvidt dette søkeordet ville være for førende for hva slags forskning søket ville gi, men det ble besluttet at det likevel var viktig for å snevre inn søket til hva som påvirker sykepleieutøvelse. Søket uten dette søkeordet resulterte i få relevante artikler med et sykepleieperspektiv, og mange treff som hovedsakelig handlet om retningslinjer for smertebehandling av opioidavhengige, noe som er en vinkling som ikke er relevant for denne oppgavens hovedfokus. I PubMed ble søkeordet «nurse» brukt om hovedelementet sykepleieutøvelse.

Med utgangspunkt i problemstillingen og avgrensningen for oppgaven ble det satt opp inklusjons- og eksklusjonskriterier. Et av inklusjonskriteriene var at artiklene omhandlet smertebehandling til personer med rusmiddelavhengighet. I utgangspunktet var det ønskelig å kun inkludere artikler som omhandlet smertebehandling til pasienter med opioidavhengighet, men på grunn av for få treff, som nevnt tidligere i dette delkapitlet, ble to artikler som omhandlet smertebehandling til personer med rusmiddelavhengighet generelt inkludert.

Et annet inklusjonskriterium var at artiklene dreide seg om faktorer som påvirker smertebehandling hovedsakelig hos sykepleier, og ikke hovedsakelig om annet helsepersonell. Et annet inklusjonskriterium var at konteksten skulle være sykehus. Systematiske oversiktsartikler ble ekskludert. I tillegg var et inklusjonskriterium at artiklene var forskningsartikler og ikke fagartikler, og at de var fagfellevurderte og av god metodologisk kvalitet. Dette innebærer blant annet en adekvat svarprosent i forhold til type studiedesign. Krokmyrdal og Andenæs sin studie (2015) ble inkludert til tross for en mindre

svarprosent, da den anses å likevel kunne tilføre et nyttig perspektiv til oppgaven. Resultatene her stemte for øvrig overens med de andre utvalgte artiklene.

Begge søkene ble avgrenset i form av publiseringsdato og språk. Kun artikler med publiseringsdato mellom 2012 og 2022 ble inkludert, og artikler som ikke var på norsk, svensk, dansk eller engelsk ble ekskludert. Søket i PubMed ble utført for å se etter hvorvidt det fantes relevant forskning av nyere dato, som i hovedsak fokuserte på opioidavhengige. Grunnet PubMed sin noe enklere og leservennlige søkeutforming var det her kun nødvendig å benytte et søkeord per hovedelement i problemstillingen. Dette er grunnen til at antall søkeord her avviker mye fra antall søkeord i CINAHL, som er en database som krever at leseren legger inn synonymbegreper manuelt.

Presentasjon av det strukturerte søket i CINAHL og utvelgelsesprosessen i tabell

Database og dato for søk	CINAHL, 25. oktober 2022
Søkeord og kombinasjoner	“attitude of health personell” AND “substance dependence” OR “substance abusers” OR “substance use disorders” OR “substance abuse, intravenous” AND “pain” OR “pain management” OR “post-operative pain”
Avgrensninger i søket	Publiseringsdato: 2012-2022 Språk: norsk, engelsk, svensk, dansk
Antall treff totalt	100
Antall gjennomleste titler	100
Antall gjennomleste abstrakt	10
Antall gjennomleste fulltekstartikler	6
Antall artikler som kan inkluderes basert på inklusjons- og eksklusjonskriterier	4
Ytterligere inklusjons- og eksklusjonskriterier	Ikke aktuelt
Antall artikler inkludert i litteraturstudien	4
Inkludert artikkel nr. 1	Krokmyrdal, K. A. & Andenæs, R. (2015). Nurses’ competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study. <i>Nurse Education Today</i> , 35(2015), 789-794. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.02.022
Inkludert artikkel nr. 2	Li, R., Andenæs, R., Undall, E. & Nåden, D. (2012). Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus. <i>Sykepleien Forskning</i> , 7(3), 252-260. https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0131

Inkludert artikkel nr. 3	Morgan, B. D. (2014). Nursing Attitudes Toward Patients with Substance Use Disorders in Pain. <i>Pain Management Nursing</i> , 15(1), 165-175. https://doi.org/10.1016/j.pmn.2012.08.004
Inkludert artikkel nr. 4	Morley, G., Briggs, E. & Chumbley, G. (2015). Nurses' Experiences of Patients with Substance Use Disorder in Pain: A Phenomenological study. <i>Pain Management Nursing</i> , 16(5), 701-711. https://doi.org/10.1016/j.pmn.2015.03.005

Presentasjon av det strukturerte søket i PubMed og utvelgelsesprosessen i tabell

Database og dato for søk	PubMed, 17. november 2022
Søkeord og kombinasjoner	“nurse” AND “opioid use disorder” AND “pain”
Avgrensninger i søket	Publiseringsdato: 2012-2022 Språk: norsk, engelsk, svensk, dansk
Antall treff totalt	165
Antall gjennomleste titler	165
Antall gjennomleste abstrakt	5
Antall gjennomleste fulltekstartikler	2
Antall artikler som kan inkluderes basert på inklusjons- og eksklusjonskriterier	1
Ytterligere inklusjons- og eksklusjonskriterier	Ikke aktuelt
Antall artikler inkludert i litteraturstudien	1
Inkludert artikkel nr. 1	Horner, G., Daddona, J., Burke, D.J., Cullinane, J., Skeer, M. & Wurcel, A. G. (2019). “You’re kind of at war with yourself as a nurse”: perspectives of inpatient nurses on treating people who present with a comorbid opioid use disorder. <i>Plos One</i> , 14(10), e0224335. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224335

3.3 Øvrig fag- og forskningslitteratur

I denne delen av oppgaven vil jeg beskrive hvordan jeg har gått frem for å finne øvrig relevant fag- og forskningslitteratur. For å få oversikt over statistikk om rusmiddelavhengighet spesielt og opioidavhengighet generelt har jeg gått til Folkehelseinstituttet sine nettsider. For å få oversikt over tidligere forskning på sykepleieres smertebehandling av pasienter med opioidavhengigheter har jeg lest systematiske oversiktsartikler. Jeg har også oppsøkt biblioteket på utdanningsinstitusjonen min for å se etter relevant litteratur der, og for å søke veiledning til å finne relevant litteratur av god faglig

standard. I tillegg har jeg benyttet meg av faglitteratur fra pensum ved utdanningsinstitusjonen min for å tilegne meg mer kunnskap om smerte og opioidavhengighet som fenomener.

For å vurdere fag- og forskningslitteraturen jeg har funnet har jeg brukt kunnskap om kildekritikk som jeg har opparbeidet meg gjennom studiet. Jeg har bevisst forsøkt å benytte nyere utgaver av fagbøker. Jeg har oppsøkt relevante primærkilder dersom det ble henvist til disse i litteraturen jeg gjennomgikk. I oppgaven har jeg benyttet meg av et faglig anerkjent teoretisk rammeverk som teoretisk grunnlag. Jeg har funnet teori fra flere ulike kilder, for å sjekke hvorvidt de stemmer overens med hverandre. I tillegg har jeg søkt opp tidsskriftene til artiklene jeg har brukt i kanalregisteret. Dette er alle fremgangsmåter som er i tråd med retningslinjer for god kildekritikk (Kildekompasset, u.å.).

4 Resultater

I dette kapitlet vil jeg gjennomgå resultater fra de valgte forskningsartiklene for denne studien.

4.1 Presentasjon av artiklene i matrise

Artikkelmatrise

Database	Forfatter, årstall, land	Tittel	Hensikt	Design/metode	Funn	Kvalitetsvurdering
CINAHL	Krokmyrdal, A. & Andenæs, R. 2015. Norge.	Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study	Å undersøke sykepleieres kunnskap om smerte, samt kompetanse om smertebehandling hos pasienter med opioidavhengighet	Krysseksjonell spørreundersøkelse (survey). Selvadministrert.	88 % av sykepleierne hadde ikke tilstrekkelig kunnskap om smertebehandling til pasienter med opioidavhengighet. 62 % av sykepleierne rapporterte at de ikke stolte på selvrapportert smerteuttrykk hos pasienter med opioidavhengighet. Sykepleiernes kompetanse var i hovedsak erfaringsbasert, og i mindre grad evidensbasert.	Poengsum fra sjekklister for vurdering av prevalensstudie. Poengsum: 7/12 poeng

CINAHL	Li, R., Andenæs, R., Undall, E. & Nåden, D. 2012. Norge.	Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus.	Å undersøke i hvilken grad sentrale handlinger utføres når opioidavhengige pasienter med smerte er innlagt i sykehus. Undersøke hvordan leger og sykepleiere vurderer sin kunnskap om rusmisbruk og smerte. Undersøke hvilke holdninger leger og sykepleiere har til opioidavhengige pasienter med smerte.	Beskrivende tverrsnittdesign med et hensiktsmessig utvalg. Selvadministrert spørreskjema.	38 % av respondentene oppga at de kartla pasientenes rusmiddelbruk. 52 % av respondentene anvendte aldri smertekartleggingsverktøy. 56 % av sykepleierne følte seg manipulert av opioidavhengige pasienter. 20 % av sykepleierne trodde på pasientens smertefor midling. Respondentene vurderte sitt eget kunnskapsnivå om smertebehandling til opioidavhengige lavt. 55,7 % av sykepleierne anså opioidavhengighet som en sykdom.	Poengsum fra sjekklister for vurdering av prevalensstudie. Poengsum: 9/12 poeng
--------	---	--	---	---	---	--

CINAHL	Morgan, B. 2014. USA	Nursing Attitudes Toward Patients with Substance Use Disorders in Pain.	Å identifisere og utforske sykepleieres holdninger mot innlagte pasienter med rusmiddelavhengighet som har smerter, for å utvide kunnskapen om sykepleieres holdninger og interaksjoner med pasienter med rusmiddelavhengighet og smerter, og for å generere teori som kan bidra til en bredere forståelse av problemet.	Grounded theory-metode basert på tekst fra 14 semistrukturerte intervjuer med sykepleiere.	Faktorer som påvirket smertebehandling til rusavhengige negativt var negative holdninger og mistro, mangel på kunnskap, frykt for å bidra til pasientens avhengighet, samt en eventuell overdose. Informantene trakk frem at russøkende atferd påvirket sykepleiernes smertebehandling på en negativ måte. Noen strevde med å rettferdiggjøre pasientenes atferd, mens andre trakk frem at det er gode grunner til at mennesker utvikler en avhengighet. Tidligere erfaring med pasientgruppen hadde positiv innvirkning på sykepleiers utøvelse. Negative påvirkningsfaktorer var bla. lav bemanning, kommunikasjonsvansker med forskrivende lege og mangel på ressurser.	Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie. Poengsum: 8/8 poeng
--------	----------------------	---	--	--	--	---

CINAHL	Morley, G., Briggs, E. & Chumbley, G. 2015. England.	Nurses' Experiences of Patients with Substance-Use Disorder in Pain: A Phenomenological Study	Undersøke sykepleieres erfaringer med å jobbe med pasienter med rusavhengighet og smerter, for å gi en dypere innsikt i deres perspektiv.	Deskriptiv fenomenologisk analysemetode med fem semistrukturerte intervjuer som datagrunnlag. Dataanalyse ut fra Giorgi's femstegsmodell.	Informantene syntes det var krevende å møte pasienter med rusavhengighet i sykehus. Holdninger, mangel på kunnskap, ytre press samt negative faktorer ved pasienten ble ansett som barrierer for god smertebehandling. Informantene trakk også frem at hver pasient er unik og har behov for individuell og helhetlig behandling. Generell erfaring med rusavhengige pasienter hadde en positiv innvirkning på sykepleiers utøvelse.	Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie. Poengsum: 8/8 poeng
--------	--	---	---	---	--	---

PubMed	Horner, G., Daddona, J., Burke, D. J., Cullinane, J., Skeer, M. & Wurcel, A. G. 2019. USA.	“You’re kind of at war with yourself as a nurse”: Perspectives of inpatient nurses on treating people who present with a comorbid opioid use disorder	Forskerne ønsket å undersøke holdninger, oppfatninger og behov for praktisk trening blant sykepleiere på sykehus, som behandler pasienter med opioidavhengighet.	Kvalitativ studie. Grounded theory-analyse med semistrukturerte intervjuer av sykepleiere på sykehus som datagrunnlag.	Studien fant at negative holdninger og utbrenthet og var faktorer som virket inn på smertebehandling av pasienter med opioidavhengighet. Personlig erfaring med avhengighet eller smerter medførte større grad av medfølelse for pasienten. Frykt for administrering av store doser opioider, blant annet på grunn av frykt for å bidra til pasientens avhengighet, hadde negativ innvirkning på sykepleier. Ytre press, som lav bemanning på arbeidsstedet, ineffektiv kommunikasjon og manglende retningslinjer virket også negativt. Frykt i møte med utagerende og «russøkende» atferd hos pasienten hadde negativ innvirkning på sykepleiers utøvelse av smertebehandling.	Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie. Poengsum: 8/8 poeng
--------	--	---	--	--	---	---

4.2 Syntese av resultatene

Resultatene fra de valgte artiklene i denne litteraturstudien avdekker flere faktorer som påvirker sykepleiers utøvelse av smertebehandling til opioidavhengige. Det kan tyde på at det ikke er tilstrekkelig kunnskap om opioidavhengighet og vanlige kliniske kjennetegn hos pasienter ved opioidavhengighet blant sykepleiere. Noen studier trakk frem at kollegaer undervurderer pasientgruppen og behovet for kunnskapsforøkelse om denne. Usikkerhet rundt gjeldende retningslinjer for behandling var en faktor som også ble trukket frem.

Resultatene tyder også på at negative holdninger blant sykepleiere overfor pasienter med opioidavhengighet ofte forekommer. Mistro til den selvrapporterte smerteopplevelsen overfor pasienter med opioidavhengighet er noe som skjer ofte. Maktesløshet, frykt og frustrasjon på bakgrunn av pasienters såkalt russøkende atferd oppleves belastende på sykepleiere, og kan antageligvis forsterke den negative effekten av systemiske faktorer som lav bemanning og mangel på ressurser, siden det krever mye tid dersom pasienten ringer på ofte. Sykepleiere forteller om en følelse av ambivalens, mellom forståelse for at det kan være mange og gode grunner til at pasienter utvikler en avhengighet, og at det er vanskelig å rettferdiggjøre pasientens atferd når den virker så belastende på dem. Samtidig ser det ut til at tidligere erfaring med opioidavhengige pasienter, rusavhengighet og smerte har en positiv innvirkning på sykepleiers behandling av disse pasientene.

Et annet fenomen som forekommer blant sykepleiere som jobber med pasienter med opioidavhengighet på sykehus er frykt for administrering av smertestillende, særlig opioider. Dette bunner blant annet i redsel for å bidra til pasientens avhengighet, samt at det oppleves skremmende å gi de store dosene som kreves med tanke på risiko for overdose og respirasjonsdepresjon.

5 Diskusjon

Med utgangspunkt i The Person-Centered Practice Framework vil den valgte problemstillingen, hvilke faktorer påvirker sykepleiers utøvelse av smertebehandling til pasienter med opioidavhengighet, bli forsøkt besvart. De presenterte forskningsresultatene vil diskuteres ut fra et perspektiv om personsentrert sykepleie. Videre følger en diskusjon av

styrker og svakheter ved oppgavens metode. Avslutningsvis vil metodene til de utvalgte artiklene diskuteres.

5.1 Resultatdiskusjon

I forrige kapittel ble resultatene fra de valgte artiklene presentert. For å kunne besvare oppgavens problemstilling er det sentralt å diskutere disse i lys av rammeverket The Person-Centered Practice Framework. I tillegg vil forskningsartiklenes resultater diskuteres i lys av annen relevant etisk, juridisk og faglig teori. Rammeverket vil benyttes som ledende struktur i diskusjonen.

5.1.1 Forutsetninger – trekk ved sykepleier

I The Person-Centered Practice Framework fremheves det at sykepleiere skal være bevisst egne verdier og antakelser (McCance & McCormack, 2017, s. 42). Resultatene fra de utvalgte studiene viser flere faktorer som påvirker sykepleiers utøvelse smertebehandling til opioidavhengige pasienter i sykehus, som kan kategoriseres under delen i rammeverket som kalles forutsetninger. Det er bred enighet i funnene om at negative holdninger til pasienter med opioidavhengighet er utbredt blant sykepleiere (Horner et al., 2019; Krokmyrdal & Andenæs, 2015; Li et al., 2012; Morgan, 2014; Morley et al., 2015). Sykepleiere er yrkesetisk forpliktet til å sikre at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig, samt til å fremme helse og forebygge sykdom (NSF, u.å.). Når sykepleiere møter pasientene med negative holdninger risikerer de at pasientene føler seg forsømt og mistrodd, noe som igjen kan ha en negativ påvirkning på deres helse (Jaiteh et al., 2019). På denne måten bryter sykepleiere både med prinsipper for personsentrert sykepleie og med yrkesetiske retningslinjer når de lar sin utøvelse av smertebehandling påvirkes negativt på bakgrunn av sine negative holdninger til mennesker med opioidavhengighet.

The Person-Centered Practice Framework trekker frem profesjonell kompetanse som en sentral faktor for å oppnå personsentrert sykepleie (McCance & McCormack, 2017, s. 42). Li et al. (2012) fant at bare litt over halvparten av sykepleiere anså opioidavhengighet som en sykdom, noe det tross alt er definert som (HDIR, 2012, s. 18). Det faktum at så få sykepleiere ser på opioidavhengighet som en sykdom kan reflektere både negative holdninger og mangel på kunnskap. Kunnskap er en viktig grunn dimensjon ved holdninger (Myers & Twenge,

2019, s. 89). Resultatene fra fire av de fem utvalgte studiene i denne oppgaven viser at sykepleiere har manglende kunnskap om smerter og smertebehandling hos opioidavhengige pasienter, og at dette har en negativ påvirkning på sykepleiers utøvelse av smertebehandling til denne pasientgruppen (Krokmyrdal & Andenæs, 2015; Li et al., 2012; Morgan 2014; Morley et al., 2015). Dette strider med prinsippene i rammeverket om profesjonell kompetanse som en sentral faktor for å oppnå personsentrert sykepleie (McCance & McCormack, 2017, s. 42). Krokmyrdal & Andenæs (2015) fant at sykepleiers utøvelse kan sies å være erfaringsbasert heller enn evidensbasert. Sykepleie skal være bygget på erfaringsbasert kompetanse, men denne må være grunnnet i evidensbasert kunnskap da sykepleiere er yrkesetisk forpliktet til å holde seg faglig oppdatert (NSF, u.å.) Selvrapporing og kartlegging av rusmiddelbruk er viktige ledd i gjeldende faglige retningslinjer for akutt smertebehandling til pasienter med langvarig bruk av opioider (OUS, 2021). Li og kollegaer (2012) fant at kun 20 % av sykepleiere trodde på opioidavhengige pasienter sin smerteforbidling. Til sammenligning fant Krokmyrdal og Andenæs (2015) at 62 % av sykepleiere ikke stolte på selvrapporing av smerte dersom pasienten var opioidavhengig. Dette viser at sykepleiere har vanskeligheter med å følge anbefalte retningslinjer i møte med denne pasientgruppen, noe som øker sannsynligheten for inadekvat smertebehandling. Det er nærliggende å tenke seg at dette bunner i mangel på evidensbasert kunnskap om opioidavhengige pasienter.

De presenterte resultatene i denne oppgaven tyder på at sykepleieres oppfatning av pasienter med opioidavhengighet som blant annet utfordrende, manipulerende, aggressive og lite tillitsfulle er en faktor som påvirker smertebehandling til denne pasientgruppen på en negativ måte (Horner et al., 2019; Li et al., 2012; Morgan, 2014; Morley et al., 2015). Det kan tenkes at dette bunner i samfunnets historiske oppfatning av rusmiddelavhengige. Fekjær (2016) trekker frem at narkotikabruk har vært fremstilt av media som mer livsfarlig enn alkoholbruk, selv om det motsatte er tilfelle. Han hevder også at media har fremstilt bruken av ulovlige stoffer som mye mer omfattende enn det virkelig er. Ikke-medisinsk bruk og omsetning av opioider er ulovlig. Det faktum at stoffene er ulovlige kan være en faktor som bidrar til at bruken sees på som mer negativ. Hvis en for eksempel sammenligner med alkohol, som er en lovlig substans, ser vi at dette i mye større grad er akseptert brukt til rekreasjonelle formål (Fekjær, 2016, s. 330). Det er nærliggende å se for seg at sykepleiers syn på opioidbruk og opioidavhengige påvirkes av samfunnet for øvrig. Dersom vedkommende ikke klarer å beholde sitt profesjonelle syn på pasienten med opioidavhengighet kan dette ha negativ

påvirkning på pasientens smertebehandling. Dette strider mot The Person-Centered Practice Framework, hvor profesjonell kompetanse fremheves som en nøkkelfaktor for å oppnå personsentrert sykepleie (McCance & McCormack, 2017, s. 42).

Tidligere relevante personlige erfaringer ser ut til å påvirke sykepleier positivt i møte med opioidavhengige pasienter. Horner et al. (2019) fant at personlige erfaringer knyttet til avhengighet og smerte kan føre til større grad av medfølelse hos sykepleier i samhandling med den opioidavhengige pasienten. Det kan tenkes at tidligere erfaringer hos sykepleier bidrar til å skape en dypere forståelse for pasientens situasjon. The Person-Centered Practice Framework fremhever viktigheten av god kjennskap til egne verdier og antakelser (McCance & McCormack, 2017, s. 42). Det kan oppleves lettere å være bevisst egne verdier i møte med pasienten og pasientens problemstillinger dersom sykepleier har relevant tidligere erfaring. Positive holdninger og omsorg sees imidlertid også hos sykepleiere uten slike personlige erfaringer. Morley og kollegaer (2015) fant at sykepleiere understreker at hver pasient med rusmiddelavhengighet er unik, og derfor må tilbys helhetlig og individuell behandling. Mange sykepleiere trekker også frem at generell erfaring med smertebehandling av pasienter med rusmiddelavhengighet fører til bedre behandling (Morgan, 2014; Morley et al., 2015). Det kan tyde på at det er en diskrepans mellom sykepleiers oppfattelse av pasientgruppens behov, og den faktiske praksisen som utøves blant sykepleiere som arbeider med denne pasientgruppen.

Som vi har sett tidligere i oppgaven har mangel på kunnskap og erfaring med opioidavhengige pasienter negativ påvirkning på sykepleiers smertebehandling til disse pasientene. Positive intensjoner kan imidlertid også ha negative innvirkninger på sykepleiers utøvelse. Mange sykepleiere kvier seg for å gi de høye opioiddosene som kreves til denne pasientgruppen, på grunn av frykten for å forverre pasientens avhengighet (Horner et al., 2019, Morley et al., 2015). Denne frykten kan også bunne i at høyere doser opioider tross alt er forbundet med økt risiko for opioidindusert respirasjonsdepresjon (OUS, 2021). Overdrevet restriktiv administrering av opioider kan imidlertid gi negative konsekvenser når pasienten blir utskrevet. Dersom pasienten har til hensikt å fortsette opioidbruken etter sykehusoppholdet, bør det være bevissthet rundt det faktum at toleranse for opioider faller raskt ved eventuell lavere tilførsel eller seponering av stoffene. Det bør derfor utvises forsiktighet med å gi lavere dose enn pasienten har til hensikt å fortsette med etter utskrivelse, da dette medfører risiko for overdose (OUS, 2021).

5.1.2 Kontekst og rammer for sykepleieutøvelsen

I flere av studiene belyses faktorer som påvirker sykepleiers utøvelse av smertebehandling, som kan sorteres inn under miljøet for sykepleieutøvelsen jmfør The Person-Centred Practice Framework (McCance & McCormack, 2017, s. 47). I forrige delkapittel ble funn knyttet til sykepleiers mangel på kunnskap om opioidavhengige pasienter diskutert.

Sykepleiers mangel på kunnskap om denne pasientgruppen kan ha flere årsaker, hvorav noen vil undersøkes videre i dette delkapitlet.

Flere av de utvalgte studiene i denne oppgaven viser at ytre press er en faktor med negativ påvirkning på smertebehandling av pasienter med opioidavhengighet (Horner et al., 2019; Morgan, 2014; Morley et al., 2015). Ytre press handler i disse studiene om faktorer som for lite tid til hver pasient, lav bemanning og ugunstig sammensetning av yrkeskompetanse på jobb. Slike faktorer kan påvirke sykepleier i slik grad at utøvelse av smertebehandling til opioidavhengige pasienter blir inadekvat, på den måten at sykepleiere får dårligere forutsetninger for å gjøre en god jobb. I The Person-Centered Practice Framework er kontekstuelle faktorer for sykepleien de faktorene med størst potensiale både til å fremme og hemme utøvelsen av personsentrert sykepleie. For eksempel er effektivt samarbeid mellom ansatte og støttende organisatoriske systemer viktige faktorer (McCance & McCormack, 2017, s. 47). Faktorer med så stor negativ påvirkning på smertebehandlingen utgjør imidlertid også et stort potensial, da endrede rammer kan skape like stor forbedring.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §1-1) fremmer at det skal være lik tilgang på helsetjenester av god kvalitet for hele befolkningen. Videre står det skrevet at pasienter med behov for langvarig og koordinert helsehjelp har rett til individuell plan og oppfølging. Dette medfører at sykepleier har en juridisk plikt til å tilby helsehjelp av god kvalitet, ut fra pasientens individuelle behov. The Person-Centered Practice Framework trekker frem at et effektivt samarbeid mellom ansatte er essensielt for å oppnå personsentrert sykepleie (McCance & McCormack, 2017, s. 48). Systemiske utforminger på arbeidsplassen kan være årsaken til at dette ikke blir gjort, som for eksempel lav bemanning og lite tid til å gjennomføre oppgaver som er sentrale for forsvarlig sykepleie. The Person-Centered Practice Framework understreker også betydningen av støttende organisatoriske systemer for å oppnå personsentrert sykepleie (McCance & McCormack, 2017, s. 47). Samarbeid mellom kollegaer, både innen samme og på tvers av ulike yrkesgrupper, har stor betydning for smertebehandling til pasienter med opioidavhengighet (Morgan, 2014; Horner et al., 2019). Et

eksempel på dette fra Morgan (2014) er at vanskeligheter med å få tak i forskrivende lege kan være en barriere for god smertebehandling til pasienter med opioidavhengighet.

Smertebehandling av opioidavhengige pasienter på sykehus er en oppgave som krever mye kartlegging og utprøving av døgndose og medikamenter, noe som igjen kan føre til behov for hyppig justering og administrering av medikamenter (OUS, 2021). I en periode hvor behandlingen fremdeles er i en utprøvingsfase kan det være belastende for sykepleiere å måtte forholde seg til en forskrivende lege som av ulike grunner oppleves utilgjengelig. Dersom pasienten i smerter må vente lenge på behandling kan det bli en faktor som svekker tilliten og gjør relasjonen mellom sykepleiere og pasient dårligere. Dette kan igjen føre til at pasienten får en dårligere opplevelse av behandlingen.

Mangel på kunnskap om opioidavhengighet og opioidavhengige pasienter blant sykepleiere kan være et tegn på et systemisk problem på arbeidsplassen, i form av mangelfull opplæring om smertebehandling til denne pasientgruppen. Opioidavhengige pasienter med smerter er en kompleks pasientgruppe, som sykepleiere kan møte flere ulike steder i helsevesenet. Selv om det er utviklet retningslinjer for smertebehandling til disse pasientene er det likevel vanskelig og lite hensiktsmessig å standardisere behandlingen, da pasientene ofte har flere ulike helsemessige problemstillinger samtidig. Som tidligere nevnt er det for eksempel en klar sammenheng mellom rusmiddelavhengighet og psykiske lidelser, spesielt depresjon, angst og/eller personlighetsforstyrrelser (HDIR, 2012, s. 26). Dette krever tverrfaglig kompetanse og erfaring som ikke nødvendigvis finnes i alle sykehusavdelinger. Sjeldne og unike møter med denne pasientgruppen kan gjøre det utfordrende å bygge opp kompetanse og prioritere opplæring for disse problemstillingene. Norge bruker mye penger på helse i forhold til andre land i Skandinavia, nesten 80 000 kr per innbygger per år (Statistisk Sentralbyrå [SSB], 2022). Det kan derfor argumenteres for at det er uriktig å sette av mer penger til å sikre at alle sykehusavdelinger skal ha spesiell kompetanse innenfor dette feltet. I tråd med Spesialisthelsetjenesteloven (1999, §2-1a) er det tverrfaglige spesialiserte behandlingstilbud i alle helseregioner som skal ta imot pasienter med rusmiddelavhengighet. Likevel er det ikke alle pasienter som kvalifiserer til å bli tatt imot ved disse avdelingene, på grunn av symptombilde og/eller antall plasser. Det er viktig å sørge for at disse pasientene ikke faller mellom to stoler når de har behov for kontakt med helsevesenet. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) slår fast at alle har rett til lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet. Sykepleiers yrkesetiske retningslinjer underbygger også dette, og slår fast at sykepleiere har plikt til å holde seg faglig oppdatert, og sikre at egen praksis fremmer helse og

forebygger sykdom (NSF, u.å.). I tillegg skal sykepleier bidra aktivt til å ivareta særskilte behov for behandling av pasienter som tilhører sårbare samfunnsgrupper (NSF, u.å.). Sykepleier er i så måte etisk forpliktet til å heve stemmen og si ifra, dersom vedkommende mener at kompetansenivået på arbeidssstedet ikke tilfredsstillende kravet om faglig forsvarlighet i møte med pasienter med opioidavhengighet og smerter.

The Person-Centered Practice Framework peker på grad av, og gunstig sammensetning av, yrkeskompetanse på arbeidsplassen som en sentral faktor for å oppnå personsentrert sykepleie (McCance & McCormack, 2017, s. 47). Manglende retningslinjer og trygghet om hvordan smertebehandling til pasienter med opioidavhengighet skal foregå kan føre til frustrasjon og etiske dilemmaer for sykepleiere (Horner et al., 2019). Dersom det er store forskjeller i hvor restriktive sykepleiere ønsker å være med tanke på administrering av smertestillende medikamenter, kan dette oppleves belastende for dem som av ulike grunner er mer restriktive med administrering. Samstemthet mellom sykepleiere og at retningslinjer blir fulgt på en sykehusavdeling oppleves forutsigbart og trygt for pasienter med opioidavhengighet (Jaiteh et al., 2019).

5.1.3 Personsentrerte prosesser i pleien

Resultatene fra den nevnte forskningen tyder på at det forekommer en svikt i personsentrerte prosesser, ut fra The Person-Centred Practice Framework. Som nevnt tidligere har sykepleiere en tendens til å mistro pasienten under selvrapporing av smerte dersom vedkommende er opioidavhengig (Krokmyrdal & Andenæs, 2015; Li et al., 2012). Dette er i strid med The Person-Centred Practice Framework, hvor det fremheves at sykepleier skal tilby holistisk pleie og sikre at sin praksis er i tråd med pasientens verdier (McCance & McCormack, 2017, s. 53). Li og kollegaer (2012) trekker frem at klinisk erfaring viser at opioidavhengige pasienter samarbeider godt og viser ærlighet om sitt rusmiddelbruk dersom de blir møtt med respekt og tillit av helsepersonell. Da er det bekymringsverdig at forskning viser at kun 52 % av sykepleiere og leger anvender kartleggingsverktøy i møte med denne pasientgruppen (Li et al., 2012). Oslo Universitetssykehus (2021) sine retningslinjer for smertebehandling av pasienter med langvarig bruk av opioider trekker frem kartlegging av rusmiddelbruk som en elementær innledning til smertebehandling av pasienter med opioidavhengighet. Samhandlingen med pasienten kan i seg selv bli en påvirkningsfaktor på sykepleiers utøvelse av smertebehandling. Horner et al. (2019) viser at mange sykepleiere kjenner seg utrygge i kontakt med pasienter med opioidavhengighet på grunn av utagerende atferd. Dette kan igjen

skape en barriere for god smertebehandling. Opioidabstinens kan medføre uro, angst, irritabilitet og desperasjon (Mørland & Waal, 2016, s. 169-170). Dersom sykepleier ikke har kunnskap om at dette er normale reaksjoner hos en pasient med abstinens kan det føre til frykt og vansker med å håndtere situasjonen på en hensiktsmessig måte. Det kan være vanskelig å ikke ta eventuell negativ atferd personlig, selv om utagering kan være et symptom på opioidavhengigheten som sykdom (Mørland & Waal, 2016, s. 169). Det er forståelig at slike situasjoner kan oppleves skremmende, men det er ugunstig dersom frykten fører til at sykepleier ikke evner å roe ned pasienten og situasjonen.

Evnen til å være sympatisk til stede er sentral for å oppnå personsentrert sykepleie i møte med den opioidavhengige pasienten (McCance & McCormack, 2017, s. 53). Morgan (2014) fant at såkalt russøkende atferd hos pasienten medførte at sykepleier fikk en mer negativ holdning til pasienten, og pasientgruppen. Russøkende atferd ble her beskrevet som atferd med antatt feilaktig rapportering om symptomer, eller direkte forespørsel om spesifikke medikamenter, for å motta medikamenter og dermed oppnå rusfølelse (Morgan, 2014). Dette kan blant annet innebære at pasienten ofte ringer på assistanse, er fortvilet og utviser aggressiv atferd. Russøkende atferd er en av faktorene som bidrar til at arbeid med opioidavhengige pasienter kan oppleves svært belastende for sykepleier (Horner et al., 2019). Bruken av begrepet russøkende atferd kan i seg selv reflektere negative holdninger, hvor pasienter tillegges hensikter om rus og antas som manipulerende, samt manglende evne til å sette seg inn pasientens situasjon. Kanskje kan den såkalte russøkende atferden like ofte bunne i fortvilelse over begynnende opioidabstinens, som i et enkeltstående ønske om rusfølelse. Hvordan sykepleier oppfatter pasienten og tolker pasientens atferd er et uttrykk for sykepleiers holdninger og kunnskap om pasienter med opioidavhengighet. Hvorvidt såkalt russøkende atferd bunner i et ønske om rus eller i frykt for begynnende abstinens er for så vidt likegyldig. Sykepleiers oppgave i møte med opioidavhengige pasienter med smerter er ikke å initiere avrusning mot pasienters vilje, men å lindre lidelse og fremme helse (NSF, u.å.).

5.1.4 Personsentrerte utbytter – hvordan kan sykepleiere lykkes med smertebehandling til pasienter med opioidavhengighet?

McCance & McCormack (2017) etablerer forventede og ønskede utbytter av personsentrert sykepleie i rammeverket Person-Centred Practice Framework. Disse er at pasienten skal oppleve å få god pleie, kjenne seg involvert og ha en følelse av velvære. For sykepleier er

målet at vedkommende skal ha en opplevelse av en sunn arbeidskultur der vedkommende har sin praksis (McCance & McCormack, 2017, s. 60). Selv om problemstillingen primært handler om sykepleiers perspektiv, er forventede og ønskede utbytter av personsentrert sykepleie en viktig del av rammeverket. Derfor vil deler av dette delkapitlet ta for seg hvordan opioidavhengige pasienter selv opplever behandlingen på sykehus, og hvilke forbedringer de ønsker seg. Først vil pasienters ønsker og behov belyses, deretter vil sykepleieres perspektiv fremheves.

Som vi har sett tidligere i dette kapitlet er negative holdninger fremdeles en barriere for god behandling av denne pasientgruppen (Horner et al., 2019; Krokmyrdal & Andenæs, 2015; Li et al., 2012; Morgan, 2014; Morley et al., 2015). Pasienter opplever både direkte og indirekte uttrykkelse av stigmatisering på bakgrunn av deres avhengighet (Jaiteh et al., 2019). Opioidavhengige pasienter som har vært innlagt på sykehus opplever også at sykepleiere ikke har tilstrekkelig tid til dem på grunn av stor arbeidsmengde, og at det derfor oppleves vanskelig å oppnå en god relasjon (Jaiteh et al., 2019). Dette stemmer overens med funn fra de utvalgte artiklene i denne oppgaven (Morgan, 2014; Morley et al., 2015; Horner et al., 2019). Pasientene opplever at det er for lite kunnskap om deres sykdomsbilde, og at det er en direkte sammenheng mellom mangel på kunnskap og negative holdninger (Jaiteh et al., 2019). Klinisk erfaring viser at dersom den opioidavhengige pasienten blir møtt med respekt og tillit, vil vedkommende i større grad åpne seg, samarbeide godt og være ærlig om sin rusmiddelbruk (Li et al., 2012). De rapporterte at de ønsker å motta behandling på lik linje med alle andre, uansett bakgrunn og bagasje, grunnet i ærlighet og verdighet (Jaiteh et al., 2019). Det er viktig å bli tatt på alvor og oppleve å være involvert i egen behandling. Dette ga seg uttrykk i et ønske om mer informasjon om helsemessige momenter som angår dem. Et viktig punkt var også å motta substitusjonsbehandling, og å få denne til fastsatte tider (Jaiteh et al., 2019). Pasientenes ønsker stemmer godt overens med nøkkelfaktorene for personsentrert sykepleie ut fra The Person-Centered Nursing Framework; å føle seg vel, være involvert i egen behandling og oppleve å få god pleie (McCance & McCormack, 2017, s. 60).

Sykepleiere bør skjerme seg så godt de kan fra forutinntatthet, for å tilby helsehjelp av god kvalitet til alle pasienter, slik de er juridisk forpliktet til (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-1). De er også yrkesetisk forpliktet til å ivareta særskilte behov for helse- og omsorgstjenester blant pasienter som tilhører sårbare grupper (NSF, u.å.). Samtidig er det viktig å påpeke at systemene må legges til rette for at sykepleiere kan gjøre en god jobb, med

tanke på faktorer som bemanning, tid og støttende organisatoriske systemer. McCance og McCormack (2017) trekker frem det ovennevnte som sentrale faktorer for at sykepleiere skal oppleve en sunn arbeidskultur. Lied et al. (2021) viser at tidspress blant sykepleiere kan føre til nedsatt kvalitet og pasientsikkerhet i sykepleieutøvelsen. I studien gjorde dette seg gjeldende gjennom at enkelte sykepleieoppgaver ble utelatt, og at tid til sykepleier-pasient-interaksjon ble nedsatt. Sykepleiers oppfattelse av egen integritet og eget arbeid ble påvirket av at egen evne til utøvelse av god sykepleie ble påvirket av lavt bemanningsnivå og mange pasienter per sykepleier. Dette er eksempler på barrierer for en sunn arbeidskultur for sykepleiere, som igjen kan påvirke sykepleiers utøvelse av smertebehandling til pasienter med opioidavhengighet negativt. For eksempel vil nedsatt tid til interaksjon mellom sykepleier og pasient kunne føre til at sykepleier ikke får tilstrekkelig forståelse for pasientens situasjon, og på den måten mangler forutsetninger for å gi helhetlig og tilpasset sykepleie til vedkommende.

5.2 Metodediskusjon

I dette delkapitlet vil relevante metodologiske problemstillinger diskuteres. Innledningsvis vil sentrale metodologiske elementer ved litteraturstudie presenteres kort. Deretter vil styrker og svakheter ved denne oppgavens metode diskuteres. På grunn av rammene for oppgaven er det kun valgt ut enkelte diskusjonsmomenter, for å kunne gå dypere inn i disse. Avslutningsvis vil sentrale momenter ved enkeltstudienes metoder diskuteres.

5.2.1 Litteraturstudie som metode

En litteraturstudie gir forskeren mulighet til å trekke faglige konklusjoner om et utvalgt tema på et mer overordnet nivå enn ved en enkeltstudie (Popenoe et al., 2021). Kvaliteten på konklusjonene avhenger imidlertid av at kvaliteten på litteraturstudien er god. Det kreves gode ferdigheter for å syntetisere, analysere og presentere resultater fra flere enkeltstudier opp mot et utvalgt forskningsspørsmål. Det er blant annet fordi studiene kan ha mange ulike metoder og forskningsspørsmål, og fordi det krever en evne til å se på studiene med et så objektivt standpunkt som mulig (Popenoe et al., 2021). Videre kan en litteraturstudies metodologiske kvalitet nødvendigvis være bedre enn metoden til enkeltstudiene den tar for seg.

Denne oppgaven inneholder en litteraturstudie som har inkludert både kvalitative og kvantitative studier. Dette kan være en styrke, fordi det gjør det mulig å favne både bredde og

dybde i litteraturen om hva som påvirker sykepleiers utøvelse av smertebehandling av pasienter med opioidavhengighet. En potensiell utfordring ved denne oppgavens metode kunne vært det faktum at rammene i utgangspunktet er for små til å inkludere alle relevante studier på et utvalgt faglig område. Opplevelsen med å jobbe med dette feltet har imidlertid båret preg av at det finnes sparsomt med forskning. Derfor har det ikke oppstått problemer med å inkludere alle relevante studier med tanke på rammene for oppgaven. En styrke ved denne oppgaven er også at det har vært en opplevelse av metning i data underveis i gjennomgangen av litteraturen. Som vi har sett tidligere i oppgaven går lignende resultater igjen i flere av studiene, noe som styrker reliabiliteten til konklusjonene i oppgaven.

Denne oppgaven har benyttet seg av søkeordet «attitude of health personell» i søkeprosessen i CINAHL. En mulig svakhet ved dette er at søkeordet kan ha vært førende for hva slags funn søket ga, ved at det øker sjansen for å ende opp med studier som omhandler holdninger som en påvirkende faktor på sykepleiers utøvelse. Samtidig var det nødvendig å snevre inn søket til å gi funn som hadde et sykepleieperspektiv. Søkeprosessen har imidlertid også gitt andre funn som belyser andre påvirkningsfaktorer, noe som har bidratt til å utvide bildet av hva som påvirker sykepleiers utøvelse av smertebehandling til pasienter med opioidavhengighet.

5.2.2 Utvalgt litteratur

Denne oppgavens litteraturstudie har benyttet seg av to artikler som omhandler rusmiddelavhengige generelt (Morley et al., 2015; Morgan, 2014). Dette kan være problematisk, da rusmiddelavhengige er et større begrep som favner mer enn bare opioidavhengige, som har vært fokuset for denne oppgaven. Det kan derfor være problematisk for validiteten for konklusjonene. På den andre siden er mennesker med opioidavhengighet ingen homogen gruppe, og det er ikke uvanlig å kombinere bruk av flere rusmidler (Mørland & Waal, 2016, s. 263). Dette kan være et argument for å inkludere forskning som omhandler *mennesker med rusmiddelavhengighet* som populasjon, særlig når denne forskningen stemmer overens med funn fra forskning på populasjonen *mennesker med opioidavhengighet*.

En svakhet ved denne oppgaven er at den utvalgte litteraturen favner mange ulike artikler, som kan ha ulik forståelse og operasjonalisering av begreper. I studien til Li og kollegaer (2012) omhandlet forskningsspørsmålet opioidavhengige. Betegnelsen som ble brukt i

spørreskjemaene som ble forelagt deltakerne var imidlertid «rusmisbrukere». Validitet er et mål på hvor godt et måleverktøy måler det det faktisk er ment å måle (Store Norske Leksikon [SNL], 2021). Her ser vi at det er en diskrepans mellom måleverktøyet og forskningsspørsmålet, og det kan derfor argumenteres for at spørreskjemaet hadde en svekket validitet. Enkelte av artiklene inkludert i litteraturstudien er publisert for 8-10 år siden. Det at studiene er utført for såpass lenge siden kan gjøre resultatene mindre generaliserbare, da de ikke nødvendigvis lenger er gyldige i dagens samfunn. Jaiteh og kollegaer (2019) fant imidlertid at opioidavhengige pasienter på sykehus opplever at negative holdninger og mangel på kunnskap fremdeles gjør seg gjeldende blant sykepleiere.

Denne oppgaven har gjennomgått to prevalensstudier og tre kvalitative studier. Kvalitative studier er metoder som anvendes når det er ønskelig å gå i dybden på hvordan et fenomen erfares (SNL, 2020). På denne måten gir kvalitative studier dyp kunnskap om et fenomen, men funnene kan i liten grad generaliseres til en større populasjon. Resultatene fra denne litteraturstudien har dermed lav grad av generaliserbarhet, men kan si noe dypere om enkelte påvirkende faktorer på sykepleieutøvelse når det kommer til smertebehandling av pasienter med opioidavhengighet. Prevalensstudier er på den andre siden en kvantitativ metode som gir mulighet til å generalisere, men som sjeldent kan gå i dybden på et fenomen. En styrke ved denne oppgaven er at de kvalitative og kvantitative studiene ikke er motstridende. Altså kan det se ut til at vi både kan konkludere med generelle trender på en større skala, samtidig som vi kan gå dypt i problemstillingen og enkeltindividets opplevelse.

6 Konklusjon

Denne oppgaven har vist at negative holdninger og mangel på kunnskap påvirker sykepleiers utøvelse av smertebehandling til pasienter med opioidavhengighet på somatisk sykehus. Frykt i møte med utagerende atferd er også en faktor som kan påvirke sykepleier. Ytre faktorer som tidspress knyttet til lav bemanning, kommunikasjon mellom kollegaer og stor arbeidsmengde ser også ut til å ha en negativ innvirkning på sykepleiers utøvelse av smertebehandling til opioidavhengige pasienter. Manglende retningslinjer knyttet til smertebehandling av denne pasientgruppen virker også å være en påvirkningsfaktor. Tidligere arbeidserfaring med pasientgruppen virker å ha en positiv innvirkning på sykepleiers utøvelse. På samme måte ser

personlig erfaring med avhengighet eller smerte ut til å gi økt grad av medfølelse for denne pasientgruppen blant sykepleiere.

Funnene i denne oppgaven har dog begrenset generaliserbarhet. Dette er blant annet på grunn av at studien har basert seg på et flertall av kvalitative studier. Oppgaven bidrar likevel med innsikt i hva som påvirker sykepleiers utøvelse av smertebehandling til pasienter med opioidavhengighet. Det er behov for mer kunnskap og holdningsendrende arbeid blant sykepleiere som jobber med pasienter med opioidavhengighet og smerter på sykehus. Det trengs mer forskning for å både se hvorvidt resultatene stemmer med sykepleieres utøvelse i dagens samfunn, og for å undersøke hvorvidt holdninger og kunnskapsnivå har endret seg i løpet av tiden siden de eldste studiene først ble publisert.

7 Referanseliste

- Bearnot, B., Mitton, J. A., Hayden, M. & Park, E. R. (2019). Experiences of care among individuals with opioid use disorder-associated endocarditis and their healthcare providers: Results from a qualitative study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 102(2019), 16–22. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2019.04.008>
- Borglin, G. & Gjevjon, E. (2022). Sykepleie – profesjon og fag. I A. K. Bjørnnes, E. R. Gjevjon, E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Sykepleieboken 1: Sykepleiens fundament* (6.utg., s. 48-80). Cappelen Damm Akademisk.
- Fekjær, H. O. (2016). *Rus. Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging* (4. utg.). Gyldendal akademisk.
- Folkehelseinstituttet (FHI). (2022, 27. oktober). *Folkehelse rapporten: Rusmiddellidelser i Norge*. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/rusmiddellidelser/>
- Grønseth, R. & Nortvedt, P. (2022). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk Sykepleie 1*, (6.utg., s. 1-21). Gyldendal.
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus- og psykisk lidelse – ROP lidelser* (HDIR rapport IS-1948). Helsedirektoratet.
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Horner, G., Daddona, J., Burke, D. J., Cullinane, J., Skeer, M. & Wurcel, A. G. (2019). “You’re kind of at war with yourself as a nurse”: Perspectives of inpatient nurses on treating people who present with a comorbid opioid use disorder. *PLoS ONE*, 14(10), e0224335. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224335>
- International Association for the Study of Pain (IASP). (u.å.). *Terminology*. Hentet 10. november 2022 fra <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/#pain>
- Jaiteh, C., Steinauer, R. & Frei, I. A. (2019). Individuals With Opioid Dependence Using Polysubstances. *Journal of Addictions Nursing*, 30(3), 177-184. <https://doi.org/10.1097/JAN.0000000000000294>
- Kildekompasset. (u.å.). *Kildekritikk*. Hentet 12. desember 2022 fra <https://kildekompasset.no/kildekritikk/#faq-1>
- 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(2015), 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>
- Lied, I. B., Lindgren, M. L. & Helberget, L. K. (2021). Tidspress blant sykepleiere kan påvirke kvalitet og pasientsikkerhet: en systematisk review. *Klinisk Sygepleje*, 35(3), 242-254. <https://doi.org/10.18261/issn.1903-2285-2021-03-05>
- McCance, T. & McCormack, B. (2017). The Person-Centred Practice Framework. I B. McCormack & T. McCance (Red.), *Person-Centred Practice in Nursing and Health Care – Theory and Practice* (2.utg., s. 36-64). Wiley Blackwell.
- McCormack, B. & McCance, T. (2017). *Person-Centred Practice in Nursing and Health Care – Theory and Practice* (Red.). Wiley Blackwell.
- Meyers, D. G & Twenge, J. M. (2019). *Social Psychology*. (13.utg.). McGraw Hill Education.
- Morgan, B. (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>
- Morley, G., Briggs, E. & Chumbley, G. (2015). Nurses' Experiences of Patients with Substance-Use Disorder in Pain: A Phenomenological Study. *Pain Management Nursing*, 16(5), 701-711. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2015.03.005>
- Mørland, J. & Waal, H. (2016). *Rus og avhengighet*. Universitetsforlaget.
- Norsk Sykepleierforbund (NSF). (u.å.). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 15. november 2022 fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>.
- Oslo Universitetssykehus (OUS). (2021, 20. desember). *Akutt smertebehandling til pasienter med langvarig bruk av opioider*. <https://ehandboken.ous-hf.no/document/136464>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV- 2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Popenoe, R., Langius-Eklöf, A., Stenwall, E. & Jervaeus, A. (2021). A practical guide to data analysis in general literature reviews. *Nordic Journal of Nursing Research*, 41(4), 175-186. <https://doi.org/10.1177/2057158521991949>
- Skoglund, A. & Biong, S. (2018). Sykepleie til personer med rusavhengighet i somatisk sykehus. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2. utg., s. 178-194). Cappelen Damm Akademisk.

Statistisk Sentralbyrå (SSB). (2022, 21. juni). *Helseregnskap*.

<https://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/nasjonalregnskap/statistikk/helseregnskap>

Store Norske Leksikon (SNL). (2020, 3. november). *Kvalitativ metode*.

https://snl.no/kvalitativ_metode

Store Norske Leksikon (SNL). (2021, 9. mars). *Validitet*. <https://snl.no/validitet>

Winger, A. & Leegaard, M. (2016). Smerter. I A. K. T. Heggestad & U. Knutstad (Red.), *Sykepleieboken 2. Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (4. utg., s.172-197). Cappelen Damm Akademisk.

Vedlegg 1

SJEKKLISTE FOR VURDERING AV PREVALENSSTUDIE

(Tverrsnittstudie, spørreundersøkelse, survey)

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

Kan vi stole på resultatene?

Hva forteller resultatene?

Kan resultatene være til hjelp i praksis?

Valgt studie:

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(2015), 789-794. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.02.022>

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på spørsmålene.

Basert på EBMH Notebook. Guidelines for evaluating prevalence studies. May 1998, Vol 1, No 2 pp 37-9. URL:

[http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/journal/contents/1\(2\)/37-9.html](http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/journal/contents/1(2)/37-9.html)

Cathryn Thomas, Sheila Greenfield and Yvonne Carter. Questionnaire design. Chapter 6 in "Research Methods in Primary Care" (1997) Oxford: Radcliffe Medical Press.

INNLEDENDE SPØRSMÅL

1. Er problemstillingen i studien klart formulert?	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Uklart <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
2. Er en prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen / spørsmålet?	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Uklart <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

3. Er <u>befolkningen</u> (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert? TIPS: - Er det gitt opplysninger om befolkningsgruppen som alder, kjønn, språk, etnisk tilhørighet og sosioøkonomiske forhold? - Er det gjort rede for subgrupper i befolkningen som ikke dekkes av studien?	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Uklart <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
4. Ble <u>utvalget</u> inkludert i studien på en tilfredsstillende måte? TIPS: - En god studie inkluderer et utvalg som nøyaktig representerer en definert befolkningsgruppe. Dette sikres ved bruk av statistiske utvalgsmetoder og ved en vurdering av respondentenes karakteristika - Var utvalget representativt for en definert befolkningsgruppe?	Ja <input type="checkbox"/>	Uklart <input checked="" type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
5. Er det gjort rede for om <u>respondentene</u> skiller seg fra dem som ikke har respondert? TIPS: Ikke-respondenter er frafall i utvalget.	Ja <input type="checkbox"/>	Uklart <input checked="" type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>

<p>6. Er svarprosenten høy nok?</p> <p><i>TIPS: I spørreundersøkelser er det vanligvis OK med en svarprosent på >70, så lenge forfatterne viser at respondenter og ikke-respondenter har like karakteristika som befolkningen de er utvalgt fra.</i></p>	<p>Ja <input type="radio"/></p>	<p>Uklart <input type="radio"/></p>	<p>Nei <input checked="" type="radio"/></p>
<p>7. Bruker studien <u>målemetoder</u> som er pålitelige (valide) for det man ønsker å måle?</p> <p><i>TIPS: Er det brukt spørreskjemaer som er valide, testet og anvendt i tidligere studier? Ble spørreskjemaet pilottestet, evt. validert?</i></p>	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart <input type="radio"/></p>	<p>Nei <input type="radio"/></p>
<p>8. Er <u>datainnsamlingen</u> standardisert?</p> <p><i>TIPS: Er datainnsamlingen identisk for alle utvalgte individer? Alle avvik fra en standard kan gi skjevhet når dataene samles inn (f.eks. intervjumetoder og personer). Sikres ved opplæring av intervjuer, veiledning, metode for å sikre data fra respondenter, spørreundersøkelsens utforming (avkryssing, Liker- skala etc.). Standardiserte og valide målemetoder ved tester</i></p>	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart <input type="radio"/></p>	<p>Nei <input type="radio"/></p>
<p>9. Er <u>dataanalysen</u> standardisert?</p> <p><i>TIPS: Analysen skal kunne skille individuelle forskjeller som er reelle fra forskjeller som er tilfeldige. Se på hvordan «åpne spørsmål» er behandlet. Er analysering av data gjort av to uavhengige personer?</i></p>	<p>Ja <input type="radio"/></p>	<p>Uklart <input checked="" type="radio"/></p>	<p>Nei <input type="radio"/></p>

HVA FORTELLER RESULTATENE?

<p>10. Hva er resultatet i denne studien?</p> <p><i>TIPS:</i> Hva er hovedkonklusjonen? Kan du oppsummere resultatene i én setning?</p> <p>Kan resultatene skyldes tilfeldigheter? Presenterer studien resultatene med konfidensintervall for statistiske estimater? Er det oppgitt p-verdier?</p>	<p>Studiens resultat tyder på at sykepleiere har for lite kunnskap om kartlegging og behandling av smerte hos pasienter med opioidavhengighet, og at deres hovedkilde til kunnskap er andre kollegaer og arbeidserfaring generelt. Et flertall av sykepleierne mente at pasienter med opioidavhengighet overdriver, feilrapporterer og er uærlige når de forteller om effekten av smertestillende, og at sykepleiere generelt har mistillit og negative holdninger til denne pasientgruppen.</p> <p>Det er ikke oppgitt konfidensintervall eller p-verdier.</p>
--	---

KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS

<p>11. Kan resultatene overføres til praksis?</p>	<p>Ja X</p>	<p>Uklart O</p>	<p>Nei O</p>
<p>12. Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier?</p> <p><i>TIPS:</i> Prevalensstudier gjøres for å bekrefte en eksisterende teori eller kunnskap, ikke for å lage en ny teori! Eksisterende kunnskap kommer fra kliniske og epidemiologiske studier som fokuserer på etiologi, prognose og effekt av tiltak.</p>	<p>Ja X</p>	<p>Uklart O</p>	<p>Nei O</p>

Poengsum: 7/12

Vedlegg 2

SJEKKLISTE FOR VURDERING AV PREVALENSSTUDIE

(Tverrsnittstudie, spørreundersøkelse, survey)

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

Kan vi stole på resultatene?

Hva forteller resultatene?

Kan resultatene være til hjelp i praksis?

Valgt studie:

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>

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på spørsmålene.

Basert på EBMH Notebook. Guidelines for evaluating prevalence studies. May 1998, Vol 1, No 2 pp 37-9. URL:

[http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/journal/contents/1\(2\)/37-9.html](http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/journal/contents/1(2)/37-9.html)

Cathryn Thomas, Sheila Greenfield and Yvonne Carter. Questionnaire design. Chapter 6 in "Research Methods in Primary Care" (1997) Oxford: Radcliffe Medical Press.

INNLEDENDE SPØRSMÅL

1. Er problemstillingen i studien klart formulert?	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Uklart <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
2. Er en prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen / spørsmålet?	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Uklart <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE

3. Er <u>befolkningen</u> (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert? TIPS: - Er det gitt opplysninger om befolkningsgruppen som alder, kjønn, språk, etnisk tilhørighet og sosioøkonomiske forhold? - Er det gjort rede for subgrupper i befolkningen som ikke dekkes av studien?	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Uklart <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
4. Ble <u>utvalget</u> inkludert i studien på en tilfredsstillende måte? TIPS: - En god studie inkluderer et utvalg som nøyaktig representerer en definert befolkningsgruppe. Dette sikres ved bruk av statistiske utvalgsmetoder og ved en vurdering av respondentenes karakteristika - Var utvalget representativt for en definert befolkningsgruppe?	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Uklart <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
5. Er det gjort rede for om <u>respondentene</u> skiller seg fra dem som ikke har respondert? TIPS: Ikke-respondenter er frafall i utvalget.	Ja <input type="checkbox"/>	Uklart <input type="checkbox"/>	Nei <input checked="" type="checkbox"/>

<p>6. Er svarprosenten høy nok?</p> <p><i>TIPS:</i> I spørreundersøkelser er det vanligvis OK med en svarprosent på >70, så lenge forfatterne viser at respondenter og ikke-respondenter har like karakteristika som befolkningen de er utvalgt fra.</p>	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart <input type="radio"/></p>	<p>Nei <input type="radio"/></p>
<p>7. Bruker studien <u>målemetoder</u> som er pålitelige (valide) for det man ønsker å måle?</p> <p><i>TIPS:</i> Er det brukt spørreskjemaer som er valide, testet og anvendt i tidligere studier? Ble spørreskjemaet pilottestet, evt. validert?</p>	<p>Ja <input type="radio"/></p>	<p>Uklart <input checked="" type="radio"/></p> <p>Spørreskjemaet har ikke blitt anvendt i andre studier, men ble pilottestet i forkant av studien, med godt resultat.</p> <p>Spørreskjemaet bruker imidlertid ordet «rusavhengige» istedenfor f.eks. opioidavhengige, som er det som er brukt i forskningsspørsmålet til studien, noe som kan trekke ned validiteten.</p>	<p>Nei <input type="radio"/></p>
<p>8. Er <u>datainnsamlingen</u> standardisert?</p> <p><i>TIPS:</i> Er datainnsamlingen identisk for alle utvalgte individer? Alle avvik fra en standard kan gi skjevhet når dataene samles inn (f.eks. intervjumetoder og personer). Sikres ved opplæring av intervjuer, veiledning, metode for å sikre data fra respondenter, spørreundersøkelsens utforming (avkryssing, Liker- skala etc.) Standardiserte og valide målemetoder ved tester</p>	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart <input type="radio"/></p>	<p>Nei <input type="radio"/></p>
<p>9. Er <u>dataanalysen</u> standardisert?</p> <p><i>TIPS:</i> Analysen skal kunne skille individuelle forskjeller som er reelle fra tilfeldige.</p> <p>Se på hvordan «åpne spørsmål» er behandlet. Er analysering av data gjort av to uavhengige personer?</p>	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart <input type="radio"/></p>	<p>Nei <input type="radio"/></p>

HVA FORTELLER RESULTATENE?

<p>10. Hva er resultatet i denne studien?</p> <p><i>TIPS:</i> Hva er hovedkonklusjonen? Kan du oppsummere resultatene i én setning?</p> <p>Kan resultatene skyldes tilfeldigheter? Presenterer studien resultatene med konfidensintervall for statistiske estimater? Er det oppgitt p-verdier?</p>	<p>Resultatene fra denne studien viser at det er manglende kunnskap om smertebehandling til rusavhengige/opioidavhengige blant sykepleiere, samt at det er høy grad av mistillit og negative holdninger til rusavhengige/opioidavhengige blant sykepleiere.</p> <p>Det er oppgitt p-verdier.</p>
--	--

KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS

<p>11. Kan resultatene overføres til praksis?</p>	<p>Ja X</p>	<p>Uklart O</p>	<p>Nei O</p>
<p>12. Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier?</p> <p><i>TIPS:</i> Prevalensstudier gjøres for å bekrefte en eksisterende teori eller kunnskap, ikke for å lage en ny teori! Eksisterende kunnskap kommer fra kliniske og epidemiologiske studier som fokuserer på etiologi, prognose og effekt av tiltak.</p>	<p>Ja X</p>	<p>Uklart O</p>	<p>Nei O</p>

Poengsum: 9/12 poeng

Vedlegg 3

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?

Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

Morgan, B. (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>

Del A: Innledende vurdering

Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Kommentar:

Hensikten med studien var å identifisere og undersøke sykepleieres holdninger til innlagte pasienter med rusmiddelavhengighet og smerter, for å utvide kunnskap om dette temaet og generere teori som kan bidra til en bredere forståelse av temaet.

Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Kommentar:

Studien har som mål å belyse holdninger blant sykepleiere, og kvalitativ metode ansees derfor som hensiktsmessig for å besvare problemstillingen.

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar:

Forskerne har begrunnet valg av forskningsdesign, og har brukt grounded theory som tilnærming til analysegrunnlaget, som besto av intervjumateriale fra semistrukturerte intervjuer med 14 informanter.

Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kommentar:

Det er gjort rede for hvem som ble valgt ut, og hvordan. Demografiske karakteristika ved informantene er beskrevet.

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

Ja – Nei – Uklart

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar:

Det er gjort rede for hvor intervjuene ble gjennomført, og intervjuguiden er lagt ved i artikkelen. Intervjuene ble tatt opp og transkribert. Intervjuene fortsatte til metning av data var oppnådd, det vil si til ingen teoretiske variasjoner ble funnet.

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar:

Forskerne har diskutert egen troverdighet, som innebærer kredibilitet, overførbarhet, pålitelighet og bekreftelse.

Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?

- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Kommentar:

Det er beskrevet hvordan forskningen ble presentert til deltakerne, samt hvordan de kunne melde seg som informanter og gi informert samtykke. Studien ble forelagt og godkjent i etisk komité.

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

Ja – Nei – Uklart

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar:

Det er gjort rede for fremgangsmåte i analysen, begrunnet i relevant litteratur som omhandler den valgte metoden. Det er en klar sammenheng mellom innsamlede data og kategorier. Det er lagt frem tilstrekkelige data, også motstridende funn.

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?

Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Kommentar:

Det er trukket inn andre kilder for å vurdere og underbygge funnene. Funnene er diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Kommentar:

Studien har avdekket behov for ny forskning, og vurderes opp mot eksisterende kunnskap og forståelse.

Vedlegg 4

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se

www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?

Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

Morley, G., Briggs, E. & Chumbley, G. (2014). Nurses' Experiences of Patients with Substance-Use Disorder in Pain: A phenomenological Study. *Pain Management Nursing*, 16(5), 701-711. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2015.03.005>

Del A: Innledende vurdering

Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Kommentar:

Forskerne ville belyse sykepleieres erfaringer med å jobbe med pasienter med rusmiddelavhengighet og smerter.

Tidligere forskning har vist at negative holdninger mot pasienter med rusmiddelavhengighet blant sykepleiere kan påvirke smertebehandlingen av denne pasientgruppen, men man har ikke gått i dybden på konkret hvilke barrierer som finnes.

Problemstillingen er relevant fordi den belyser noe som ikke har blitt forsket på så mye tidligere, og fordi det er avgjørende for å sikre god helsehjelp til en sårbar pasientgruppe.

Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Kommentar:

Studien har som mål å belyse erfaringer blant sykepleiere som behandler en viss pasientgruppe, og da egner en kvalitativ tilnæringsmetode seg godt.

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar:

Forfatterne benytter seg av deskriptiv fenomenologisk metode, som har som formål å beskrive mest mulig objektivt hvordan en person/gruppe opplever et visst fenomen. Med denne metoden har man en holdning om at alle mennesker opplever et fenomen ulikt, basert på faktorer ved dem som mennesker, f.eks. bakgrunn og sosiokulturelle gruppetilhørigheter. I og med at forfatterne har som mål å undersøke hvilke erfaringer sykepleiere har med å arbeide med pasienter med rusmiddelavhengighet, mener jeg at denne tilnærmingen er hensiktsmessig.

Forfatterne har diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke.

Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene

kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kommentar:

Det er gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor, samt hvordan disse ble valgt ut. Under begrensninger-avsnittet reflekterer forfatterne over at det kun er fem informanter med, og at alle er kvinner og fra et spesifikt geografisk område i UK. De skriver da at videre forskning bør inkludere et større utvalg fra ulike profesjoner. I denne studien har imidlertid alle de fem informantene ulike kliniske bakgrunner, og de har et varierende antall år som sykepleier i bagasjen.

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

Ja – Nei – Uklart

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar:

Valg av setting ble ikke beskrevet, men varigheten på de semistrukturerte intervjuene ble beskrevet. Indirekte kommer det frem at intervjuene må ha blitt tatt opp, siden de har transkribert dem og refererer til sitater fra transkripsjonen. Intervjuguiden er vedlagt artikkelen. Metoden er ikke endret i løpet av studien. Forskerne har beskrevet at dataene er inngående og med god dybde.

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting

- c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar:

En refleksiv dagbok ble brukt gjennom hele datainnsamlingen og analysen, og «bracketing» ble brukt for å dokumentere forskerens forutinntakelser. Bracketing er navnet på en prosess i kvalitativ metode som handler om å prøve å holde seg mest mulig nøytral i møte med materialet som skal analyseres.

Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Kommentar:

Studien fikk godkjenning fra regional etisk komité i London. Informantene fikk invitasjon til å delta via email, sammen med et samtykkeskjema. Det er ikke beskrevet hvordan denne invitasjonen og informasjonen ble utformet. Det nevnes ikke noen etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien.

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

Ja – Nei – Uklart

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar:

Studien benytter seg av deskriptiv fenomenologisk metode for å analysere dataene. Det er gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført; det ble brukt Giorgi's Five-Stage Approach to Data Analysis (Giorgi & Giorgi, 2009). Det er en klar sammenheng mellom innsamlede data og kategorier/temaer som blir trukket ut. I diskusjonsdelen trekker de frem data som er motstridende hverandre og reflekterer over dette.

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

Ja – Nei – Uklart

Vedlegg 5

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se

www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?

Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

Horner, G., Daddona, J., Burke, D.J., Cullinane, J., Skeer, M. & Wurcel, A. G. (2019).

“You’re kind of at war with yourself as a nurse”: perspectives of inpatient nurses on treating people who present with a comorbid opioid use disorder. *Plos One*, 14(10), e0224335.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224335>

Del A: Innledende vurdering

Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Kommentar:

Forskerne ønsket å undersøke holdninger, oppfatninger og behov for praktisk trening blant sykepleiere på sykehus, som behandler pasienter med opioidavhengighet. Fordi sykepleiere bruker mest tid sammen med innlagte pasienter med opioidavhengighet, er det relevant å rette fokus på dette i forskning. Det finnes lite forskning fra tidligere på sykepleieres erfaringer med å arbeide med pasienter på sykehus, som har opioidavhengighet.

Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Kommentar:

Studien har som mål å belyse sykepleieres holdninger, oppfatninger og behov for praktisk trening, noe som gjør kvalitativ metode til en passende tilnærming.

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar:

Valg av forskningsdesign er gjort rede for.

Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kommentar:

Det er gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvordan. Demografisk data om informantene er lagt ved artikkelen.

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

Ja – Nei – Uklart

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar:

Valg av setting for de semistrukturerte intervjuene ble begrunnet. Link til nedlasting av intervjuguide er vedlagt artikkelen. Det er beskrevet at intervjuene ble tatt opp og transkribert, og at intervjuene fortsatte til metning var nådd.

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar:

Forskerne har vurdert sin egen rolle og mulig påvirkning på fortolkning av data. Forskerne har gjort rede for forskningsprosessen og eventuelle endringer de har gjort underveis.

Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?

- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Kommentar:

Det er beskrevet hvordan informantene ble rekruttert og at informert samtykke ble samlet inn. Studien ble godkjent av etisk komité.

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

Ja – Nei – Uklart

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar:

Det er gjort rede for hvilken analysetilnærming som er brukt, altså grounded theory, og hvordan analysen ble gjennomført. Det er en klar sammenheng mellom datamaterialet og kategoriene forskerne har kommet frem til.

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

Ja – Nei – Uklart

Poengsum: 8/8 poeng

Del B: Hva er resultatene?

Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Kommentar:

Det er trukket inn andre kilder i diskusjonen for å vurdere og underbygge funnene. Analysen er gjort av tre ulike personer.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Kommentar:

Studien har avdekket behov for ny forskning. Forskerne har diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse.

Del B: Hva er resultatene?

Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Kommentar:

Det er trukket inn andre kilder for å vurdere og underbygge funnene. Funnene diskuteres, og både for- og motargumenter for forskernes perspektiv presenteres. Forskerne diskuterer funnenes troverdighet i diskusjonen og under Study Limitations. Funnene diskuteres opp mot den opprinnelige problemstillingen.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Kommentar:

Forskerne har diskutert studiens bidrag til praksis og setter den opp mot eksisterende kunnskap. De skriver at de har avdekket mer om hva som kan ligge i disse barrierene som nevnes, mellom sykepleier og en pasient med rusmiddelavhengighet i smerter. De skriver at mer forskning trengs for å avdekke bredden i dette temaet, og se hvorvidt de samme barrierene gjelder for andre sykepleiere fra andre områder. De skriver også at studien er lett replikabel, slik at den er lett å gjennomføre andre steder.