

Smertelindring til opioidavhengige pasienter

Hvordan oppnå adekvat smertelindring til
opioidavhengige pasienter?

Kandidatnummer: 652 & 729
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 8840
Dato: 03.01.2023



Lovisenberg
diakonale høgskole

Sammendrag	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 03.01.2023
Tittel: Smertelindring til opioidavhengige pasienter	
<p><u>Innledning</u></p> <p>Opioidavhengighet er et aktuelt samfunns- og helseproblem, både i Norge og globalt. Samtidig er smertelindringen til pasientgruppen vist å være suboptimal eller ikke-eksisterende. Hensikten med oppgaven er å få dybdeforståelse for hvilke utfordringer sykepleiere møter i smertelindring av opioidavhengige pasienter. Dette for å kunne belyse sykepleiers rolle i å oppnå adekvat smertelindring til pasientgruppen. Samtidig ønskes det å se på pasientenes helhetlige opplevelse av smertelindring under innleggelse for å få dypere forståelse for deres erfaringer og hva de mener kan forbedres.</p> <p><u>Metode</u></p> <p>Metoden brukt for å besvare problemstillingen er generell litteraturstudie, der det benyttes fire forskningsartikler hentet fra strukturert søk i databasen CINAHL og én øvrig forskningsartikkel hentet fra Sykepleien.</p> <p><u>Resultat</u></p> <p>Hovedpunktene fra funnene i forskningsartiklene viser at sykepleierne ikke har tilstrekkelig kunnskap, og pasientene opplever negative holdninger fra dem. Sykepleierne trodde ikke på selvrapporingen av smerteopplevelse, og flere følte at de ble manipulert av pasientene. Smertekartlegging ble nedprioritert, og pasientenes individualitet ble vist å ikke være i fokus hos flertallet av sykepleierne.</p> <p><u>Diskusjon</u></p> <p>Ut fra teorien og kandidatenes fortolkninger er det viktig å jobbe personsentrert, med de forutsetningene det innebærer. Smerte er subjektivt og dette bør tas hensyn til, blant annet ved å smertekartlegge. Dette er nødvendig som en del av et omsorgsmiljø som legger til rette for personsentrert sykepleie. I tillegg kan smertekartlegging påvirke begge parter holdninger positivt ved at sykepleier ikke føler seg manipulert, og pasienten føler seg tatt på alvor. Det er avdekket behov for økt kunnskap om pasientgruppen slik at de faktorene som er individuelle legges til rette for i smertelindringen, og de etiske dilemmaene kan reduseres. Holdningsendring vil stå sentralt for å oppnå adekvat smertelindring og utøve personsentrert sykepleie. Hvilke holdninger sykepleierne møter pasientene med, påvirker i hvilken grad pasientene føler seg respektert og videre deres samarbeid og tillitsforhold. Kunnskap, holdninger og smertekartlegging, basert på personsentrert sykepleie, er derfor sentralt for å oppnå adekvat smertelindring til opioidavhengige pasienter.</p>	

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Sykepleiefaglig relevans	1
1.3	Hensikt og problemstilling.....	2
1.4	Avgrensning	2
1.4.1	Avgrensning og presisering av problemstillingen.....	2
1.4.2	Målgruppe	3
1.4.3	Kontekst	3
1.5	Begrepsavklaring.....	3
2	Teoretisk kunnskapsgrunnlag	4
2.1	Opioidavhengighet.....	4
2.2	Smerte og smertelindring.....	5
2.3	Sykepleierens rolle og funksjon ved smertelindring	6
2.4	Rammeverket for personsentrert sykepleie	7
2.5	Jus og etikk.....	9
3	Metode.....	11
3.1	Generell litteraturstudie.....	11
3.2	Søkeprosessen og utvelgelse av artiklene.....	11
3.2.1	Tabell for søket og utvelgelsesprosessen	14
3.3	Øvrig fag- og forskningslitteratur.....	15
4	Resultater.....	17
4.1	Presentasjon av artiklene i matrise.....	17
4.2	Syntese av resultatene	22
5	Diskusjon	23
5.1	Resultatdiskusjon.....	23
5.1.1	Kunnskap.....	23
5.1.2	Holdninger.....	25
5.1.3	Smertekartlegging	29
5.2	Metodediskusjon.....	31
5.2.1	Metode og litteratursøk	31
5.2.2	Artiklene.....	31
6	Konklusjon.....	35
	Referanseliste.....	36
	Vedlegg.....	41

1 Innledning

Denne oppgaven handler om smertelindring til opioidavhengige, med problemstillingen “Hvordan oppnå adekvat smertelindring til opioidavhengige pasienter?” I innledningen presenteres bakgrunnen for valgt tema, sykepleiefaglig relevans, hensikten og problemstillingen for oppgaven. Deretter følger en avgrensning og begrepsavklaring.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Opioidavhengighet er et aktuelt samfunns- og helseproblem, både i Norge og globalt (Li et al., 2012, s. 253). I 2017 estimerte The European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction at 1,3 millioner i EU og Norge hadde høy risiko for opioidavhengighet (Martinez, 2021, s. 55). Internasjonale studier viser at pasientgruppen har hyppige sykehusinnleggelser grunnet rusmiddelrelaterte sykdommer og skader, og utilfredsstillende smertelindring til pasienter innlagt i sykehus er godt dokumentert (Li et al., 2012, s. 253). Dette tilsier at sannsynligheten for å møte denne pasientgruppen er høy. Det finnes allerede omfattende forskning om smertelindring generelt, mens forskning om smertelindring til pasienter med opioidavhengighet er begrenset. Behandlingen er også vist å være suboptimal eller ikke-eksisterende (Li et al., 2012, s. 253). Begge kandidatene har utviklet et engasjement for både smertelindring og sårbare pasientgrupper i løpet av studiet. I tillegg har erfaringer og observasjoner fra praksis økt interessen for feltet.

1.2 Sykepleiefaglig relevans

Temaet “smertelindring til opioidavhengige” har både sykepleiefaglig relevans og relevans for personsentrert sykepleie. Smertelindring av pasienter er en funksjon og et ansvar hos sykepleiere, og en oppgave de fleste kommer til å utføre uavhengig av arbeidsplass (Danielsen et al., 2016, s. 382). Som sykepleier har man også et ansvar for å utøve personsentrert sykepleie, med fokus på pasienten som individ (Kim, 2015, s. 150). Pasienter som legges inn på sykehus, uavhengig av årsak, kan ha en opioidavhengighet. I tillegg er opioidavhengige en pasientgruppe med hyppige innleggelser, og sannsynligheten for å møte dem er dermed stor (Li et al., 2012, s. 253). Studier viser at smertelindring til pasientgruppen er komplisert, og at flere opioidavhengige pasienter ikke opplever adekvat smertelindring

(Martinez, 2021, s. 56-57). Sykepleiere bør derfor ha kunnskap om hva som er spesielt for denne pasientgruppen, og hvordan man kan gi dem adekvat smertelindring.

1.3 Hensikt og problemstilling

Hensikten med oppgaven er å få dybdeforståelse for hvilke utfordringer sykepleiere møter i smertelindring av opioidavhengige pasienter. Dette for å kunne belyse sykepleiers rolle i å gi adekvat smertelindring til pasientgruppen. Samtidig ønskes det å se på pasientenes helhetlige opplevelse av smertelindring under innleggelse, for å få dypere forståelse for deres erfaringer og hva de mener kan forbedres. Basert på bakgrunn og hensikt er følgende problemstilling formulert:

Hvordan oppnå adekvat smertelindring til opioidavhengige pasienter?

1.4 Avgrensning

1.4.1 Avgrensning og presisering av problemstillingen

Pasientgruppen er avgrenset til opioidavhengige pasienter. Da rusavhengighet er et generelt begrep som inneholder flere rusmiddelgrupper, som sentralstimulerende, dempende og hallusinogene midler, kan pasienter være avhengige av flere av disse gruppene samtidig (Folkehelseinstituttet, 2018; Bretteville-Jensen & Bachs, 2022). Det presiseres derfor at pasientene skal ha opioidavhengighet, men blandingsavhengighet utelukkes ikke.

Aldersgruppen er avgrenset til voksne mellom 18 til 65 år. Dette fordi den aktuelle forskningen inneholder dette aldersspennet. Barn, ungdom, eldre og palliative pasienter er utelukket. Selv om opioidavhengighet kan oppstå, vedvare og være utbredt i de andre aldersgruppene, ønsker man i denne oppgaven å fokusere på voksne pasienter med en allerede utbredt opioidavhengighet.

Smertelindring kan være både medikamentelle og ikke-medikamentelle, men i denne oppgaven er smertelindring begrenset til medikamentell smertelindring. Smerten hos pasientgruppen er presisert til akutt smerte som oppstår av ulike årsaker. Kronisk smerte er utelukket, da dette ofte blir behandlet på spesifikke avdelinger og smerteklinikker, eller ved lengre opphold, og dette er noe konteksten for oppgaven utelukker.

1.4.2 Målgruppe

Målgruppen for oppgaven er alle sykepleiere med pasientkontakt på somatisk sykehus, sykepleiere som deltar i smertelindring generelt, og i smertelindring til pasienter med opioidavhengighet.

1.4.3 Kontekst

Konteksten for oppgaven er innleggelser i somatisk sykehus i spesialisthelsetjenesten. Denne konteksten innebærer at sykepleieren ikke kjenner pasienten, rusavhengigheten og rusmiddelbruken, eller har opparbeidet seg en tillitsfull relasjon, på samme måte som ved langtidsinnleggelser eller faste opphold. Gjentatte innleggelser kan forekomme.

1.5 Begrepsavklaring

Adekvat: Ordet adekvat kommer fra det latinske ordet adaequatus, og betyr noe som er dekkende, fullgodt, passende eller riktig. I tilknytning til medisinsk behandling vil det si at behandlingen er passende for pasienten (Kjøll & Nordbø, 2021).

Smertelindring: Smertelindring forstås i denne oppgaven som smertestillende legemidler og andre tiltak som demper opplevelsen av smerte (Ræder, 2021).

2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

I teorikapittelet presenteres oppgavens kunnskapsgrunnlag, teoretiske rammer og perspektiver. Teorien er strukturert etter hovedpunktene opioidavhengighet, smerte og smertelindring, sykepleiers rolle og funksjon, rammeverket for personsentrert sykepleie, og jus og etikk. Det teoretiske kunnskapsgrunnlaget er rettet direkte mot problemstillingen.

2.1 Opioidavhengighet

Opioider er stoffer som binder seg til opioidreseptorer i hjernen (Mørland, 2021). Stoffene finnes både i varianter framstilt fra opiumsvalmuen og som syntetiske. De vanligste opioidene er heroin, morfin, kodein, metadon, fentanyl, tramadol, buprenorfin og oksykodon (Norsk Helseinformatikk, 2022). Som analgetika har opioider god effekt ved behandling og lindring av akutte smerter. Fordeler ved bruk av opioider i behandling av akutte smerter er at de kan doseres opp til ønsket effekt og kan administreres på ulike måter (Ræder, 2020).

Bruk av opioider er sterkt avhengighetsskapende og kan over tid føre til misbruk (Helsenorge, 2020). Ved langtidsbruk av opioider kan både fysiske og psykiske helseproblemer oppstå. Dette kan blant annet være underernæring, infeksjoner, blodpropp og abstinenssymptomer. I tillegg kan opioidavhengighet føre til sosiale utfordringer som arbeidsledighet, økonomiske og juridiske problemer, og konflikter med venner og familie (Helsenorge, 2020).

Rusmiddelavhengighet defineres som gjentagende rusmiddelbruk, til tross for negative erfaringer, skadelige konsekvenser, sanksjoner eller eget ønske om å slutte (Mørland, 2021). Den fysiske og psykiske rusmiddelavhengigheten skyldes flere endringer i nervesystemet. Mer spesifikt oppstår det langvarige nevrobiologiske endringer i hjernen, som kan føre til opprettholdt rusmiddelbruk (Mørland, 2021). Det kan være ulike risikofaktorer og hendelser som fører en person inn i avhengighet. Eksempler er psykiske helseproblemer, sosial påvirkning og genetisk disposisjon (Helsenorge, 2020). Personer med psykiske lidelser har større sannsynlighet for å misbruke alkohol og opioider. I sosiale settinger er det også flere som føler seg presset eller fristet av venner og andre til å bruke opioider. Noen kan også ha gener som gjør at man er mer disponert for rusmiddelavhengighet enn andre (Helsenorge, 2020).

Ved opioidavhengighet kan man utvikle toleranse for rusmiddelet. Dette innebærer at personen vil ha behov for større doser for å oppnå samme effekt som ved tidligere inntak (Skogen et al., 2019).

Dersom kroppen er blitt vant til at opioidreseptorene i hjernen er fylt, vil den reagere på manglende oppfylling. Symptomene på dette kalles abstinens (Norsk Helseinformatikk, 2022). Typiske abstinenssymptomer er uro, svetting, frysing, kvalme, hodepine, sanseforstyrrelser og puls- og blodtrykksforandringer (Mørland, 2020).

Ved inntak av opioider er det risiko for at dosen som inntas er for høy i forhold til hva kroppen tåler. Dette kalles en overdose og kan føre til alvorlig forgiftning og død (Mørland, 2021). En overdose fører til hemming av respirasjonssenteret. Symptomer er at personen er vanskelig å få kontakt med, huden er kald, blek og blåaktig, samt at personen lager snorkelyder som følge av redusert pustefunksjon (Norske Helseinformatikk, 2022).

2.2 Smerte og smertelindring

Smerte defineres av International Association for Study of Pain (IASP) som en “ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse”. Det vektlegges at smerte er subjektivt og ikke alltid kan måles, og samme stimuli kan derfor gi ulik smerteopplevelse fra person til person (Danielsen et al., 2016, s. 383). Det er derfor utfordrende for sykepleiere å vite hvor smertepåvirket pasienten er. Pasienten vil dermed ha autoriteten i smertelindringen, og sykepleieren har valget mellom å tro eller tvile på pasientens smerteopplevelse (Danielsen et al., 2016, s. 382). Smertelindring er både et selvstendig ansvar for sykepleiere og et tverrfaglig ansvar der pasienten er en viktig medaktør. Målet med smertelindringen er å hjelpe pasienten til å opprettholde eller bedre funksjonsnivå og livskvalitet (Winger og Leegaard, 2016, s. 186-187).

Smertefenomenet er svært sammensatt, og generelt utfordrende for sykepleiere. Den totale smerteopplevelsen kan påvirkes av faktorer som enten reduserer eller forverrer den (Danielsen et al., 2016, s. 383). Dette kan blant annet være pasientens erfaring med lindrende tiltak, situasjonen pasienten opplever smerten i, smertens årsak og varighet, sosiale faktorer og i hvilken grad smerteopplevelsen tas på alvor av helsepersonellet (Norsk Helseinformatikk, 2019). Smerteopplevelsen kan også påvirkes av graden velvære pasienten opplever. Dersom

pasienten er fysisk eller psykisk uvel kan smerteopplevelsen forverres. Det er vist at ved å redusere det fysiske eller psykiske ubehaget, vil også smerteopplevelsen bli mindre intens og virkningen av analgetika blir bedre (Danielsen et al., 2016, s. 384).

Adekvat smertelindring vil si at behandlingen er passende for pasienten (Kjøll & Nordbø, 2021). I følge Den norske legeforening er det to hovedforutsetninger for tilstrekkelig smertelindring. Den første er at det er enighet hos alle om hovedmålet med smertelindringen: “Pasienten skal ha det så godt det lar seg gjøre, uten unødige lidelser. I tillegg bør pasienten være i stand til å bevege seg, og til å puste godt, for å unngå komplikasjoner som ellers kan oppstå”. Den andre forutsetningen er at behandlerne har tilstrekkelig faktabasert kunnskap om bivirkninger av behandlingen og hvordan disse kan forebygges og behandles (Danielsen et al., 2016, s. 388). Resultatet av smertelindringen er ikke alltid smertefrihet, men kontroll over smertene, som bidrar til tilfredsstillende lindring (Norsk Helseinformatikk, 2019).

Smertelindring til opioidavhengige skiller seg fra annen smertelindring fordi opioidavhengigheten stimulerer nevropsykologiske, atferdsmessige og sosiale responser. Disse responsene forsterker smerteopplevelsen, og kompliserer dermed adekvat smertelindring hos denne pasientgruppen (Li et al., 2012, s. 253). Opioidbruk vil over tid, i tillegg til økt toleranse og dosebehov, kunne senke smerteterskelen hos brukeren. Dette kalles opioidindusert hyperalgesi (Ræder, 2020). Hyperalgesi kan forklares som økt og unormal smertefølelse, selv ved normale smertestimuli, og forekommer ved skader eller sykdommer i nervesystemet (Dietrichs, 2021). Å finne adekvat smertelindring for pasienter med sterke smerter er derfor utfordrende (Folkehelseinstituttet, 2020).

2.3 Sykepleierens rolle og funksjon ved smertelindring

Som sykepleier har man en viktig rolle, og en rekke ulike funksjon- og ansvarsområder. Disse kan inndeles i direkte og indirekte funksjonsområder, hvor de direkte omhandler forebygging, behandling, lindring, rehabilitering eller habilitering, og de indirekte omhandler undervisning, veiledning, forskning, kvalitetsarbeid, administrasjon og ledelse (Stubberud, 2020, s. 49). Blant disse funksjonene er lindring, behandling og kvalitetsarbeid relevant for besvarelsen av denne oppgaven.

Å utøve faglig forsvarlig helsehjelp er både et krav, og et juridisk og etisk ansvar hos sykepleiere (Stubberud, 2021, s. 15). Faglig forsvarlig helsehjelp omfatter blant annet kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet, og er en viktig faktor for pasientens behandlingsresultat (Stubberud, 2021, s. 14-16). Dette innebærer blant annet at helsehjelpen skal følge etiske prinsipper og være kunnskapsbasert (Stubberud, 2021, s. 15-17). Helsehjelpen og sykepleiekunnskapen skal være basert på relevant, pålitelig og oppdatert forskningskunnskap, erfaringskunnskap, pasienterfaring og pasientkunnskap (Stubberud, 2021, s. 17).

Virginia Henderson definerte sykepleierens funksjon som følgende: “Sykepleierens enestående funksjon er å hjelpe mennesket, enten det er sykt eller friskt, til å utføre de handlinger som bidrar til helse eller gjenvinning av helse (eller en fredfull død), som han ville ha utført uten hjelp hvis han hadde hatt den nødvendige styrke, vilje eller kunnskap til dette. Og det er å gjøre dette på en måte som hjelper ham å bli selvstendig så raskt som mulig” (Stubberud, 2020, s. 49). Hun beskrev deretter 14 grunnleggende behov sykepleieren har som funksjon å dekke. Alle disse kan påvirkes av hverandre eller hver for seg.

Sykepleiere har ansvar og funksjoner knyttet til behandling og lindring av smerte. Systematisk vurdering, smerteregistrering og administrering av smertestillende legemidler er eksempler på sentrale oppgaver (Danielsen et al., 2016, s. 397-399). Kunnskap om bivirkninger og forhåndsregler, rapportering og dokumentasjon, datasamling og kliniske vurderinger er også viktig (Danielsen et al., 2016, s. 402-411). Smerte, som følge av for eksempel sykdom eller skade, kan ha en negativ innvirkning på de grunnleggende behovene (Danielsen et al., 2016, s. 384). Som sykepleier har man dermed et ansvar for å smertelindre slik at pasienten får dekket sine behov (Mathisen, 2015, s. 128).

2.4 Rammeverket for personsentrert sykepleie

Personsentrert sykepleie er en sykepleierteori og et rammeverk utviklet av Brendan McCormack og Tanya V. McCance, beskrevet i forskningsartikkelen “Development of a framework for person-centred nursing” (McCormack & McCance, 2006, s. 472-479).

Sykepleiens filosofiske grunnlag legger vekt på holisme, helse, personsentrering og omsorg. Sykepleieren skal se helheten og hele mennesket, og samtidig opprettholde pasientens individualitet, integritet og selvbestemmelse (Kim, 2015, s. 150-151). Helhetlig, individuell

sykepleie går ut på at sykepleieren skal vektlegge enkeltmenneskets behov, og at pasientens individuelle forhold, som permanente forhold og patologiske tilstander, skal være i fokus, i tillegg til grunnleggende behov (Mathisen, 2015, s. 132). Forskning viser blant annet at personsentrering kan øke pasients tilfredshet, redusere angstnivået hos sykepleierne, og bidra til bedre samarbeid blant helsepersonell (McCormack & McCance, 2006, s. 473). I tillegg viser forskning at å være personsentrert krever et terapeutisk forhold mellom fagpersoner og pasienter, og at disse relasjonene er bygget på gjensidig tillit, forståelse og utveksling av kunnskap (McCormack & McCance, 2006, s. 473). Sykepleiere har et selvstendig ansvar for at det skapes en tillitsfull sykepleier-pasient-relasjon (Danielsen et al., 2016, s. 388).

Det personsentrerte rammeverket består av hovedpunktene forutsetninger, omsorgsmiljø, personsentrerte prosesser og forventede resultater. Det er samspillet mellom disse, å først ta i betraktning forutsetningene, deretter omsorgsmiljøet hvor den personsentrerte sykepleien skal utøves, som så kan bidra til effektiv sykepleie og forventede resultater (McCormack & McCance, 2006, s. 475).

Forutsetninger fokuserer på at sykepleieren skal være faglig kompetent og ha mellommenneskelige ferdigheter. Faglig kompetanse innebærer at sykepleieren har kunnskap og ferdigheter i både fysiske og tekniske aspekter ved omsorg, i tillegg til beslutnings- og prioriteringsevne. Mellommenneskelige ferdigheter gjenspeiler evnen til å kommunisere på en rekke ulike nivåer (McCormack & McCance, 2006, s. 475). At sykepleieren kjenner seg selv og er bevisst på tro og verdier, er også sentralt under forutsetningene. Dette handler om at sykepleieren er klar over egne synspunkter og holdninger, og forstår hvilken påvirkning disse kan ha på beslutninger (McCormack & McCance, 2006, s. 475).

Omsorgsmiljø fokuserer på konteksten helsehjelpen utføres i, og innebærer blant annet personalforhold og organisasjonssystemet. Kulturen på arbeidsplassen, kvaliteten på ledelsen og maktfordelingen er noen sentrale kjennetegn. Det er vist at omsorgsmiljøet har stor innvirkning på implementeringen av personsentrert sykepleie, og har stor påvirkning på tilretteleggingen av personsentrerte prosesser, og kan begrense eller styrke disse (McCormack & McCance, 2006, s. 475-476).

Personsentrerte prosesser er den delen av rammeverket som spesifikt fokuserer på pasienten og personsentrert sykepleie. Dette innebærer å utøve sykepleie og omsorg personsentrert,

gjennom å fokusere på den individuelle pasienten og deres behov, tro og verdier. Dette bidrar til bedre forståelse og samarbeid, som videre fører til felles beslutningstaking og brukermedvirkning (McCormack & McCance, 2006, s. 476).

Forventede resultater er resultatene som forventes etter personsentrert sykepleie. Disse innebærer blant annet pasienttilfredshet av pleien og en følelse av velvære, i tillegg til involvering i omsorgen (McCormack & McCance, 2006, s. 477). I denne oppgaven vil det forventede resultatet være å oppnå adekvat smertelindring til opioidavhengige.

2.5 Jus og etikk

Sykepleiere har et overordnet ansvar for å handle i tråd med lovverk og yrkesetiske retningslinjer. I Helsepersonelloven §4 står det at “Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjon for øvrig.” (Helsepersonelloven, 1999, §4).

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere inndeles i seks kapitler med formål om å angi retning ved vanskelige beslutninger. Sykepleiens grunnlag er beskrevet og lyder som følger “Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte mennesket liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene”. I henhold til problemstillingen er følgende punkter relevant (Norsk Sykepleieforbund, 2019):

- 1.1: Sykepleie skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap
- 2.4: Sykepleieren respekterer pasientens integritet og utnytter ikke pasientens sårbarhet
- 2.10: Sykepleieren har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse
- 5.2: Sykepleieren bidrar til utforming og gjennomføring av faglig forsvarlig, god og omsorgsfull praksis
- 6.2: Sykepleieren bidrar aktivt for å imøtekomme sårbare gruppers særskilte behov for helse- og omsorgstjenester

I tillegg til de yrkesetiske retningslinjene er de fire prinsippers etikk relevant i utøvelsen av sykepleie. Prinsippene består av velgjørenhet, ikke-skade, autonomi og rettferdighet (Lillemoen, 2015, s. 305). Disse er pliktene til å gjøre godt, ikke påføre unødig skade,

respektere selvbestemmelse og behandle de som søker helsehjelp likt. Prinsippene er handlingsledende, men kan også komme i konflikt med hverandre i utøvelsen av sykepleie (Ursin, 2021).

I 2004 ble rusreformen vedtatt i forbindelse med Stortingets vedtak om å overføre ansvaret for behandlingstiltak for rusmiddelavhengige fra fylkeskommunene til staten. Rusreformen førte til at rusmiddelavhengige fikk de samme rettighetene som andre pasienter i henhold til Pasient- og brukerrettighetsloven (Helsedepartementet, 2004, s. 1).

Pasient- og brukerrettighetsloven har som formål å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten, samt å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasientens liv, integritet og menneskeverd (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-1). For oppgaven er lovens formål, og §3-1 Rett til medvirkning sentralt.

3 Metode

I metodekapittelet presenteres generell litteraturstudie, søkeprosessen og utvelgelse av artiklene, og deretter en tabell for søket og utvelgelsesprosessen. Til slutt redegjøres det for øvrig fag- og forskningslitteratur.

3.1 Generell litteraturstudie

Generell litteraturstudie defineres som “en syntese og analyse av publisert forskning på relevant problemstilling” (Popenoe et al., 2021, s. 175). En generell litteraturstudie består av å formulere en problemstilling, definere kriterier og kontekst, og gjennomføre et strukturert søk i vitenskapelige databaser. Metoden for søket beskrives i detalj, og deretter lages en artikkelmatrise hvor dataene identifiseres, organiseres, presenteres og analyseres (Popenoe et al., 2021, s. 175-185).

3.2 Søkeprosessen og utvelgelse av artiklene

I den innledende fasen av søkeprosessen ble tidligere bacheloroppgaver gjennomgått for å få oversikt over forskning og søkeord som ble benyttet, og det ble så utført et preliminært søk. Deretter ble det utført et strukturert søk i den vitenskapelige databasen CINAHL. “MESH på norsk og engelsk” ble brukt for å finne emneord. Ut fra problemstillingen ble følgende søk gjort: “Pain” AND “Substance abusers” OR “Substance use disorders” OR “Substance dependence” AND “Nursing” OR “Nurse attitudes” OR “Patient centered care”.

Emneordet “pain” ble markert som “major concept” med underoverskriftene “drug therapy”, “nursing” og “etiology” for å inkludere smertelindringen i problemstillingen.

Underoverskriftene “drug therapy” og “nursing” ble brukt for å knytte smerte opp mot pasientgruppen og sykepleiere ettersom smerte omfatter mye. Underoverskriften “etiology” ble markert for å inkludere forskning som gir en dypere forståelse og forklaring på hvordan smerte opptrer.

Det ble forsøkt å finne emneord for opioidavhengige, men søk på dette ga ingen treff. Det ble derfor valgt å kombinere “substance abusers”, “substance use disorders” og “substance dependence” med OR. Alle søkeordene ble markert som “major concept”, og søkeordet “substance use disorders” ble kombinert med underoverskriftene “complications”, “drug

therapy” og “nursing” for å inkludere komplikasjoner opioidavhengighet kan medføre ved smertelindring, samt fokusere på sykepleie og smertelindring i henhold til problemstillingen og avgrensningene.

For å inkludere sykepleier i søket, i henhold til avgrensningene, ble det søkt etter emneord i “MESH” for sykepleie uten treff. Nøkkelordet “nursing” ble kombinert med søkeordene “nurse attitudes” og “patient centered care” for å få flere perspektiver på sykepleiers rolle knyttet til problemstillingen. De to siste ble markert som “major concept” og “nurse attitudes” ble spesifisert med underoverskriftene “drug effects” og “evaluation”. “Nurse attitudes” ble inkludert ettersom kandidatene ved gjennomgang av tidligere bacheloroppgaver og pensum ble oppmerksom på at sykepleiere kan ha negative holdninger til pasientgruppen, som videre kan påvirke smertelindringen. Underoverskriftene ble brukt for å finne forskning rettet mot sykepleiers holdninger til pasientgruppen, sammenhengen mellom opioidavhengighet og sykepleiers holdninger, samt eventuelle evalueringer av dette. Søkeordet “patient centered care” ble inkludert for å få med forskning som viser betydningen av personsentrert sykepleie i smertelindring av opioidavhengige.

Inklusjons- og eksklusjonskriterier:

På bakgrunn av problemstillingen og avgrensningene, er et av inklusjonskriteriene at pasientene er opioidavhengige eller har blandingsavhengighet, mens mildere avhengighet og kun alkoholavhengighet er ekskludert. Pasienter under legemiddelassistert rehabilitering (LAR) utelukkes ikke. Opioidavhengighet og blandingsavhengighet er presisert da opioider ofte blir brukt i medikamentell smertelindring (Ræder, 2020), og denne typen avhengighet forsterker smerteopplevelsen og kompliserer smertelindringen (Li et al., 2012, s. 253). Dette er også grunnen til at medikamentell smertelindring er inkludert, mens ikke-medikamentell smertelindring alene er ekskludert. Kvinner og menn, og pasient- og sykepleieperspektiv er inkludert for å få forståelse for hvilke utfordringer man møter, samt hva som kan bidra til å smertelindre pasientgruppen adekvat.

Aldersgruppen 18-65 år er inkludert fordi det her finnes mest forskning. Opioidavhengige har omtrent 15-20 år kortere levetid og får oftere somatiske og psykiske lidelser enn andre, noe som kan forklare mindre forskning på eldre opioidavhengige (Skarstein & Tanum, 2021). Mennesker med rusmiddelavhengighet har ofte en psykisk lidelse i tillegg. Dette kalles ROP-

lidelser (Norsk Helseinformatikk, 2021). Det er blitt bestemt at psykiske lidelser ikke skal utelukkes, men grunnet oppgavens omfang vil det ikke bli fokusert på.

Akutt smerte er et inklusjonskriterie da dette ofte behandles med opioider, og derfor kompliserer smertelindringen av pasientgruppen (Ræder, 2020). Forskning som omfatter grundig smertekartlegging og langvarig behandling av eksempelvis kronisk smerte, er ekskludert. Sykepleiere følger her pasienten over lengre tid, og kan bygge en relasjon, samt bruke mer tid på smertelindringen enn i en situasjon med akutt smerte (Danielsen et al., 2016, s. 414). Under presenteres en tabell over inklusjons- og eksklusjonskriteriene.

Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier:	Eksklusjonskriterier:
Opioid- og blandingsavhengige	Mildere avhengighet
Voksne mellom 18 og 65 år	Barn, ungdom, eldre og palliative
Akutt smerte	Forskning med fokus på kronisk smerte
Medikamentell smertelindring	Kun ikke-medikamentell smerte
Kvinner og menn	Langvarige innleggelser og smerteklinikker
Sykepleier- og pasientperspektiv	
Innleggelser i somatisk sykehus i spesialisthelsetjenesten eller gjentatte akutte innleggelser	

Søket ble avgrenset til artikler fra 2006 og nyere fordi det var begrenset med forskning som omfattet de valgte kriteriene. Man fikk da inkludert de siste 15 årene, samt publikasjoner hittil i år. Med hensyn til norsk forskning var det også ønskelig at forskningen skulle være nyere enn 2004 ettersom rusreformen ble vedtatt da og markerte en endring i opioidavhengiges rettigheter, noe som kunne endre forskningens svar på problemstillingen. Ingen artikler var norskspråklige, og søket ble derfor avgrenset til engelskspråklige artikler, som er de språkene kandidatene behersker.

Det strukturerte søket med inklusjon- og eksklusjonskriterier, samt avgrensninger, ga 32 treff. Utvelgelsesprosessen ble innledet med å lese gjennom titlene til alle artiklene, samt sammendragene til artiklene med relevante titler. På grunnlag av sammendragene ble 9 av 14

utelukket grunnet liten relevans for oppgaven. De resterende 5 artiklene ble lest gjennom for å undersøke strukturen og relevansen. En ble utelukket da den ikke var en forskningsartikkel. De fire valgte artiklene var nummer 10, 13, 21 og 24 i søket. For å undersøke artiklenes troverdighet ble kanalregisteret brukt for å kontrollere tidsskriftenes pålitelighet og at de var fagfellevurdert (Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse, u.å.). Videre ble artiklene vurdert ved bruk av Helsebibliotekets sjekklister for kritisk vurdering av forskningslitteratur (Helsebiblioteket, 2016).

Det ble også utført søk etter øvrig litteratur på Sykepleien.no med søkeordene “smertebehandling rus”. Av 11 treff var én av artiklene aktuell; “Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus” (Li et al., 2012).

3.2.1 Tabell for søket og utvelgelsesprosessen

Tabell 2: Søket og utvelgelsesprosessen

Database og dato for søk	CINAHL 02.11.2022
Søkeord og kombinasjoner	Pain AND substance abusers OR substance use disorders OR substance dependence AND nursing OR Nurse attitudes OR patient centered care
Avgrensninger i søket	Siste 16 år, engelsk
Antall treff totalt	32
Antall gjennomleste titler	32
Antall gjennomleste abstrakt	14
Antall gjennomleste fulltekstartikler	5
Antall artikler som kan inkluderes basert på inklusjons- og eksklusjonskriterier	4
Antall artikler inkludert i litteraturstudien	4
Inkludert artikkel nummer 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), 789-794. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.02.022

Inkludert artikkel nummer 2	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 nummer 3	McCreaddie, M., Lyons, I., Watt, D., Ewing, E., Croft, J., Smith, M., & Tocher, J. (2010). Routines and rituals: a grounded theory of the pain management of drug users in acute care settings. <i>Journal of Clinical Nursing</i> (19), 2730-2740. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03284.x
Inkludert artikkel nummer 4	Morgan, B. D. (2006). Knowing How to Play the Game: Hospitalized Substance Abusers' Strategies for Obtaining Pain Relief. <i>Pain Management Nursing</i> (7):1, 31-41. https://doi.org/10.1016/j.pmn.2005.12.003

3.3 Øvrig fag- og forskningslitteratur

For å svare på problemstillingen er det benyttet pensumbøker fra LDH, forsknings- og fagartikler og annen litteratur. Pensumbøkene inneholdt relevant stoff om sykepleie ved smerter, sykepleiers rolle og funksjon, helhetlig sykepleie, etikk og personsentrert sykepleie. For å få utdypende informasjon om opioider, opioidavhengighet, fenomenene rundt opioidavhengighet, samt smerter og smertelindring er kilder fra internett som Norsk Helseinformatikk benyttet. I tillegg er det brukt ulike fag- og forskningsartikler. Artikkelen «Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus» fra Sykepleien.no inneholdt interessante funn som bidro til å svare på problemstillingen, samt relevant informasjon brukt innledningsvis. Artikkelen fra Popenoe et al., er anvendt da den er relevant for å forstå hva en generell litteraturstudie er og hvordan den er bygget opp. McCormack & McCance's artikkel om rammeverket for personsentrert sykepleie er benyttet for å knytte teori til resultatene. I

tillegg er det anvendt ulike lover og retningslinjer for å beskrive sykepleieres lovpålagte ansvar og pasientgruppens rettigheter.

4 Resultater

I resultatkapittelet presenteres de fire forskningsartiklene i en artikkelmatrise, deretter en syntese av resultatene.

4.1 Presentasjon av artiklene i matrise

Tabell 3: Artikkelmatrise

Database	Forfatter, årstall, land	Tittel	Hensikt	Design/metode	Funn	Kvalitetsvurdering
CINAHL	Krokmyrdal, K. A., & Andenæs, R. (2015). Norge	Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study	Hensikten var å undersøke sykepleieres kunnskap om smerte og kompetanse på smertebehandling til opioidavhengige pasienter.	Tverrsnittundersøkelse. Det ble samlet data fra sykepleiere ved medisinske og ortopediske avdelinger ved to offentlige norske sykehus ved hjelp av et selvadministrert spørreskjema.	88% hadde ikke tilstrekkelig kunnskap om smertebehandling til opioidavhengige pasienter. Utdanning, litteratur og informasjonsteknologi spilte liten rolle i forhold til arbeidserfaring og kollegaers kunnskap når det kom til tilegning av kunnskap. 30% trodde bruk av opioider i smertebehandlingen ville forverre avhengigheten, men	Cross-sectional study sjekkliste. Poeng: 8/8.

					90% var enig i at opioidavhengige har behov for større doser for å oppnå samme effekt. Nesten 62% av sykepleierne trodde ikke på pasientenes selvrapporing av smerteopplevelsen.	
CINAHL	McCreaddie, M., Lyons, I., Watt, D., Ewing, E., Croft, J., Smith, M., & Tocher, J. (2010). UK	Routines and rituals: a grounded theory of the pain management of drug users in acute care settings	Hensikten var å undersøke oppfatninger og strategier til opioidavhengige pasienter og sykepleiere med hensyn til smertebehandling i akutte settinger.	Kvalitativ konstruktivistisk grounded theory. De intervjuet 11 opioidavhengige og fem fokusgrupper bestående av 22 sykepleiere og tidligere opioidavhengige.	Sykepleiere og rusavhengige pasienter sliter med moralsk relativisme når det kommer til smertebehandlingen. De rusavhengige pasientene forventer medfølelse og smertelindring, men sykepleierne rapporterer at omsorgsidealet og gjensidigheten i omsorgen reduseres. De rusavhengiges individuelle følsomhet, angst og følt stigma i forbindelse med belastningsindusert hyperalgesi	Kvalitativ sjekkliste. Poeng: 9/9.

					<p>kompliserer prosessene. Sykepleiernes og sykehusets organisatoriske rutiner utfordrer de rusavhengiges rutiner og omvendt. Som følge av dette blir kliniske problemer som å forhindre abstinens og smertebehandling, og terapeutisk effektivitet kompromittert, samt at begge parter blir misfornøyde.</p> <p>Å engasjere seg meningsfullt i pasientgruppen ble beskrevet som en viktig faktor for å oppnå adekvat smertelindring.</p>	
CINAHL	Morgan, B. D. (2006). USA	Knowing how to play the game: hospitalized substance abusers'	Hensikten var å danne en teori som skal bidra til økt forståelse av problemet med smertebehandling til pasientgruppen gjennom å utforske sykehusinnlagte	Kvalitativ grounded theory (databasert teoriutvikling). Det ble gjort intervjuer av opioidavhengige	Sykepleiernes holdninger påvirket i hvilken grad pasientene følte seg respektert og videre deres samarbeid.	Kvalitativ sjekklister. Poeng: 9/9

		strategies for obtaining pain relief	opioidavhengige pasienters perspektiver på å få smerten tilstrekkelig behandlet og deres interaksjoner med sykepleierne om smertebehandlingsproblemer.	ved bruk av intervjuguide. I tillegg møttes en fokusgruppe med sykepleiere to ganger. Det ble gjort totalt 20 intervjuer av 18 deltagere. To deltagere ble intervjuet to ganger.	Alle pasientene uttrykte minst én tidligere negativ erfaring med smertebehandling. Pasientene opplevde å ikke bli tatt på alvor i sin selvrappotering av smerteopplevelse. Flere uttrykte at det å bli trodd på ga en form for smertelindring i seg selv, og at ved å bli trodd på minket sannsynligheten for at opioider ble tatt i tillegg ved siden av smertelindring gitt på sykehuset. Flere sykepleiere følte seg utilstrekkelig kompetente og ønsket ikke å jobbe med denne pasientgruppen.	
CINAHL	Morgan, B. D. (2014). USA	Nursing attitudes toward patients with	Hensikten var å identifisere og utforske sykepleieres holdninger til smertepåvirkede opioidavhengige pasienter,	Kvalitativ grounded theory. Det ble intervjuet 14 sykepleiere som jobber	Sykepleierne forsto pasientenes smerteatferd basert på deres egne holdninger om denne	Kvalitativ sjekklister. Poeng: 9/9

		substance use disorders in pain	utvide kunnskapen om sykepleieres holdninger og interaksjoner med pasientgruppen, og danne en teori som kunne bidra til økt forståelse av problemet.	med smertepåvirkede opioidavhengige pasienter ved hjelp av semistrukturert intervjuguide. Til slutt ble en sykepleier som er ekspert på avhengighet intervjuet for å validere funnene.	pasientgruppen og smerte. Noen sykepleiere rapporterte en holdningsendring med økt erfaring med smertelindring og pasientgruppen. I kombinasjon med sykepleiernes holdninger påvirket reelle barrierer på sykehuset deres evne til å gi smertelindring til pasientene.	
--	--	---------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

4.2 Syntese av resultatene

Hovedfunnene viser at sykepleierne ikke hadde tilstrekkelig kunnskap, noe som førte til inadekvat smertelindring, frykt for å administrere høye doser analgetika og etiske dilemmaer. De tolket pasientenes smerteatferd basert på egne holdninger til smerte og opioidavhengige. Over halvparten stolte ikke på pasientenes rapportering av smerteopplevelse, og flere rapporterte at de følte seg manipulert. Imidlertid førte økt erfaring med smertelindring av denne pasientgruppen til økt kunnskap og selvsikkerhet, og sykepleierne utviklet en mer positiv holdning.

Det ble vist at relasjoner og samarbeid med sykepleierne ble påvirket av om pasientene følte seg respektert. Både sykepleierne og pasientene vurderte smertelindring ut fra moralsk relativisme. De opioidavhengiges individualitet kompliserer smertelindringen, og det er derfor nødvendig å utføre smertelindringen i samsvar med deres individuelle behov og jobbe personsentrert. Sykepleiernes og sykehusets organisatoriske rutiner utfordrer de opioidavhengiges rutiner og omvendt. Som følge av dette oppstår kliniske problemer med å forhindre abstinens og gi adekvat smertelindring, samt at begge parter blir misfornøyde.

5 Diskusjon

Diskusjonskapittelet er todelt. I 5.1 Resultatdiskusjon drøftes problemstillingen “Hvordan oppnå adekvat smertelindring til opioidavhengige pasienter?” I drøftingen anvendes funn fra forskningsartiklene som er presentert i resultatkapittelet, og relevant kunnskap fra teoridelen som er presentert i teorikapittelet, i tillegg til øvrig fag- og forskningslitteratur. Drøftingen er strukturert etter de tre hovedfunnene kunnskap, holdninger og smertekartlegging. I 5.2 Metodediskusjon diskuteres styrker og svakheter knyttet til egen metode, litteratursøk og utvalgte artikler.

5.1 Resultatdiskusjon

5.1.1 Kunnskap

Forskningsartiklene viser at det er behov for økt kunnskap blant sykepleiere for å oppnå adekvat smertelindring (Krokmyrdal & Andenæs, 2015; Morgan, 2006; Morgan, 2014). Sykepleiere er lovpålagt å utøve faglig forsvarlig helsehjelp. Dette innebærer blant annet at man skal jobbe kunnskapsbasert (Helsepersonelloven, 1999, §4). Likevel kommer det fram i artikkelen til Krokmyrdal & Andenæs (2015) at 88% av sykepleierne fra den medisinske avdelingen og 77% fra den ortopediske anså arbeidsplasserfaring som den primære bidragsyteren til deres kunnskap om smertelindring til pasientgruppen. I tillegg kom det frem at 88% ikke hadde tilstrekkelig kunnskap (Krokmyrdal & Andenæs, 2015, s. 791), som kan forklare behovet for økt kunnskap som kommer fram i artiklene. Sykepleiere skal ifølge de yrkesetiske retningslinjene punkt 1.1 bygge kompetansen på blant annet erfaring, men det er også nødvendig å følge med på forskning og annen litteratur for å være faglig oppdatert (Norsk Sykepleieforbund, 2019).

I forskningsartiklene blir det også belyst at sykepleiere kan ha en frykt for å administrere høye doser av opioider fordi de tror dette forverrer avhengigheten eller eventuelt skaper avhengighet (Morgan, 2006, s. 32; Morgan, 2014, s. 170; Krokmyrdal & Andenæs, 2015, s. 791). Selv om dette er en fornuftig frykt i forhold til velgjøringsprinsippet og ikke-skade prinsippet, viser ikke forskningen noen årsakssammenheng mellom dette. Det vises derimot i artikkelen til Li et al., (2012) at tilbakeholdenhet av opioider bidrar til abstinens som videre kan forsterke hyperalgesi. 90% av sykepleierne var enig i utsagnet om at opioidavhengige har behov for mer smertestillende sammenlignet med ikke-avhengige for å oppnå samme

smertelindring (Krokmyrdal & Andenæs, 2015, s. 792). Samtidig vises det at pasientgruppen generelt får for lite smertelindrende (Li et al., 2012, s. 253). Dette kan tenkes å ha en sammenheng med frykten for å gi høye doser opioider, samt mangelen på kunnskap om hyperalgesi, toleranse og avhengighet.

Smertelindringen til denne pasientgruppen skiller seg fra smertelindring til andre pasientgrupper fordi avhengighet stimulerer responser som videre forsterker smerteopplevelsen (Li et al., 2012, s. 253). Sykepleierne i artikkelen til Li et al. (2012) oppga at de hadde gode kunnskaper om opioidavhengighet, toleranse og hyperalgesi. På tross av dette oppga under halvparten at de erstattet pasientens daglige bruk av opioider med opioidsubstitusjon for å unngå abstinens, noe som er sentralt i smertelindringen (Li et al., 2012, s. 257-258). I tillegg kommer det frem at pasientgruppen ikke får større doser analgetika til tross for høyere toleranse (Li et al., 2012, s. 257). Dette kan tyde på at det er manglende samsvar mellom hva sykepleierne i denne studien oppgir at de har av kunnskap, i forhold til hva de gjør i praksis. Ser man derimot på studien til Krokmyrdal & Andenæs (2015), vises det samsvar mellom kunnskapen sykepleierne oppgir å ha, der 88% oppga at de ikke hadde tilstrekkelig kunnskap, og praksisen som utøves.

Inadekvat smertelindring står i motsetning til rusreformens og pasient- og brukerrettighetslovens formål om å sikre pasientgruppen lik tilgang på tjenester av god kvalitet (Helsedepartementet, 2004, s. 1; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-1.). En forutsetning for å oppnå dette kan være å aktivt jobbe med rettferdighetsprinsippet og velgjørhetsprinsippet i utøvelse av sykepleie til denne pasientgruppen, og samtidig øke kunnskapen slik at sykepleiernes praksis forbedres. Det kan også tenkes at økt kunnskap kan redusere de etiske dilemmaene sykepleierne rapporterer, som å ikke påføre unødig skade ved å gi for lite eller for mye smertelindrende. Ved økt forståelse om eksempelvis toleranse, kan dermed frykten for å administrere høye doser opioider reduseres.

Å oppnå adekvat smertelindring løses ikke ved økt kunnskap alene. Andre aspekter er også nødvendige. I tilknytning til rammeverket for personsentrert sykepleie, er kunnskap en del av forutsetningene for å kunne utøve personsentrert sykepleie med mål om at pasienten skal være tilfreds med den pleien, og i dette tilfellet smertelindringen som gis. Smerte er subjektivt og kan også påvirke grunnleggende behov (Danielsen et al., 2016, s. 383). I tillegg kan opioidavhengige pasienter ha individuelle toleranser, grunnleggende behov og ulik

smerteopplevelse som hyperalgesi. Disse kan være påvirket av ulike faktorer (Norsk helseinformatikk, 2019). Det er derfor nødvendig å være klar over dette for å kunne smertelindre hver enkelt pasient individuelt slik at de opplever adekvat smertelindring. En annen forutsetning for personsentrert sykepleie er å være klar over egne synspunkter og holdninger, og hvordan dette påvirker sykepleieutøvelsen (McCormack & McCance, 2006, s. 475-477).

5.1.2 Holdninger

I 2004 kom rusreformen som skulle sikre rusavhengige pasienter de samme rettighetene som andre pasienter har i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven. Ansvar ble da flyttet fra fylkeskommunene til de statlige regionale helseforetakene (Helsedepartementet, 2004, s. 1). Rusreformen og pasient- og brukerrettighetsloven har som formål å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsetjenesten, fremme sosial trygghet og ivaretagelse av respekten for pasientenes liv (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-1). Sykepleiers ansvar for dette kommer også fram i de yrkesetiske retningslinjene punkt 2.4 og 6.2 som omhandler å respektere integritet og ikke utnytte sårbarhet, samt imøtekomme sårbare gruppers behov (Norsk sykepleieforbund, 2019). For å følge lovpålagt ansvar er det dermed sentralt å ta stilling til egne holdninger for å kunne utøve den omsorgen som kreves.

Rammeverket for personsentrert sykepleie nevner holdninger som en forutsetning. I tillegg vil kulturen på arbeidsplassen, en faktor innen “omsorgsmiljø” påvirke i hvilken grad personsentrert sykepleie blir implementert (McCormack & McCance, 2006, s. 475-476). I artikkelen til Morgan (2014) kom det frem at sykepleiere forstår pasientenes smerteatferd basert på egne holdninger om denne pasientgruppen og smerte. I samme artikkel ble sykepleierne bedt om å redegjøre for bakgrunnsforhold som kunne påvirke deres holdninger, slik som kulturell bakgrunn, antall års erfaring og familiens holdninger (Morgan, 2014, s. 170). Det kan tenkes at en avdeling med sykepleiere som har negative holdninger vil kunne bidra til et omsorgsmiljø der pasientgruppen blir generalisert, og dermed at personsentrerte prosesser nedprioriteres.

Noen erfarne sykepleiere uttrykte en positiv holdningsendring ved økende erfaring. De rapporterte økt tålmodighet og selvtillit i egen rolle, samt et syn på pasientene som mer enn bare en rusbruker (Morgan, 2014, s. 170). Muligens bidrar økt erfaring med pasientgruppen til

et mer positivt syn på opioidavhengige som mennesker, slik at det blir lettere å vise tålmodighet og medfølelse. Samtidig hadde det vært interessant å undersøke om eldre sykepleiere som har dannet sine holdninger før blant annet rusreformen ble vedtatt, og både samfunnet og helsevesenet hadde et annet syn på rusbrukere, har mer negative grunnholdninger enn nyutdannede. I forskningen fremkommer ikke sammenhengen mellom flere års erfaring og alder, bare at de med flere års erfaring merket en positiv holdningsendring. Det kunne være interessant å undersøke endring i holdning versus alder for å se om noen aldersgrupper i utgangspunktet hadde en mer negativ holdning enn andre.

Ettersom smerte og smerteopplevelse er subjektivt, burde pasienten ha autoritet i det tverrfaglige samarbeidet om smertelindringen, samtidig som sykepleier har en etisk plikt til å fremme autonomien til pasienten (Danielsen et al., 2016, s. 382; Lillemoen, 2015, s. 305). Likevel fremgår det at pasientgruppen verken opplever å bli tatt på alvor i selvrapporing av smerte eller har medvirkning, selv om de etter pasient- og brukerrettighetsloven §3-1 (1999) har rett til det (Morgan, 2006, s. 36-37). Selv om det er lege som forordner analgetika, har sykepleier en sentral rolle som pasientens advokat slik at pasienten får tilfredsstillende smertelindring. Her må sykepleier velge mellom å ha tillit eller ikke til pasientene (Danielsen et al., 2016, s. 382), noe som vil være sentralt i forhold til hvilken grad de fremmer autonomien. Det er sentralt å se enkeltmennesket og dets behov for å kunne videreformidle og overbevise legen om at pasienten for eksempel trenger mer analgetika. Samtidig uttrykker noen av sykepleierne i den ene studien at det kan være vanskelig å være pasientens advokat i denne sammenhengen (Morgan, 2014, s. 172). Det kan tenkes at dette kan komme av mistillit til pasientenes selvrapporing, men også reelle barrierer på sykehuset og en eventuell mistillit fra legen.

En profesjonell tilnærming til selvrapporing av smerte, er å tro på pasienten (Li et al., 2012, s. 254). Likevel tvilte 62% av sykepleierne i den ene studien på at pasientenes selvrapporing var pålitelig (Krokmyrdal & Andenæs, 2015, s. 791). I artikkelen til Li et al. (2012) var bare 20,8% enige i påstanden om at opioidavhengige forteller sannheten i formidling av smerte, og over halvparten mente at pasientgruppen manipulerer for å få mer smertestillende (Li et al., 2012, s. 257-258). Følelsen av å bli manipulert kan påvirke sykepleiernes beslutningsprosesser negativt, og medføre at pasientene ikke får nødvendig smertelindring fordi sykepleierne tviler på rapporteringen av smerte. At sykepleierne føler seg manipulert og dermed ikke administrerer mer smertelindrende, kan føre til at pasientene ikke

samarbeider fordi de ikke føler seg respektert (Morgan, 2006, s. 37-38). Videre kan tilbakeholdenhet av opioider føre til at pasienten blir abstinent, aggressiv og oppleves som vanskelig. Dette kan igjen påvirke smertelindringen ved at sykepleier opprettholder negative holdninger og det dannes et gjensidig mistillitsforhold (Li et al., 2012, s. 258).

Artikkelen til McCreddie et al. (2010) vektlegger at det er nødvendig å engasjere seg meningsfullt i pasienten (McCreddie et al., 2010, s. 2738). Sykepleiere har et ansvar for å bygge en tillitsfull relasjon (Danielsen et al., 2016, s. 388), som vises i Morgan (2006) å ha betydning for samarbeidet i sammenheng med hvor ærlig pasientene er om opioidbruken og i hvilken grad de selvmediserer seg i tillegg. Likevel viser flere av studiene manglende tillit mellom pasienter og sykepleiere (Li et al., 2012, s. 258-259; Morgan, 2006, s. 37; Krokmyrdal & Andenæs, 2015, s. 792). Dette kan være forårsaket av følelsen sykepleierne har av å bli manipulert og de negative holdningene og mangel på respekt pasientene opplever å bli møtt med. Det kan tenkes at en tillitsfull relasjon både gjør selve smertelindringen mindre komplisert, men også at pasienten blir mer åpen for dialog med sykepleieren om nødvendig og relevant informasjon.

Smerteopplevelse kan forverres eller reduseres av flere faktorer, blant annet graden velvære pasienten opplever (Danielsen et al., 2016, s. 384). De opioidavhengige pasientene uttrykte at selv det å bli trodd på når de rapporterer smerte virker smertereduserende (Morgan, 2006, s. 38). I tillegg til å påvirke smerteopplevelsen viser artikkelen til Morgan (2006) at holdningene sykepleierne møter pasientene med, og i hvilken grad pasientene føler seg respektert, påvirker deres vilje til samarbeid. På den ene siden vil negative holdninger kunne føre til at pasienten opplever mindre grad av velvære, som videre kan gi økt smertefølelse og behov for ytterligere smertestillende. Sykepleierne kan imidlertid oppleve dette som om pasienten manipulerer for å få mer smertestillende og ikke rapporterer ekte smerteopplevelse. Konsekvensen kan bli at pasienten får inadekvat smertelindring, og smerten kan videre påvirke de grunnleggende behovene (Danielsen et al., 2016, s. 384). Dette medfører både at pasienten blir inadekvat smertelindret og at sykepleieren ikke utøver ansvaret for å smertelindre og dekke grunnleggende behov. På den andre siden kan positive holdninger føre til at pasienten samarbeider bedre, lar være å ta opioider i tillegg fordi selvrappotereringen av smerte blir tatt på alvor, og det blir lagt et grunnlag for å bygge en tillitsfull relasjon (Danielsen et al., 2016, s. 384; Morgan, 2006). Ved følelse av velvære er det dessuten vist at pasienten opplever en form for smertelindring og virkningen av analgetika blir bedre (Danielsen et al., 2016, s. 384).

Dermed kan sykepleieren utøve sitt ansvar samtidig som pasienten opplever å ha autoritet i smertelindringen og opplever denne som adekvat.

Hvordan sykepleiers holdninger påvirker smertelindringen, kan også sees i sammenheng med de usuksessfulle terapeutiske møtene med pasientgruppen og hvordan disse påvirker sykepleiers selvfølelse. Dette kommer frem i studien til McCreddie et al. (2010).

Smertelindringen og pasientgruppen skiller seg fra andre terapeutiske møter sykepleieren har. Eksempelvis kan sykepleiere på ortopedisk avdeling være vant til at pasientene legges inn og opereres for brudd. Postoperativt blir de vanligvis smertelindret etter en standard prosedyre før de skrives ut. Slike suksessfulle terapeutiske møter kan gi sykepleieren økt selvtillit. Det er vanskeligere å få suksessfulle terapeutiske møter med den opioidavhengige pasientgruppen fordi flere faktorer påvirker smertelindringen, og pasientene ikke nødvendigvis er samarbeidsvillige og takknemlige. Dette kan virke negativt på sykepleiers selvfølelse, og bidra til at de ikke ønsker å jobbe med pasientgruppen (Morgan, 2006, s. 38). Samtidig som tidligere negative erfaringer hos sykepleier kan forverre stigma og sensitiv selvfølelse, noe pasientene anerkjente at de hadde forståelse for, påvirkes pasientenes tidligere negative erfaringer deres holdninger mot sykepleiere og kan forsterke følelsen av å bli stigmatisert.

Det faktum at sykepleiere og opioidavhengige pasienter sliter med moralsk relativisme, som kommer frem i forskningen, kan også påvirke holdningene, og videre i hvilken grad de opplever adekvat smertelindring (McCreddie et al., 2010, s. 2730). Sykepleiernes vurdering av rett og galt i smertelindringen kan være motsatt av pasientgruppens mening (Sagdahl, 2022). Dette kommer frem i artikkelen til McCreddie et al. (2010), der pasientene forventet medfølelse og smertelindring, mens sykepleierne nevnte flere perspektiver, blant annet etiske dilemmaer mellom å lindre smerte og ikke påføre unødig skade i form av avhengighet eller overdose, og reelle barrierer som eksempelvis at sykepleiere ikke kan forordne smertelindrende. Motstridende forventninger kan også føre til at pasientene mener at sykepleieren tar feil valg ved å tilbakeholde opioider, grunnet frykt for å gi for mye, mens sykepleieren mener at beslutningen er riktig. Dette kan videre tenkes å påvirke deres relasjon og forsterke eventuelle negative holdninger. For å oppnå adekvat smertelindring fremstår det dermed som nødvendig å jobbe personsentrert og bygge en tillitsfull relasjon der forventninger og tanker om hva som er rett og galt kan diskuteres slik at man sammen kan komme fram til adekvat smertelindring til den enkelte.

I Morgan (2006) kom det frem at sykepleierne ikke ønsket å jobbe med opioidavhengige pasienter. Dette kan sees i sammenheng med at holdninger kan være vanskelige å endre, samtidig som holdningene kan være bygget på utdatert kunnskap (Li et al., 2012, s. 258). Likevel viser forskning at dersom sykepleierne møter denne pasientgruppen med respekt og positive holdninger, samarbeider pasientgruppen bedre og smertelindringen kan bli mindre komplisert. Dette kan videre føre til at pasientene opplever å bli adekvat smertelindret (Morgan, 2006, s. 37).

5.1.3 Smertekartlegging

Sammen med sykepleierens kunnskaper og holdninger, er smertekartlegging viktig for å oppnå adekvat smertelindring hos opioidavhengige pasienter (Li et al., 2012, s. 257-258).

Sykepleiere har et ansvar og en funksjon ved lindring av akutte smerter. Dette inkluderer systematisk vurdering og registrering av smerte (Danielsen et al., 2016, s. 397). Da smerte er en subjektiv opplevelse, er det viktig å kartlegge smerten og bruke smertekartleggingsverktøy for å sikre adekvat smertelindring til den enkelte pasienten (Li et al., 2012, s. 258). Likevel var det bare en fjerdedel av respondentene i artikkelen til Li et al. (2012) som svarte at de brukte smertekartleggingsverktøy svært ofte eller ganske ofte (Li et al., 2012, s. 257). Det var flere (38%) som kartla pasientens rusmisbruk, men leger gjorde dette oftere enn sykepleiere (Li et al., 2012, s. 256). Siden både leger og sykepleiere kartlegger, er det mulig at sykepleierne ikke anser dette som et sykepleieransvar (Li et al., 2012, s. 257). Hvis man også mangler rutiner for bruk av kartleggingsverktøy, kan dette medvirke til at oppgaven ikke utføres (Li et al., 2012, s. 258).

I tillegg kan mangelfull kunnskap om hvordan opioidavhengighet påvirker smerteopplevelsen og smertelindringen, føre til at sykepleierne tviler på om kartleggingen gir et riktig bilde (Li et al., 2012, s. 257). Hvis man er usikker på om kartleggingen gir pålitelige svar, kan dette være en oppgave det er lett å utelate hvis man ikke har klare rutiner for dette. Det kommer også fram at sykepleierne og sykehusets organisatoriske rutiner kan være motsatt av de rusavhengiges rutiner (McCreddie et al., 2010, s. 2737). I rammeverket for personsentrert sykepleie, plasseres rutiner og barrierer på arbeidsplassen under hovedpunktet “omsorgsmiljø”, og det presiseres hvordan disse faktorene kan påvirke personsentrert sykepleie og dermed resultatet (McCormack & McCance, 2006, s. 472). En av respondentene

i studien til McCreaddie et al. (2010) oppga at hun rutinemessig tok legemidlet metadon på ettermiddagen, men at hun under innleggelsen fikk metadon på morgenen (McCreaddie et al., 2010, s. 2737). Slike motstridende rutiner kan forsterke begge parters negative holdninger og videre føre til svikt i den personsentrerte sykepleien med påfølgende inadekvat smertelindring.

I tillegg til rutiner, ble det påpekt at reelle barrierer på arbeidsplassen, påvirker muligheten og evnen til å jobbe personsentrert og dermed gi adekvat smertelindring til pasienten. Eksempler på barrierer er lav bemanning, tidspress, mangel på ressurser, kommunikasjon- og dokumentasjonsproblemer (Morgan, 2014, s. 171). Flere sykepleiere tok opp mangelen på tid, samt ansvar for flere pasienter slik at de ikke kunne prioritere å komme tilbake til pasienten ofte for å prate utdypende om smerten (Morgan, 2014, s. 171). Reelle barrierer som mangel på tid kan tenkes å medvirke til at smertekartlegging blir nedprioritert. Samtidig kan det tenkes at den tiden man brukte på kartlegging for å sikre adekvat smertelindring, ville man spare inn ved at man kunne unngå stadige justeringer av smertelindringen.

Sykepleieres holdninger og kunnskap kan også påvirke smertekartleggingen (Li et al., 2012, s. 253-254). Da smerte er subjektivt og det er den som har smerter som definerer dens tilstedeværelse, kan det være vanskelig å bli trodd når smertene er "usynlige" (Winger & Leegaard, 2017, s. 172-174). Dette kommer også frem i artikkelen til Li et al. (2012), hvor over halvparten av respondentene mente at pasientgruppen manipulerer for å få mer smertestillende, og 25% oppga at de var helt eller nokså enig i at opioidavhengige pasienter forteller sannheten når de formidler smerte (Li et al., 2012, s. 258-259). Det kan tenkes at pasientens "usynlige" smerter gjør sykepleieren usikker på smertegraden som rapporteres. Har sykepleieren i tillegg negative holdninger, er det lett å konkludere at pasienten manipulerer for å få mer smertestillende. Å anvende smertekartlegging hvor skalaen er individuell, kan både bidra til at pasientene føler seg mer ivaretatt og redusere sjansen for å bli manipulert (Nortvedt et al., 2013, s. 40; Li et al., 2012, s. 258). Det kan tenkes at det reduserer sjansen ved at smerten kartlegges nøye, men samtidig viser artikkelen til Nortvedt et al. (2013) at smertekartlegging hadde en sentral effekt for å oppnå viktig dialog med pasientene. Det kom frem at det kunne være vanskelig å plassere smerten på en skala, men det kunne føre til samtaler om det som var viktig for pasienten og annet sentral informasjon, slik som døgnvariasjoner i smerten (Nortvedt et al., 2013, s. 40). Smertekartlegging kan dermed gi

grunnlag for, og bidra til personsentrert sykepleie frem mot ønsket resultat om å oppnå adekvat smertelindring tilpasset den enkelte opioidavhengige pasienten.

5.2 Metodediskusjon

5.2.1 Metode og litteratursøk

Metoden som brukes er generell litteraturstudie. Dette er beskrevet som “en syntese og analyse av publisert forskning på en relevant klinisk problemstilling” (Popenoe et al., 2021, s. 175). En styrke ved generell litteraturstudie er at bruken kan øke evidensbasert praksis og sikre at pasientene får optimal og oppdatert behandling (Popenoe et al., 2021, s. 185). Samtidig er rammene for oppgaven 4-6 forskningsartikler, noe som kan begrense funnene man kan inkludere og diskutere. Litteratursøket er kun gjort i databasen CINAHL. Denne databasen inneholder et bredt utvalg av artikler og annen litteratur av sykepleiefaglig relevans (Helsebiblioteket, 2021). Imidlertid kan kun søk i CINAHL være en svakhet da det kan gi begrenset antall relevante treff sammenlignet med et bredere søk i databaser som PubMed og Medline i tillegg.

5.2.2 Artikkene

Det er valgt ut fire studier, publisert i 2006, 2010, 2014 og 2015. To av artikkene er under ti år og presenterer dermed nyere forskning, mens de to andre er eldre. De to eldste artikkene kan tenkes å presentere utdatert forskning, men fordi det er begrenset forskning på temaet og studienes funn stemmer overens med litteratur og nyere forskning, ble de likevel vurdert som relevante og pålitelige.

De fire artikkene er publisert i anerkjente tidsskrifter (Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse, u.å.). Dette er en styrke da de er fagfellevurdert før publisasjon.

To av studiene er utført av samme forsker. Dette kan ses som en svakhet da det kan påvirke fortolkningen av funn og vinklingen av artikkelen. Samtidig er det begrenset forskning på temaet og forskeren er anerkjent og har lang erfaring innen området. I tillegg er den nyeste studien, Morgan (2014), en videreføring av den første studien, Morgan (2006), hvor det forskes på funn i den eldste artikkelen som det var foreslått å undersøke videre. Det er her vurdert at artikkene av samme forsker tilfører nyttig kunnskap og funn, slik at styrken er større enn svakheten.

Språk og sted

Alle artiklene er publisert på engelsk. Dette kan være en styrke da engelsk er et internasjonalt språk, og medfører at flere vil kunne ha nytte av dem (Dahl, 2022), men det kan også medføre mistolkning av teksten og resultatene ettersom engelsk ikke er førstespråket til kandidatene. Artikkelen fra Krokmyrdal & Andenæs (2015) er en norsk studie. Dette er en styrke da kulturen, hvordan helsevesenet jobber og stigmaet rundt pasientgruppen er likt det kandidatene er kjent med og skal jobbe innen. I artiklene fra Morgan (2006; 2014) som er fra USA, og artikkelen fra McCreaddie et al. (2010) som er fra UK, kan kulturelle forskjeller forekomme og bør tas hensyn til. Likevel er smertelindring til opioidavhengige et relevant og globalt problem, og studienes funn, uavhengig av språk og land, vurderes derfor som relevante for å svare på problemstillingen.

Valg av metode i artiklene

Tre av forskningsartiklene er kvalitative studier, mens artikkelen fra Krokmyrdal & Andenæs (2015) er en tverrsnittstudie. Det finnes allerede en del kvantitativ forskning på utilstrekkelig smertelindring av pasientgruppen (Li et al., 2012, s. 253). For å besvare hvordan man kan oppnå adekvat smertelindring til opioidavhengige pasienter, har det derfor vært hensiktsmessig og ønskelig å benytte flest kvalitative studier for å få frem sykepleiernes og pasientgruppens erfaringer, holdninger og oppfatninger (Popenoe et al., 2021, s. 180). Kvalitative studier er derfor en styrke da de går i dybden for å finne deltagernes mening og opplevelse, noe som er vanskelig å måle eller tallfeste (Dalland, 2020, s. 54-55). Tverrsnittstudien som er benyttet, gir en oversikt over forholdene som finnes på undersøkelsestidspunktet (Braut & Grønmo, 2021). Dette kan bidra til å underbygge resultatene som blir presentert i teorien og de andre studiene. I tillegg er Krokmyrdal & Andenæs (2015) den nyeste studien, og inneholder derfor mest oppdatert statistikk og svar, noe som gjør forskningen mer gyldig og troverdig. Valget av metode på studiene har blitt påvirket av resultatene fra litteratursøket. Det kunne vært relevant å se på en effektstudie av et tiltak, men litteratursøket ga ingen treff på slike studier. Utvalget og variasjonen av artikler, med 3 kvalitative og 1 tverrsnittstudie, har likevel blitt vurdert som dekkende for å kunne besvare problemstillingen.

Kontekst

Konteksten for problemstillingen er, som tidligere presisert, innleggelse i somatiske sykehus i spesialisthelsetjenesten. Dette innebærer ofte kortere opphold enn andre institusjoner, gjerne

fra en dag til en uke. I denne konteksten vil det være behov for å bygge en sykepleier-pasient-relasjon og få kjennskap til opioidbruken og pasientens individualitet innen kort tid. Valg av kontekst kan utelukke mye forskning og perspektiver om smertelindring til opioidavhengige, men valgt kontekst vil også være en styrke da det er helt nødvendig å jobbe personsentrert for å kunne løse problemstillingen med å gi adekvat smertelindring.

Utvalget

Studiene inneholder ulike deltagere og perspektiv. To av studiene har et sykepleiersperspektiv, én har et pasientperspektiv, og én inneholder både et sykepleier- og pasientperspektiv.

Utvalget av ulike deltagere og perspektiver er en styrke da man får frem flere parterers opplevelser, hva de ser på som barrierer, samtidig som deres forslag til løsninger for å oppnå adekvat smertelindring. Artikkelen med sykepleiersperspektiv inkluderer sykepleiere med ulike mengde erfaringer. Felles for artiklene var at sykepleier-deltagerne hadde erfaring med den aktuelle pasientgruppen. Dette kan både være en styrke og svakhet. Hadde sykepleiere som sjeldent jobbet ned pasientgruppen blitt inkludert i studien, kunne resultatene om for eksempel kunnskap og holdninger vært annerledes, og kunne vært representativt for flere sykepleiere. Men dette er også en styrke, da målgruppen for oppgaven blant annet er sykepleiere som jobber med denne spesifikke pasientgruppen, og resultatene vurderes derfor som representative for målgruppen.

Studiene inneholder ulikt antall deltagere. I studien til Krokmyrdal & Andenæs (2015) ble det utdelt 181 spørreskjema hvorav 98 ble returnert, altså en svarrate på 54%. Dette kan være en svakhet da funnene baseres på en mindre gruppe enn ønskelig og forventet. Funnene viste såpass høy enighet at det vurderes som troverdige resultater, selv om man likevel ikke kan være sikker på om bare sykepleiere som er spesielt opptatt av problemstillingen har valgt å svare, og man ville fått mer spredning i svarene med en høyere svarprosent.

Det er også ulik kjønnsfordeling hos deltagerne i studiene. I Morgan (2014) består sykepleierdeltagerne av 12 kvinner og 2 menn. Det er en styrke at man får se perspektiver fra begge kjønn, men kan være en svakhet at antallet er så ulikt. Ettersom det er flere kvinner enn menn som er sykepleiere, kan det likevel være logisk og representativt at deltagerantallet er slik (Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse, u.å). I Morgan (2006) er det i tillegg inkludert en fordeling av etnisiteten til deltagerne, hvor 16 var hvite og 2 var afroamerikanske. Etnisitet gir ikke ulike smerteopplevelser, men ulike kulturer kan uttrykke smerte på forskjellige måter, noe som kan påvirke selvrappoterings av smerte (Bjørkli, 2019). Dette kunne vært interessant å undersøke videre.

Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Artiklene fra Krokmyrdal & Andenæs (2015) og Morgan (2014), inneholder kun ett inklusjonskriterie, noe som kan medføre at utvalget av deltagere ikke blir like spisset mot problemstillingen som om det var flere. Kriteriet er imidlertid sykepleiere som jobber med smertelindring av rusavhengige pasienter, som er konkret og relevant både for forskningen og denne oppgaven, og vurderes derfor som tilstrekkelig. Artiklene har ingen eksklusjonskriterier. Dette kan være både en styrke og en svakhet, da det ikke utelukker perspektiver som kan være nyttig og relevant for resultatene, samtidig som det kan inkludere andre perspektiver som ikke er hensiktsmessige. Artiklene fra McCreaddie et al. (2010) og Morgan (2006) inneholder flere inklusjons- og eksklusjonskriterier som samsvarer med kriteriene i litteratursøket, og vil derfor være mer spisset mot problemstillingen. I Morgan (2006) ble kronisk smerte også inkludert. Selv om pasienter som kan ha kronisk smerte inkluderes, hadde flertallet av deltagerne i denne studien akutte smerter, eller en kombinasjon. Kun et fåtall av deltagerne hadde kronisk smerte, eller var blitt behandlet for dette tidligere. Artikkelen og funnene vurderes derfor fremdeles som relevante for å besvare problemstillingen.

6 Konklusjon

For å oppnå adekvat smertelindring til opioidavhengige pasienter, er det sentralt å øke sykepleiernes kunnskap om pasientgruppen. Mangel på kunnskap kan føre til at sentrale individuelle faktorer som påvirker smertelindring til opioidavhengige, slik som toleranse, abstinens og opioidbruk ikke blir fokusert på, og man dermed ikke oppnår smertelindring tilpasset den enkelte. Kunnskap kan også påvirke holdningsdanning, som er sentralt i møte med denne pasientgruppen. De holdningene sykepleier møter pasientene med, og i hvilken grad pasientene føler seg respektert, påvirker samarbeid og muligheten for å bygge en tillitsfull relasjon, som er sentralt for å jobbe personsentrert. Økt kunnskap og bruk av smertekartlegging kan også bidra til å endre sykepleiernes holdninger. Blant annet opplever sykepleiere en positiv holdningsendring når de får mer erfaring med pasientgruppen, og bruk av smertekartlegging reduserer sannsynligheten for å bli manipulert. Da smerte er subjektivt, er det også sentralt å smertekartlegge for å tilrettelegge smertelindringen etter pasientens behov. Totalt sett er det nødvendig å jobbe personsentrert i kartlegging og smertelindring til pasientene og ta hensyn til deres individualitet. Personsentrert sykepleie både påvirker og blir påvirket av kunnskaper og holdninger, og påvirker videre de personsentrerte prosessene og det forventede resultatet om å oppnå adekvat smertelindring.

Oppsummert for å besvare problemstillingen vil man oppnå adekvat smertelindring til opioidavhengige pasienter ved å jobbe personsentrert, smertekartlegge i økt grad, samt øke kunnskapen og endre holdningene. Grunnet oppgavens rammer, er konklusjonen basert på en ufullstendig gjennomgang av litteraturen, og innebærer derfor noe usikkerhet.

Basert på besvarelsens resultater er følgende implikasjoner for praksis foreslått: å øke kunnskapen til sykepleiere om smertelindring, smertekartlegging, opioidavhengige pasienter og faktorene som påvirker smertelindring til pasientgruppen. Dette kan utføres gjennom kurs og forskning både i studiet og som etterutdanning. I tillegg bør man øke grunnleggende fokus på holdninger og personsentrert sykepleie.

Referanseliste

Bjørkli, A. K. (2019). Ulike kulturer har forskjellige smerteuttrykk.

Sykepleien 2019; 107(76013): e-76013. DOI: [10.4220/Sykepleiens.2019.76013](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.76013)

Braut, G. S. & Grønmo, S. (2021, 5. mars). Tverrsnittstudie. Store norske leksikon.

<https://snl.no/tverrsnittstudie>

Bretteville-Jensen, A. L. & Bachs, L. (2022, 15. september). Rusmidler. Store medisinske leksikon. <https://sml.snl.no/rusmidler>

Dahl, A. (2022, 21. juni). Engelsk. Store norske leksikon. <https://snl.no/engelsk>

Dalland, O. (2020). Metode og oppgaveskriving. (7. Utg., s. 54-55). Gyldendal.

Danielsen, A., Berntzen, H. & Almås, H. (2016). Sykepleie ved smerter. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås. (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 382-414). Gyldendal.

Dietrichs, E. (2021, 4. januar). Hyperalgesi. Store medisinske leksikon.

<https://sml.snl.no/hyperalgesi>

Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse. (u.å). *Kanalregisteret: Søk i kanalregister.*

<https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/KanalTidsskriftInfo.action?id=445548>

Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse. (u.å). *Kjønnsdelt arbeidsmarked.*

https://utdanning.no/utdanningsvalg_artikkel_kjonnsdelt_arbeidsmarked

Folkehelseinstituttet. (2018, 18. september). *Hva er narkotika?*

<https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/beskrivelse-av-rapporten/hva-er-narkotika/>

Folkehelseinstituttet. (2020, 21. oktober). *Økt bruk av sterke smertestillende medisiner med opioider*. <https://www.fhi.no/nyheter/2020/okt-bruk-av-sterke-smertestillende-medisiner-med-opioider/>

Helsebiblioteket. (2021). *Cinahl*.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/lenker/databaser/cinahl>

Helsebiblioteket. (2016). *Sjekklist*.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklist>

Helsedepartementet. (2004). *Rusreformen- pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesten*. (Nr. I-8/2004) [Rundskriv]. Regjeringen.
<https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/hd/rus/2004/0017/ddd/pdfv/205998-runds067.pdf>

Helsenorge. (2020, 27. oktober). *Opioidavhengighet*.
<https://www.helsenorge.no/rus-og-avhengighet/opioidavhengighet/>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64).
Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Kim, H. S. (2015). Sykepleierprofesjonens grunnleggende kjennetegn- det kunnskapsfilosofiske grunnlaget. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5. utg., s. 150-151). Cappelen Damm Akademisk.

Kjøll, G., & Nordbø, B. (2021, 7. november). *Adekvat*. Store norske leksikon.
<https://snl.no/adekvat>

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

- Lillemoen, L. (2015). Etikk i sykepleien. I E. K. Grov & I. M. Holter. (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie- sykepleieboken 1*(5. utg., s. 305). Cappelen Damm Akademisk.
- Li, R., Undall, E., Andenæs, R., & Nåden, D. (2012). Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus. *Sykepleien Forskning 2012*;7(3), 252-260.
DOI:10.4220/sykepleief.2012.0131
- Mathisen, J. (2015). Hva er sykepleie? I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie- sykepleieboken 1*(5. utg., s. 128-132). Cappelen Damm Akademisk.
- Martinez, R. (2021). Challenges in the management of pain in hospital patients with opioid use disorder. *Nursing Standard: 36*(4), 55-60. DOI: [10.7748/ns.2021.e11521](https://doi.org/10.7748/ns.2021.e11521)
- McCormack, B. & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing, 2006*(56), 472-479.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>
- McCreddie, M., Lyons, I., Watt, D., Ewing, E., Croft, J., Smith, M., & Tocher, J. (2010). Routines and rituals: a grounded theory of the pain management of drug users in acute care settings. *Journal of Clinical Nursing (19)*, 2730-2740. DOI: [10.1111/j.1365-2702.2010.03284.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03284.x)
- Morgan, B. D. (2006). Knowing How to Play the Game: Hospitalized Substance Abusers' Strategies for Obtaining Pain Relief. *Pain Management Nursing (7)*:1, 31-41.
<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2005.12.003>
- Morgan, B. D. (2014). Nursing Attitudes Toward Patients with Substance Use Disorders in Pain. *Pain Management Nursing (15)*:1, 165-175.
<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2012.08.004>
- Mørland, J. (2020, 2. juni). *Abstinens (rusmidler)*. Store medisinske leksikon.
https://sml.snl.no/abstinens_-_rusmidler

Mørland, J. (2021, 23. mai). *Opioider*. Store medisinske leksikon. <https://sml.snl.no/opioider>

Mørland, J. (2021, 4. mars). *Overdose*. Store medisinske leksikon.

<https://sml.snl.no/overdose>

Mørland, J. (2021, 21. desember). *Rusmiddelavhengighet (nevrobiologi)*. Store medisinske leksikon. https://sml.snl.no/rusmiddelavhengighet_-_nevrobiologi

Norsk Helseinformatikk. (2019, 3. juli). *Om smerter og smertebehandling*.

<https://nhi.no/sykdommer/kreft/behandlingsmetoder/smerter-og-smertebehandling/>

Norsk Helseinformatikk. (2022, 28. juli). *Opioider- heroin, morfin, metadon og opium*.

<https://nhi.no/psykisk-helse/rus-og-avhengighet/narkotiske-stoffer/heroin-morfin-metadon-opium/?page=all>

Norsk Helseinformatikk. (2022, 27. juli). *Opioidabstinens*.

<https://nhi.no/psykisk-helse/rus-og-avhengighet/narkotiske-stoffer/opiat-abstinens/>

Norsk Helseinformatikk. (2021, 21. april). *Rus og psykiatri (ROP-lidelse)*.

<https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/alkohol/rus-og-psykiatri-rop-lidelse/>

Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*.

<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Nortvedt, L., Wiborg, A.-G., Nitteberg, I.-J., Romsland, G. I. (2013). Kartlegging av smerte ga økt refleksjon. *Sykepleien* 2013;101(7):38-41. DOI:

[10.4220/sykepleiens.2013.0059](https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2013.0059)

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter

(LOV-1999- 07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

- Ræder, J. (2020, 3. september). *Hva er riktig forbruk av opioider?* Tidsskriftet Den Norske Legeforening. <https://tidsskriftet.no/2020/09/leder/hva-er-riktig-forbruk-av-opioider>
- Ræder, J. (2021, 30. mars). *Smertestillende midler*. Store medisinske leksikon. https://sml.snl.no/smertestillende_midler
- Sagdahl, M. S. (2022, 29. august). *Etisk relativisme*. Store norske leksikon. https://snl.no/etisk_relativisme
- Skarstein, S. & Tanum, L. H. (2021). Personer med rusavhengighet blir oftere syke og får dårligere behandling. *Sykepleien* 2021;109(86370). DOI: [10.4220/Sykepleiens.2021.86370](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.86370)
- Skogen, J. C., Torvik, F. A., Hauge, L. J., & Reneflot, A. (2019, 6. desember). *Rusbrukslidelser i Norge*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/ruslidelser/>
- Stubberud, D.-G. (2021). Kvalitet og pasientsikkerhet: Sykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid. Gyldendal Akademisk.
- Stubberud, D.-G. (2020). Pasientens psykososiale behov: konsekvenser for sykepleierens kompetanse. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2. utg., s. 49). Gyldendal Akademisk.
- Ursin, L. (2021, 30. november). *De fire prinsipper*. Store medisinske leksikon. https://sml.snl.no/de_fire_prinsipper
- Winger, A. & Leegaard, M. (2016). Smerter. I A.K.T. Heggstad & U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (4. utg., s. 172-187). Cappelen Damm Akademisk.

Vedlegg

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR ANALYTICAL CROSS SECTIONAL STUDIES

Reviewer: 729. Date: 09.11.2022

Author: Kurt A. Krokmyrdal & Randi Andenæs. Year: 2015. Record Number: DOI:

10.1016/j.nedt.2015.02.022

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the study subjects and the setting described in detail?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were confounding factors identified?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

Et beskrivende tverrsnittundersøkellesdesign ble benyttet. Det ble gjennomført ved et selvadministrert spørreskjema som sykepleiere som jobbet med opioidavhengige pasienter på daglig basis utførte for å kartlegge sykepleierne kompetanse på smertebehandling til pasientgruppen. Inklusjonskriterier ble beskrevet. Det ble gjort rede for endringer underveis i spørreskjema ettersom formuleringen på noen spørsmål ble forstyrrende når det kom til hva sykepleierne svarte. Resultatene ble satt opp i tabeller og diskutert og presentert i løpende tekst.

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Kritisk vurdering av:

McCreaddie, M., Lyons, I., Watt, D., Ewing, E., Croft, J., Smith, M., & Tocher, J. (2010).

Routines and rituals: a grounded theory of the pain management of drug users in acute care settings. *Journal of Clinical Nursing* (19), 2730-2740. DOI: [10.1111/j.1365-2702.2010.03284.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03284.x)

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Formålet er klart formulert i starten av artikkelen, og begrunnet videre i bakgrunnen. Formålet er å undersøke oppfatninger og strategier til opioidavhengige pasienter og sykepleiere med hensyn til behandling av smerte i akutte settinger.

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

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Det var ønske om å kartlegge pasienters og sykepleieres oppfatninger og strategier med hensyn til smertebehandling i akuttomsorgen, og det er derfor hensiktsmessig med kvalitativ metode da dette kan være individuelt.

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

Ja – Nei – Uklart



Kommentar: Utformingen av studien er hensiktsmessig da det blir intervjuet opioidavhengige og fokusgrupper bestående av sykepleiere og tidligere opioidavhengige. Det er også blitt forklart hvorfor designet og metoden er hensiktsmessig i forhold til å finne svar.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Det er hensiktsmessig fordi de får perspektiver fra begge parter. Det er gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor akkurat de ble valgt. Inklusjons- og eksklusjonskriteriene ble tydelig presentert.

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

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Intervjuene av deltagerne ble gjengitt i resultater og diskutert videre. Dataene ble sammenlignet med forskning og litteratur. Dataene er presentert slik at problemstillingen ble besvart.

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

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Nummer 4-6 ga ikke adekvat svar som blant annet påvirker fortolkningen med tanke på at svarantallet ikke er like stort som det var ønsket. Bakgrunnsforhold er også gjort rede for i begrensninger.

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Etiske forhold er vurdert og forklart, samt godkjent fra en etisk komité. Inklusjons- og eksklusjonskriteriene fremhevet den etiske rekrutteringen av deltagere til studien. Dataen ble anonymisert og lagret sikkert.

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

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Hvilken type analyse som er brukt og hvordan dette ble gjennomført er gjort rede for, og funnene samsvarer, samt er tydelig presentert.

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

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Funnene er klart presentert både med relevante underoverskrifter og funnene er underbygget med litteratur. Funnenes troverdighet er også gjort rede for.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Kommentar: Forskerne har beskrevet studiens bidrag, samt kartlagt behov for videre forskning. Det er også blitt beskrevet at det kan ha relevans utover det det er forsøkt å finne svar på her. Funnene ved å kartlegge og bedre forstå interaksjoner, handlinger og prosesser er nyttig i prosessen med å forbedre smertebehandlingen til opioidavhengige pasienter.

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Kritisk vurdering av:

Morgan, B. D. (2006). Knowing How To Play the Game: Hospitalized Substance Abusers' Strategies for Obtaining Pain Relief. *Pain Management Nursing* (7):1, 31-41.

[10.1016/j.pmn.2005.12.003](https://doi.org/10.1016/j.pmn.2005.12.003)

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Formålet med studien er klart formulert og begrunnet i starten av artikkelen. Studien vil utforske innlagte, rusavhengige pasienters perspektiver om egen smertebehandling på sykehus og deres interaksjoner med sykepleiere angående utfordringer knyttet til smertebehandling. Formålet med studien videre er å generere teori, som kan bidra til en bedre forståelse av problemet med smertebehandling til denne pasientgruppen. Problemstillingens relevans blir begrunnet i bakgrunnen.

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

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Studien har som formål å forstå og belyse rusmiddelavhengige pasienters erfaringer og opplevelser med smertebehandling på sykehus. Kvalitativ metode med intervjuer, er derfor hensiktsmessig å bruke for å få svar på problemstillingen.

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

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Utformingen av studien er hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen, da den fokuserte på intervjuer og individuelle svar fra 18 ulike pasienter med rusmiddelavhengighet i tillegg til 2 fokusgrupper bestående av sykepleiere. Forskningsdesignet er forklart og begrunnet.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Deltagerutvalget består av 18 deltagere, med ulik rusmiddelavhengighet og erfaringer fra et smertefullt medisinsk og/eller kirurgisk problem. Av deltagerne var 14 menn og 4 kvinner, med en aldersforskjell mellom 32-60 år. Utvalgsstrategien er gjort rede for. Da studiens problemstilling og formål fokuserer på pasienters opplevelse av smertebehandling, er denne utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen.

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

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Datainnsamlingen besto av å bruke en intervjuguide, ta lydopptak og deretter transkribere. Datainnsamlingen ble avtalt med de ulike deltagerne og foregikk på et privat område på sykehuset. Demografisk data om deltagerne ble samlet inn før intervjuene startet. Dataene er samlet inn på en hensiktsmessig måte slik av problemstillingen ble besvart.

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

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Bakgrunnsforhold som kan påvirke fortolkning av data blir diskutert, blant annet konteksten og tiden brukt på studien, samt troverdigheten ved svarene.

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Artikkelen beskriver prosessen med å komme i kontakt med de ulike deltagerne, ved at det gikk igjennom de ansatte som delte ut informasjon om forskningen og deretter inviterte potensielle deltagere. Etter godkjenning av deltagerne foregikk intervjuene på et privat område på sykehuset eller pasientenes egne rom. Ved første intervju ble informert samtykke innhentet fra de ulike deltagerne.

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

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Gjennomføringen av analysen er godt beskrevet, og fortolkningen av dataene er forståelig. En «preliminary data analysis» begynte etter første intervjurunde.

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

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Funnene er klart presentert i løpende tekst med underkategorier. De er også fremstilt med en modell som blir forklart. Funnene blir kontinuerlig knyttet til og diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10.Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Kommentar: Funnene fra denne studien vurderes som nyttige og aktuelle. Studien bidrar til å identifisere og deretter øke kunnskapen og forståelsen rundt problemstillingen som omhandler rusmiddelavhengige pasienters opplevelse av smertebehandling og interaksjoner med sykepleiere angående smertebehandling. Studien fremstiller en forklaringsmodell for problemet, og denne forskningen er første steg til å forstå rusavhengiges perspektiv på og behov for samhandling med sykepleiere og adekvat smertebehandling.

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Kritisk vurdering av:

Morgan, B. D. (2014). Nursing Attitudes Toward Patients with Substance Use Disorders in Pain. *Pain Management Nursing* (15):1, 165-175. DOI: [10.1016/j.pmn.2012.08.004](https://doi.org/10.1016/j.pmn.2012.08.004)

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Formålet med studien er klart formulert og begrunnet i starten av artikkelen. Formålet er å identifisere og utforske sykepleieres holdninger overfor sykehusinnlagte pasienter med rusmiddelavhengighet, for å deretter kunne øke kunnskapen og forståelsen rundt temaet og problemet. Problemstillingens relevans blir begrunnet i bakgrunnen.

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

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Studien har som formål å forstå og belyse kunnskapen om sykepleieres holdninger og interagering ovenfor pasienter med rusmiddelavhengighet i smerte. Kvalitativ metode med intervjuer, er derfor hensiktsmessig å bruke for å få svar på problemstillingen.

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

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Utformingen av studien er hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen, da den fokuserer på individuelle svar fra 14 ulike sykepleiere. Forskningsdesignet er forklart og begrunnet.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Studien består av individuelle intervjuer med 14 deltagere, hvor alle er sykepleiere på et lokalt og offentlig sykehus. Utvalget besto av 12 kvinner og 2 menn, med en aldersforskjell mellom 31-61 år. Utvalgsstrategien er gjort rede for, og besto av å dele ut informasjon om studien via flygeblader sykehuset, og deretter la sykepleierne frivillig melde seg på deltagelse. Da studiens problemstilling og formål fokuserer på sykepleieres holdninger, er denne utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen.

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

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Datainnsamlingen ble avtalt med de ulike sykepleierne og foregikk på et privat område på sykehuset. Demografisk data om deltagerne ble samlet inn før intervjuene startet. Alle intervjuene ble spilt inn med lydfil, og startet med et generelt spørsmål om sykepleierens erfaring i forhold til smertebehandling hos pasienter med avhengighetslidelser. Videre spørsmål i intervjuene ble formet og oppsto avhengig av de ulike svarene og dataene som allerede var samlet inn.

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

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Bakgrunnsforhold slik som kulturell bakgrunn, antall års erfaring, personlig erfaring med smerte, families holdninger og lignende ble beskrevet og diskutert som bakgrunnsforhold som kan påvirke fortolkningen av data.

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Artikkelen beskriver hvordan forskningen først ble godkjent av «The Institutional Review Board» både på universitetet og det aktuelle sykehuset, før den deretter ble informert om til ledelsen av sykehuset og via flygeblader til sykepleierne. Videre beskriver artikkelen deltageres frivillighet til å delta i studien og samtykke om å delta.

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

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Gjennomføringen av analysen er godt beskrevet, og fortolkningen av dataene er forståelig. Typen analyse som er brukt er grounded theory.

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

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Funnene er klart presentert i løpende tekst med underkategorier. De er også fremstilt med en modell, som blir forklart. Funnene blir kontinuerlig knyttet til og diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Kommentar: Funnene fra denne studien vurderes som både nyttige og aktuelle. Studien bidrar til å identifisere og deretter øke kunnskapen og forståelsen rundt problemstillingen som omhandler sykepleierens holdninger overfor pasienter med rusmiddelavhengighet. Funnene fra studien konkluderer med at det er behov for økt kunnskap og forskning rundt temaet rusmiddelavhengighet og smertebehandling.