

Smertebehandling ved opioidavhengighet - Sykepleiers erfaringer

Kandidatnummer: 503 & 627
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 8716
Dato: 03/01-2023



Lovisenberg
diakonale høgskole

Sammendrag	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 03/01-2023
Tittel: Smertebehandling ved opioidavhengighet – sykepleiers erfaringer	
<p><u>Innledning:</u> Smertebehandling av opioidavhengige har vist seg å være en utfordring for sykepleiere i flere deler av verden. Utilstrekkelig smertelindring kan føre med seg uønskede konsekvenser for pasienten. Sykepleiere spiller en sentral rolle i smertelindring av pasienter på sykehus, blant annet gjennom kartlegging og administrering av medisiner. Sykepleiernes erfaringer vil kunne være til hjelp for å belyse hvorfor dette er et problem og hva som må gjøres for å bedre dagens praksis. Hensikten med denne studien er å utforske hva forskningslitteraturen viser om sykepleieres erfaringer med smertebehandling av pasienter med opioidavhengighet på sykehus.</p> <p><u>Metode:</u> Oppgaven er en generell litteraturstudie hvor det er gjennomført strukturerte søk i de vitenskapelige databasene Cinahl og PubMed, samt søkemotoren til Sykepleien forskning for å finne forskning knyttet til problemstillingens tema. Søkordene er basert på nøkkelbegreper fra problemstillingen: «pain management», «nurses experience», «substance use disorder». Utfra søkene fant vi 6 artikler som passet med vår problemstilling. I tillegg til dette har vi gjort søk etter øvrig fag- og forskningslitteratur for å underbygge funn i de valgte artiklene. Dette er blant annet funnet gjennom tidligere pensumlister og søk på sykepleien.no</p> <p><u>Resultat:</u> Artiklene viste at sykepleierne erfarte mangelfull kunnskap om pasienter med opioidavhengighet og smertebehandlingen av dem. Det kom også fram at mange sykepleiere innehar negative holdninger og fordommer mot pasientgruppen. Til slutt kom det frem at mistillit og dårlig relasjon var noe som påvirket smertebehandlingen av pasientene i stor grad.</p> <p><u>Diskusjon:</u> Diskusjonsdelen er delt opp i to deler som er resultatdiskusjon og metodediskusjon. Resultatdiskusjonen er delt opp i tre hovedtemaer som går igjen i studiene. Metodediskusjon tar for seg metoden vi har benyttet i denne studien og diskusjon rundt valgte artiklers metode og kvalitet.</p>	

(Totalt antall ord: 277)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Sykepleiefaglig relevans	2
1.3	Hensikt og problemstilling	3
1.4	Avgrensning og kontekst	3
1.5	Begrepsavklaring	3
2	Teoretisk kunnskapsgrunnlag	5
2.1	Opioider – virkningsmekanismer og bruksområder	5
2.1.1	Opioidavhengighet, toleranseutvikling og hyperalgesi	5
2.2	Akutt smerte	6
2.2.1	Smertekartlegging- og behandling	6
2.3	Sykepleiers behandlende og lindrende funksjon	7
2.4	Menneske-til-menneske forhold	8
2.5	Holdninger	10
2.6	Lovverk og retningslinjer	10
2.6.1	Helsepersonelloven	11
2.6.2	Pasient- og brukerrettighetsloven	11
2.6.3	Yrkesetiske retningslinjer	11
3	Metode	13
3.1	Litteraturstudie	13
3.2	Søkeprosessen og utvelgelse av artikler	13
3.3	Øvrig fag- og forskningslitteratur	17
4	Resultater	19
4.1	Presentasjon av artiklene i matrise	19
4.2	Syntese av resultatene	19
5	Diskusjon	23
5.1	Manglende kunnskap	23
5.2	Sykepleiernes holdninger	25
5.3	Relasjon og tillit mellom sykepleier og pasient	26
5.4	Metodediskusjon	28
5.4.1	Litteraturstudie	28
5.4.2	Litteratursøk	29
5.4.3	Utvelgelse av artikler	29
6	Konklusjon	31
	Referanseliste	32
	Vedlegg 1	36
	Vedlegg 2	41
	Vedlegg 3	46
	Vedlegg 4	50
	Vedlegg 5	54
	Vedlegg 6	59

1 Innledning

Tema for denne litteraturstudien er smertebehandling av pasienter med opioidavhengighet. Dette er et tema vi synes er viktig å utforske, da pasientgruppen ofte kan bli stigmatisert og utilstrekkelig smertelindret når de er innlagt på sykehus (Ververda et al, 2018). Dette er også en pasientgruppe vi selv har erfaring med og har opplevd i praksis på sykehus nettopp at de ikke blir smertelindret godt nok. Videre i dette kapittelet vil bakgrunn for valgt tema bli ytterligere presentert, samt sykepleiefaglig relevans. Til slutt vil vi formulere en problemstilling på bakgrunn av tema og avgrensninger av denne.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Opioider er både brukt som et ulovlig rusmiddel og som lovlig smertelindring, og ulike legemidler i denne kategorien har blitt brukt til å behandle sykdom i 5000 år eller mer (Skjøtskift, 2018, s. 105; Slørdal, 2018a, s. 330). I reseptregisteret står det at bruken av opioider i Norge økt drastisk siden 2004. Fra 2004 til 2017 ble bruken av opioidene oksykodon og tramadol henholdsvis syv og tre ganger så høy (Morland, 2020). I USA er overforbruket av opioider så alvorlig at det kalles en opioidepedemi. Misbruket av opioider i USA knyttes til over 470 000 dødsfall siden årtusenskiftet (Morland, 2020). Det ble funnet i en studie fra Australia at personer som brukte opioider hadde 15 ganger høyere dødelighet enn befolkningen ellers i samme aldersgruppe (Degenhardt et al., 2011, s. 48). Odsbu et al. (2022) skriver i sitt innlegg i *Tidsskriftet den norske legeförening* om en debatt i fagmiljøet om hvorvidt det er en opioidepedemi også i Norge. Tall fra Folkehelseinstituttet (FHI) viser at det i Norge var totalt 18 203 pasienter i behandling av rusmiddelavhengighet i 2020 (Edland-Gryt et al., 2022). Mellom 2010 og 2020 var det registrert en økning på 22% i antall pasienter som fikk behandling for en avhengighetsdiagnose. I samme periode var det registrert en drastisk økning på 65% i antall pasienter i behandling med en opioidavhengighetsdiagnose (Edland-Gryt et al., 2022).

Det er dokumentert at personer med opioidavhengighet ikke blir tilstrekkelig smertelindret når de er innlagt på sykehus (Ververda et al, 2018). Smertelindring hos personer med opioidavhengighet er preget av misoppfatninger knyttet til pasientens behov for smertelindring (Skoglund & Biong, 2018, s. 186). En av disse oppfatningene er at pasienten er

manipulerende og forsøker å lure til seg mer smertestillende for å oppnå rus (Skoglund & Biong, 2018, s. 186; Ververda et al., 2018). Denne holdningen hos sykepleiere kan bidra til dårligere smertelindring av denne pasientgruppen og igjen føre til at pasienten forlater avdelingen før avsluttet behandling. Det vil også kunne føre til svekket tillit hos pasienten (Skoglund & Biong, 2018, s. 187). Noe av årsaken til utilstrekkelig smertelindring kan være lite dokumentert kunnskap om hvordan smertelindring av disse pasientene skal utføres. Flere sykehus har utarbeidet egne retningslinjer for smertebehandling av pasienter med opioidavhengighet (Skoglund & Biong, 2018, s. 186-187). Den norske Legeforening (2009) har også utarbeidet retningslinjer for smertebehandling hvor et eget kapittel omhandler smerter hos pasienter med rusmiddelavhengighet. Retningslinjene peker på at smerter hos pasienter med en rusmiddelavhengighet ofte blir underbehandlet når de er innlagt på sykehus (Den norske legeforening, 2009, s. 33). For å lykkes med smertelindring av denne pasientgruppen er det avgjørende for sykepleieren å ha innsikt i begrepene toleranse, avhengighet og legemiddelmisbruk og at det arbeides tverrfaglig med behandlingen (Kongsgaard et al., 2005 sitert i Skoglund og Biong, 2018, s. 187).

1.2 Sykepleiefaglig relevans

Sykepleierens rolle og funksjon rundt smertebehandling er sentral da det innebærer å både kartlegge smerte, utføre og evaluere iverksatte tiltak som er en del av sykepleieprosessen (Danielsen & Berntzen, 2022, s. 438). Spesielt ved smertebehandling vil personsentrert sykepleie være viktig da smerte er en subjektiv og sammensatt opplevelse, og pasienter er i behov av ulik behandling (Nortvedt & Ljoså, 2021, s. 23). Sykepleieren har et viktig ansvar med tanke på kartlegging av pasientenes smerter og denne kartleggingen er essensiell i vurderingen av tiltak for smertelindring (Danielsen & Berntzen, 2022, s. 444-446). Når tiltak som for eksempel forordning av opioider er bestemt av legen er det sykepleieren som administrerer og følger opp dette videre og har ansvar for videre kartlegging og evaluering av tiltaket (Danielsen & Berntzen, 2022, s. 446).

1.3 Hensikt og problemstilling

Hensikten med denne studien er å utforske hva forskningslitteraturen viser om sykepleieres erfaringer med smertebehandling av pasienter med opioidavhengighet på sykehus.

For å videre utforske valgt tema har vi formulert følgende problemstilling:

Hvilke erfaringer har sykepleiere med smertebehandling av pasienter med opioidavhengighet på sykehus?

1.4 Avgrensning og kontekst

Fokuset i problemstillingen er sykepleieres erfaringer og vi har valgt å hovedsakelig fokusere på sykepleiere med grunnutdanning, men har likevel ikke ekskludert sykepleiere med videreutdanning fordi flere studier inkluderer forskjellige typer sykepleiere. Med tanke på pasientgruppa har vi avgrenset den til å gjelde voksne pasienter, uavhengig av kjønn. Vi har ønsket å inkludere erfaringer med pasienter med en pågående avhengighet eller som er under behandling med for eksempel metadon og ekskluderer dermed pasienter som er rehabilitert fra avhengighet og er rusfrie. Vi har også valgt å ta for oss pasienter som ikke er lagt inn på grunn av avhengighet i seg selv, men på grunn av andre forhold. Konteksten for problemstillingen er sykehus, men vi har valgt å ikke spesifisere avdeling, da dette i forskningen ofte er ulikt fra studie til studie, men også innen enkeltstudier. Problemstillingen er tenkt å gjelde smertebehandling av akutte smerter. Oppgaven er avgrenset til å gjelde medikamentell smertebehandling av personer med en avhengighet av opioider i alle former da det som regel ikke er spesifisert i studier hva slags type opioider pasientene er avhengig av.

1.5 Begrepsavklaring

Smerter: International Association for the Study of Pain (IASP) definerer smerte som en ubehagelig opplevelse, sensorisk og emosjonell, som er relatert til faktisk eller potensiell vevsødeleggelse eller opplevelse som kan være tilsvarende, og er alltid subjektiv (Danielsen & Berntzen, 2022, s. 439; Nortvedt & Nortvedt, 2018, s. 17). I vår problemstilling tar vi for oss akutte smerter. Dette er en type smerte som kan oppstå langsomt eller plutselig og har en

varighet på under 3 måneder. Denne typen smerter kjennetegnes blant annet ved at når årsaken til smertene tas bort, avtar også smertene (Danielsen & Berntzen, 2022, s. 441).

Avhengighet: Avhengighet av rusmidler innebærer at en til tross for kunnskap om at handlingen er skadelig for en selv eller andre, eller et ønske om å slutte, fortsetter å utføre den (Mørland & Waal, 2016, s. 20).

Opioider: Opioider brukes som en fellesbetegnelse på smertestillende midler som har samme virkningsmekanisme som morfin. Virkestoffene morfin og kodein er de vanligst forekommende produktene fra opiumsvulmuen (Slørdal, 2018a, s. 330).

Smertebehandling: Med smertebehandling er det i denne oppgaven et fokus på smertebehandling med medikamenter som ofte brukes i forbindelse med akutte smerter hvor blant annet opioider har en sentral plass (Danielsen & Berntzen, 2022, s. 456). I denne oppgaven vil begrepene smertebehandling og smertelindring bli brukt om hverandre da det også gjøres i litteraturen.

2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

Dette kapittelet er ment å sette problemstillingen i en teoretisk kontekst. I det teoretiske grunnlaget vil vi presentere kunnskap som senere vil være bakgrunn for diskusjon av forskningsartiklene.

2.1 Opioider – virkningsmekanismer og bruksområder

Opioider virker ved at de binder seg til egne reseptorer som i hovedsak er lokalisert i ryggmargen og sentrale deler av hjernen (Slørdal, 2018a, s. 331). Den smertestillende effekten av opioider er både hevet smerteterskel og redusert smerte. Opioider påvirker også hvordan smertesignalene oppfattes i hjernebarken. Smerter kan utløse både angst og forskjellige autonome reaksjoner som for eksempel økt blodtrykk og puls. Disse responsene hemmes så pasienten ikke tar smertesignalene innover seg på samme måte som de ellers ville gjort. Denne hemmende virkningen er unik for opioider (Slørdal, 2018a, s. 331).

2.1.1 Opioidavhengighet, toleranseutvikling og hyperalgesi

En uønsket, men vanlig konsekvens med langvarig bruk av opioider er avhengighet. Langvarig bruk har en sterk tendens til å føre til avhengighet både fysiologisk og psykologisk og allerede etter 1-2 ukers bruk kan en se typiske symptomer på toleranse og avhengighet (Skjøtskift, 2018, s. 106; Slørdal, 2018b, s. 363). Avhengighet innebærer blant annet at bruken og effekten av opioidene blir sentrale i personens liv og påvirker motiver og handlinger. Et symptom på en avhengighetstilstand kan være frykt for å ikke ha tilgang til rusmiddelet eller at personen opplever plager ved redusert bruk (Mørland & Waal, 2016, s. 171). Langvarig opioidbruk kan også føre til en toleranseutvikling mot de fleste av stoffenes virkninger (Skjøtskift, 2018, s. 106). En toleranseutvikling kan gjøre det vanskeligere å smertelindre med opioider ved en sykehusinnleggelse da en person som har utviklet toleranse vil trenge større doser enn en som ikke har utviklet toleranse (Mørland & Waal, 2016, s. 163-164). Ved langvarig bruk av opioider kan man også utvikle opioidindusert hyperalgesi. Dette innebærer en økt følsomhet for smerte som gjør at selv lett smertestimuli kan oppleves svært smertefullt og ubehagelig (Danielsen & Berntzen, 2022, s. 443; Norsk legemiddelhåndbok, 2020).

2.2 Akutt smerte

Akutte smerter er smerter med varighet på under 3 måneder, og kan oppstå plutselig eller langsomt (Danielsen & Berntzen, 2022, s. 451). Akutte smerter kan for eksempel oppstå som følge av kuttskader, fødsel eller kirurgi og kjennetegnes ved at når årsaken forsvinner, forsvinner også smertene. Ved sterke akutte smerter vil kroppen kunne reagere fysiologisk med blant annet økt puls, høyt blodtrykk og hurtigere åndedrett (Danielsen & Berntzen, 2022, s. 445). I tillegg vil man kunne oppleve psykiske reaksjoner som angst og redusert søvn. Disse negative fysiologiske og psykologiske reaksjonene vil kunne føre til økt belastning av hjertet som i verste fall kan resultere i hjerteinfarkt (Danielsen & Berntzen, 2022, s. 452). Det er derfor viktig å behandle disse smertene effektivt og gi forebyggende smertelindring der det er mulig. Konsekvensene av utilstrekkelig smertelindring kan være at smertene utvikler seg til å bli kroniske og gi økt belastning på både pasienten og samfunnet som følge av behov for mer oppfølging av helsetjenester (Danielsen & Berntzen, 2022, s. 452). I tillegg til det fysiske aspektet ved akutte smerter er det også viktig å legge vekt på pasientens personlige opplevelse av smerter. Deres opplevelse kan påvirkes av psykologiske, eksistensielle, sosiale og kulturelle dimensjoner (Nortvedt & Nortvedt, 2018, s. 55). Som sykepleier i møte med pasienter med smerter er det viktig å vite hva smerte innebærer for pasienten selv i tillegg til hvor og hvorfor smertene oppstår. Dette er essensielt for å tilrettelegge og gjennomføre god behandling (Nortvedt & Nortvedt, 2018, s. 44-45).

2.2.1 Smertekartlegging- og behandling

Den vanligste årsaken til kontakt med helsevesenet er smerter (Danielsen & Berntzen, 2022, s. 437). Ved medikamentell smertebehandling er det vanlig å bruke WHO's smertetrapp som utgangspunkt for behandlingen. Modellen tar utgangspunkt i smertens intensitet for å si noe om hvilke typer legemidler som bør benyttes. Det kan for eksempel være ikke-opioide analgetika alene, eller dette i kombinasjon med opioider dersom smertene er mer intense (Danielsen & Berntzen, 2022, s. 453). Ved legemiddelbehandling av akutte smerter er det viktig at det legges vekt på hver enkelt pasient individuelt, og at smertene vurderes nøye og evalueres, og at doser endres dersom det er behov (Danielsen & Berntzen, 2022, s. 452). For å kunne gi pasienten riktig smertelindring har sykepleieren et ansvar for å kartlegge pasientens smerter på en god måte hvor også gjensidig tillit til hverandre er avgjørende for at smertelindringen skal bli adekvat (Danielsen & Berntzen 2022, s. 443-444). Kartlegging av pasientens smerter baserer seg i stor grad på pasientens egen beskrivelse og opplevelse. Blant

annet bør sykepleieren hente informasjon om smertens intensitet og kvalitet. For eksempel ved hjelp av kartleggingsverktøyet *numeric rating scale* (NRS), en numerisk skala fra 0 til 10, hvor pasienten rangerer sin egen smerte hvor 0 er ingen smerte og 10 er verst tenkelige smerte (Danielsen & Berntzen, 2022, s. 447). Disse beskrivelsene er det kun pasienten som kan gi og en viktig forutsetning for god smertelindring er en gjensidig tillit mellom pasient og sykepleier. Sykepleieren må stole på at pasientens beskrivelse av smerteopplevelsen er sann og pasienten må ha tillit til at sykepleieren har et ønske om å hjelpe (Danielsen & Berntzen, 2022, s. 443-444). Dersom sykepleieren tviler på pasientens opplevelse vil dette kunne forringe kvaliteten på smertebehandlingen (Danielsen & Berntzen, 2022, s. 444). Samtidig som det er viktig å hente informasjon i dialog er det også viktig å kartlegge objektive data som kan fortelle noe om pasientens smerter. Det kan være ansiktsuttrykk og mimikk, svette, endret respirasjonsmønster og økt puls og blodtrykk (Danielsen & Berntzen, 2022, s.445).

2.3 Sykepleiers behandlende og lindrende funksjon

En sykepleier har flere funksjoner innen pasientrettet arbeid. En av disse er den behandlende funksjonen (Grønseth & Nortvedt, 2022, s. 8). Denne funksjonen tar utgangspunkt i sykepleieprosessen som metode. Dette innebærer datasamling, vurdering, planlegging, gjennomføring, evaluering og dokumentering (Grønseth & Nortvedt, 2022, s. 8). I smertebehandling av pasienter er det spesielt viktig med kartlegging av smertene som en del av datasamlingen og dette gjøres gjennom blant annet gjennom observasjoner, dialog med pasienten og målinger av vitale parametere, som for eksempel puls eller blodtrykk (Grønseth & Nortvedt, 2022, s. 8; Danielsen & Berntzen, 2022, s. 444-445). Det kan også innebære å følge opp og gjennomføre medisinsk utredning og behandling som er forordnet av lege (Grønseth & Nortvedt, 2022, s. 8). I tillegg til dette omhandler det tiltak med hensikt om å fjerne eller redusere pasientens plager og problemer (Kristoffersen et al., 2021, s. 20).

En annen av sykepleierens funksjoner er den lindrende funksjonen (Kristoffersen et al., 2021, s. 19). Denne funksjonen går ut på å redusere omfanget av et problem pasienten har når det ikke er mulig å fjerne problemet helt. Det kan for eksempel være smerter som følge av en sykdom som det ikke er mulig å fullstendig bli kvitt, men som kan lindres gjennom for eksempel medisiner eller sengeleie (Kristoffersen et al., 2021, s. 20). Norsk sykepleierforbunds (NSF) yrkesetiske retningslinjer beskriver sykepleierens ansvar for å yte

omsorgsfull hjelp og lindre lidelse (Norsk sykepleierforbund [NSF], 2019). Smerte kan være en lidelse, og ikke nødvendigvis noe som kan behandles fullstendig. Da vil målet være å lindre lidelsen som smerten medfører, uansett hvem pasienten er. American Nurses Association fremhever at sykepleieren har et moralsk ansvar for å respondere når en pasient har behov for smertelindring og at det skal gjøres gjennom individuelle sykepleietiltak (American Nurses Association, 2018). Det er særlig viktig at sykepleieren, for å ivareta denne funksjonen, må rette fokus mot pasientens livskvalitet og erfaringer med tanke på sykdom og lidelse (Grønseth & Nortvedt, 2022, s. 9).

2.4 Menneske-til-menneske-forhold

I boken «Mellommenneskelige forhold i sykepleien» belyser Joyce Travelbee (1971/1999) at forhold mellom pasient og sykepleier må gjennomgå flere faser for å nå målet om gjensidig forståelse og kontakt. Hun trekker frem at det er viktig å se pasienten som et unikt individ og ikke som sin diagnose eller sykdom. Det presiseres at dette forholdet må ligge til grunn for å kunne utøve omsorgsfull sykepleie av god kvalitet (Travelbee, 1971/1999, s. 186). Vi skal videre presentere de fire fasene for å oppnå gjensidig forståelse og kontakt som Travelbee beskriver i modellen menneske-til-menneske-forhold.

Det innledende møtet

Det innledende møtet er første møte mellom pasient og sykepleier (Travelbee, 1971/1999, s. 186). Under dette møtet vil sykepleier observere pasienten og gjøre seg opp antakelser og meninger om vedkommende. Samtidig vil pasienten gjøre det samme om sykepleieren og begge vil danne seg et bilde av hverandre som defineres som førsteinntrykk. Dette bildet er ofte basert på tidligere erfaringer. Et godt førsteinntrykk kan være basert på at personen minner om noen vi kjenner eller at personen oppfyller vårt behov for anerkjennelse. Det kan også være preget av karaktertrekk man kjenner igjen fra andre man har møtt som i noen tilfeller vil kunne være negativt. Hva en ser og oppfatter, hvilke tanker og følelser som kommer til uttrykk legger grunnlaget for hvordan en vil reagere og opptre mot vedkommende. Den første oppfatningen av hverandre kan både bli stående eller endres etter hvert som en lærer å kjenne hverandre bedre (Travelbee, 1971/1999, s. 186).

Framvekst av identiteter

Denne fasen karakteriseres ved at partene begynner å se hverandre som unike individer. Samtidig som det etableres en tilknytning til hverandre skjer en form for atskillellesprosess hvor individuelle identiteter vokser frem. Det karakteristiske ved denne fasen er evnen til å se og verdsette mennesket, betrakte den andre i større grad av sin egen identitet og i mindre grad av kategorier. Sykepleieren begynner i denne fasen å få en forståelse av pasientens oppfatning av egen situasjon. Pasienten begynner å oppfatte sykepleieren som en enestående person og ikke som en rolle (Travelbee, 1971/1999, s. 188-189).

Empatifasen

Empatifasen består av evnen til å gå inn i eller dele og forstå den andres psykiske tilstand i et bestemt øyeblikk. Det å kunne vise empati fremmes av ønsket om å forstå den andre personen og at en har en rik erfaringsbakgrunn. Empati bygges på likhetstrekk mellom to personers erfaringer. For at sykepleier skal kunne vise empati må hen dermed ha en liknende bakgrunn eller situasjon å bygge på. Forståelsen som kan oppstå som et resultat av empatiprosessen, er en hjelp til å kunne forutse den andres atferd. I tillegg er empati et viktig skritt i retningen mot gjensidig forståelse og kontakt (Travelbee, 1971/1999, s. 193-200).

Sympati og medfølelse

Denne fasen handler om evnen til sympati og medfølelse som betyr at en klarer å sette seg inn i andres interesser og følelser. Sykepleier vil gjennom sympati og medfølelse kunne forstå den andres plager og få et ønske om å hjelpe vedkommende som har det vondt. Selv om sympati og medfølelse skaper en interesse eller bekymring rundt pasientens tilstand lar ikke sykepleieren seg oppsluke av dette, men bruker det i den pleien som blir gitt. Pasienten vil da kunne oppleve sykepleieren som individ og ikke bare som en person som hjelper hen (Travelbee, 1971/1999, s. 200-210).

Gjensidig forståelse og kontakt

Gjensidig forståelse og kontakt definerer Travelbee som det overordnede målet for all sykepleie. Dette er et resultat som gradvis har blitt bygget opp gjennom interaksjonene fra de foregående fasene (Travelbee, 1971/1999, s. 211).

2.5 Holdninger

«En holdning er en spesiell tilbøyelighet til å reagere på en bestemt måte overfor andre mennesker, ting eller hendelser» (Håkonsen, 2014, s. 185). Holdninger er en faktor som påvirker atferd i stor grad. Holdninger kan deles opp i tre deler: Den kognitive, den følelsesmessige og den atferdsmessige delen. Den kognitive delen handler om hvordan vi tenker, og hva vi mener om et emne. Disse tankene og meningene formes av ulike erfaringer og opplevelser vi har, og hva vi hører, ser og oppfatter rundt oss. Den følelsesmessige delen omhandler positive eller negative følelser som utløses. Det kan være positive reaksjoner som respekt og sympati, eller det kan være negative reaksjoner som avsky og forakt. De negative reaksjonene kan komme til uttrykk som fordommer. Den atferdsmessige delen handler om hva vi faktisk gjør som uttrykker holdningene våre. Det kan være at en velger utdanning, for eksempel sykepleier, utfra holdningene vi har til den aktuelle profesjonen og utdanningen (Håkonsen, 2014, s. 185-186).

Holdninger er dømmende i positiv eller negativ retning og det er ikke noe som forandres på en enkel måte, men noe vi har med oss over tid og er derfor relativt varige (Håkonsen, 2014, s. 185). Pasienter som har en stigmatisert lidelse, som rusmiddelavhengighet, kan møte på negative holdninger fra miljøet rundt seg, også sykepleiere. De kan bli oppfattet som annenrangs pasienter som igjen kan påvirke sykepleierens måte å møte dem på og føre til at de ikke får helsehjelpen de trenger og har rett på (Ytrehus, 2018, s. 224). Dette er noe sykepleieren bør være bevisst på. Allerede i den første formaliserte sykepleierutdanningen i 1886 ble det lagt stor vekt på holdninger, og er fremdeles et viktig fokus i utdanningen i dag (Nortvedt, 2021, s. 16 og 24).

2.6 Lovverk og retningslinjer

Som sykepleier er en bundet av flere lovverk. Blant annet er en bundet av helsepersonelloven og pasient- og brukerrettighetsloven. Til den aktuelle problemstillingen har vi valgt å trekke fram disse lovene og utvalgte paragrafer som er relevante. I tillegg til dette har Norsk sykepleierforbund formulert yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere som sier noe om hvordan en skal utføre arbeidet sitt og med hvilke holdninger. Også herfra har vi trukket ut utvalgte punkter som vi mener er særlig relevante for problemstillingen.

2.6.1 Helsepersonelloven

Helsepersonelloven er laget for å bidra til pasientsikkerhet og kvalitet i helse og omsorgstjenester samt å skape tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten (Helsepersonelloven, 1999, §1). Spesielt paragraf 4 trekker frem et krav om utførelse av faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp som samsvarer med helsepersonellens kvalifikasjoner. Dersom kvalifikasjonene ikke strekker til, skal helsepersonellet innhente nødvendig bistand eller henvise videre om nødvendig og mulig (Helsepersonelloven, 1999, §4). I smertebehandling av personer som har en opioidavhengighet kan det være viktig å ha god kunnskap om for eksempel hvordan avhengigheten kan påvirke den smertebehandlingen som skal gjennomføres slik at pasienten ikke blir utsatt for unødvendig lidelse (Skoglund & Biong, 2018, s. 187).

2.6.2 Pasient- og brukerrettighetsloven

Formålet med pasient- og brukerrettighetsloven er å bidra til å sikre befolkningens rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten, slik at alle har lik tilgang på tjenester av god kvalitet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-1). Kapittel 3 i pasient- og brukerrettighetsloven trekker frem pasientens rett til medvirkning i gjennomføringen av behandling (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). I behandling av smerter er det som tidligere nevnt kun pasienten selv som kan forklare og gradere egen smerte da smerte er en subjektiv opplevelse (Nortvedt & Ljoså, 2021, s. 28). Det er derfor viktig at pasienten selv bidrar i egen smertebehandling for at den skal være tilfredsstillende. Det er da også avgjørende at sykepleieren har et godt samarbeid med pasienten (Nortvedt & Ljoså, 2021, s. 32-33).

2.6.3 Yrkesetiske retningslinjer

NSF har utarbeidet en rekke yrkesetiske retningslinjer som legger noen rammer for hvordan en sykepleier skal utføre sitt arbeid. Videre vil vi trekke frem tre punkter vi tenker er særlig relevante for problemstillingen. Det første punktet, 1.1 sier at «sykepleie skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap» (NSF, 2019). Punkt 1.4 beskriver også sykepleierens personlige ansvar for å holde seg faglig oppdatert (NSF, 2019). Punkt 2.10 i disse retningslinjene beskriver sykepleierens ansvar om å vise omsorg og lindre lidelse (NSF, 2019). Smerte kan ses på som en lidelse og på bakgrunn av retningslinjene har sykepleieren et ansvar for å sørge for at pasienter er godt smertelindret (Nortvedt & Ljoså, 2021, s. 28). Punkt 6.2 beskriver sykepleierens ansvar for å bidra aktivt til at sårbare gruppers behov for helsetjenester imøtekommes (NSF, 2019). Personer med en opioidavhengighet kan

være en sårbar pasientgruppe som opplever stigmatisering og utilstrekkelig smertelindring i møte med sykehus som følge av dette (Skoglund & Biong, 2018, s. 183; Ververda et al., 2018).

3 Metode

I dette kapittelet skal oppgavens metode, søkeprosess og utvelgelse av øvrig fag- og forskningslitteratur presenteres. Vi vil beskrive kort hva metoden, litteraturstudie, går ut på før vi videre vil forklare søkeprosessen og utvelgelse av artiklene som skal være grunnlaget for å svare på problemstillingen. Til slutt vil vi presentere øvrig fag- og forskningslitteratur vi har brukt i oppgaven og hvordan vi har gått fram for å finne dette.

3.1 Litteraturstudie

For å undersøke problemstillingen skal vi benytte oss av metoden litteraturstudie. En litteraturstudie innebærer å samle og analysere allerede publisert forskning om et bestemt tema og problemstilling (Popenoe et al., 2021, s. 175). Resultatene i studiene skal analyseres for å så si noe om kunnskapstilstanden om det bestemte temaet og problemstillingen. For å gjøre en litteraturstudie må en først formulere en problemstilling og definere en pasientgruppe. Deretter gjennomføres systematiske søk i vitenskapelige databaser der en skal finne de mest relevante forskningsartiklene og deretter analysere resultatene i disse. Til slutt skal det trekkes en konklusjon med bakgrunn i forskningsresultatene, gjerne kategorisert etter samlede funn framfor én og én artikkel hver for seg (Popenoe et al., 2021, s. 175-176).

3.2 Søkeprosessen og utvelgelse av artikler

For finne forskningsartikler til denne litteraturstudien gjorde vi søk i databaser, hovedsakelig Cinahl, men også i PubMed som supplement. Ut fra problemstillingen plukket vi ut nøkkelordene smertebehandling, opioidavhengighet og sykepleiers erfaringer som vi har brukt som utgangspunkt for å finne emneord i databasene. Videre har vi valgt følgende inklusjons- og eksklusjonskriterier som vi har tatt utgangspunkt i under utvelgelse av artikler.

Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> • Sykehus • Pasienter med opioidavhengighet • Voksne pasienter over 18 år • Akutte smerter • Sykepleiers erfaringer • Fagfellevurdert 	<ul style="list-style-type: none"> • Behandling av opioidavhengighet • Barn • Kreft smerter, kroniske smerter

Som tidligere nevnt er smerter den vanligste årsaken til at personer kontakter helsevesenet (Danielsen & Berntzen, 2022, s. 437). Vi har valgt å ha konteksten sykehus som et inklusjonskriterium fordi dette er et typisk sted sykepleiere administrerer smertelindrende medikamenter og det er en kontekst vi selv har erfaring med å møte pasientgruppen (Danielsen & Berntzen, 2022, s. 45). Vi har da også valgt å inkludere artikler som handler om sykepleiers erfaringer. Vi har valgt å inkludere erfaringer med voksne pasienter over 18 år. Grunnen til at vi har valgt å ekskludere barn under 18 år er at det er svært sjelden man møter barn med opioidavhengighet (Klingenberg & Andresen, 2021). Vi har valgt å ha akutte smerter som et inklusjonskriterium for å begrense oppgavens omfang. Vi har derfor valgt å ekskludere studier med hovedfokus på langvarige smerter som kreft smerter og kroniske smerter. Det ekskluderer likevel ikke pasienter som har opioidavhengighet som følge av behandling av langvarige smerter, men som sykepleieren møter i forbindelse med akutte smerter. Vi har også valgt å avgrense søket til artikler nyere enn 2012, altså ikke eldre enn 10 år. Dette er for å sikre at forskningen vi bruker er nyere da dette er et felt hvor det kan ha skjedd endringer. Vi har også satt som inklusjonskriterium at forskningsartiklene skal være fagfellevurdert og publisert i anerkjente tidsskrifter for å sikre kvaliteten på studiene.

Vi startet det innledende søket i Cinahl med søkeordene «pain management» AND «substance abuse» AND «nurse attitudes». Selv om vi er ute etter erfaringer, som oversettes til «experiences», har vi valgt søkeordet «nurse attitudes» da det er dette som brukes i Cinahl. I Cinahl er det heller ikke et eget søkeord for opioidavhengighet, og vi har derfor valgt «substance abuse» da dette inkluderte misbruk av «drugs». Etter å ha gjort noen preliminære søk fant vi fler søkeord ut fra artikler vi tenkte var relevante og kom fram til følgende søk: («pain management» OR «pain (med subheading «prevention and control» og «drug therapy») OR «analgesics, opioid») AND («substance use disorders» OR «substance dependence» OR «substance abusers» OR «substance abuse») AND «nurse attitudes».

Grunnen til at vi valgte søke med «analgesics, opioid» var for å spisse søket ytterligere for å finne artikler som passet med vår problemstilling. Vi har også mange søkeord som omhandler avhengighet og misbruk da vi så at det var brukt forskjellige ord i ulike artikler. Dette søket ga da 57 resultater der 8 av artiklene var aktuelle basert på tittel og abstract. Etter å ha lest gjennom disse 8 satt vi igjen med 4 artikler vi ønsket å bruke. De andre 4 artiklene ble luket ut basert på inklusjons- og eksklusjonskriteriene.

Selv om vi gjennom søket i Cinahl fant 4 artikler vi kunne bruke, og dermed møtte oppgavens minstekrav for antall artikler, valgte vi likevel å gjøre et supplerende søk i PubMed. Dette var fordi vi ikke synes det var nok med resultatene i de allerede valgte artiklene, og at 3 av artiklene var kvalitative artikler med få deltakere. Søket i PubMed ble gjennomført ved å bruke søkeordene (substance use disorder) AND (pain) AND (Nurses experience). Her har vi valgt å søke med færre ord, da vi erfarte at PubMed er en database som ikke er like sensitiv på søkeord. Her kunne vi også søke med «nurses experience» da det i PubMed ikke brukes bestemte søkeord på samme måte som i Cinahl. Dette søket ga 40 artikler hvorav 33 ble sortert vekk basert på tittel som ikke tilfredstilte inklusjon- og eksklusjonskriteriene. 7 av artiklene var interessante basert på overskriftene, men etter å ha lest abstraktene var det kun 5 av dem som passet til vår problemstilling. I disse 5 leste vi gjennom hele teksten og fant ut at 4 av dem kunne brukes. 3 av de 4 hadde vi allerede funnet i Cinahl og tatt med derfra. Det var derfor bare den siste som ble tatt med videre fra PubMed da vi i hovedsak skulle bruke søket som var gjort i Cinahl.

Under søkeprosessen for å finne øvrig faglitteratur gjorde vi et søk på sykepleien.no. Her søkte vi på hovedtema for oppgaven: “smertebehandling av opioidavhengige”. Da kom vi over en forskningsartikkel fra 2012 som traff problemstillingen godt og som møtte inklusjons- og eksklusjonskriteriene vi hadde satt. Vi valgte derfor å inkludere denne artikkelen som vår 6. artikkel.

Videre vil søkene i Cinahl og Pubmed bli presentert i *Tabell 2: Søkestrategi*.

Tabell 2: Søkestrategi

Database og dato for søk	Cinahl 01.11.2022	PubMed 01.11.2022
Søkeord og kombinasjoner	((substance use disorder) OR (substance dependence) OR (substance abusers) OR (substance abuse)) AND ((pain) OR (Pain management) OR (“pain prevention and control”)) AND (nurse attitudes)	((substance use disorder) AND (pain)) AND (nurses experience)
Avgrensninger i søket	2012-2022	2012-2022
Antall treff totalt	33	40
Antall gjennomleste titler	33	40
Antall gjennomleste abstrakt	15	7
Antall gjennomleste fulltekstartikler	8	5
Antall artikler som kan inkluderes basert på inklusjons- og eksklusjonskriterier	4	4
Ytterligere inklusjons- og eksklusjonskriterier og avgrensning	Ikke aktuelt	Ikke aktuelt
Antall artikler inkludert i litteraturstudien	4	Kun én artikkel ble brukt fra PubMed, men 3 av de som ble brukt fra Cinahl dukket også opp her.
Inkludert artikkel nummer 1	Bohm, K., Lund, R., Norlander, J. & Vicente, V. (2019). Ambulance nurse’s experience to relieve pain in patients with addiction problems in Sweden. <i>International Emergency Nursing</i> . 46. https://doi.org/10.1016/j.ienj.2019.06.002	Samme som Cinahl
Inkludert artikkel nummer 2	Krokmyrdal, K. A. & Andenæs, R. (2015). Nurses’ competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional	Samme som Cinahl

	<p>survey study. <i>Nurse education today</i>, 35, 789-794. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.02.022</p>	
Inkludert artikkel nummer 3	<p>Morley, G., Briggs, E. & Chumbley, G. (2015). Nurses' experience of patients with substance-use disorder in pain: A phenomenological study. <i>Pain management Nursing</i>, 16(5), 701-711. https://doi.org/10.1016/j.pmn.2015.03.005</p>	Samme som Cinahl
Inkludert artikkel nummer 4	<p>Renbarger, K. M. & Draucker, C. B. (2021). Nurses' Approaches to Pain Management for Women with Opioid Use Disorder in the Perinatal Period. <i>Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing</i>, 50(4), 412-423. https://doi.org/10.1016/j.jogn.2021.03.001</p>	Samme som Cinahl
Inkludert artikkel nummer 5		<p>Horner, G., Daddona, J., Burke, D. J., Cullinane, J., Skeer, M. & Wurcel, A. G. (2019). "You're kind of at war with yourself as a nurse": Perspectives of inpatient nurses on treating people who present with a comorbid opioid use disorder. <i>PLoS ONE</i>, 14(10), Artikkel e0224335. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224335</p>

3.3 Øvrig fag- og forskningslitteratur

Vi har i denne oppgaven valgt å benytte en del faglitteratur, fagartikler og relevante forskrifter for å belyse problemstillingen i oppgaven. Faglitteraturen har vi funnet gjennom pensumlister fra tidligere emner og i andre bacheloroppgaver med lignende problemstilling. Fagartiklene er funnet gjennom søk i sykepleien.no.

I det teoretiske grunnlaget har vi brukt forskjellige lærebøker som har vært pensum gjennom sykepleierutdanningen. Fagboka *Klinisk sykepleie 1* (2022) har vært hovedkilden for teori om smerte, smertekartlegging og smertebehandling. Denne ble funnet gjennom pensumlister fra tidligere fag. I tillegg har vi blant annet brukt bøkene *Grunnleggende sykepleie - fag og*

profesjon (2021) og *Legemidler og bruken av dem* (2018). Vi har også trukket inn relevante paragrafer og punkter fra helsepersonelloven, pasient- og brukerrettighetsloven og yrkesetiske retningslinjer for å fremheve det juridiske aspektet rundt problemstillingen.

Vi har også valgt å supplere med noe litteratur som ikke har vært pensum, men som er sentrale for vår problemstilling i form av tematikken. Vi har derfor benyttet boken *Smerte – fenomen og etikk* av Nortvedt og Nortvedt (2018). Vi valgte akkurat denne boka da den har et særlig fokus på smerte som en personlig erfaring og opplevelse. Vi har også vurdert denne boka til å være av god kvalitet da forfatterne også har skrevet kapitler om smerter i pensumlitteraturen. Vi har også brukt boken til Joyce Travelbee (1971/1999) om hennes teori mellommenneskelige forhold i sykepleie for å belyse hvordan forholdet mellom pasient og sykepleier kan påvirke behandlingen sykepleier gir. Vi har i tillegg benyttet læreboken *Helsehjelp til personer med rusproblemer* av Biong og Ytrehus (2018). Vi har valgt å bruke denne boken da den har vært relevant for vår problemstilling knyttet til sykepleiers rolle i behandling av personer med opioidavhengighet. For å finne oppdaterte tall omkring personer med en opioidavhengighet i Norge har vi benyttet statistikk fra FHI skrevet av Edland-Gryt et al. (2022).

4 Resultater

Videre vil vi presentere resultatene fra artiklene vi har valgt ut. Først artiklene hver for seg i en artikkelmatrise, deretter en kort syntese av hovedresultatene i artiklene som en helhet.

4.1 Presentasjon av artiklene i matrise

Se *Tabell 3: Artikkelmatrise* på side 20 til 22.

4.2 Syntese av resultatene

Resultatene av disse seks artiklene viser at det er et behov for økt kunnskap blant sykepleiere om smertebehandling til opioidavhengige. Det går igjen at sykepleierne erfarer manglende kunnskap og kompetanse og uklare og mangelfulle retningslinjer. Det kom også fram at få av sykepleierne benyttet seg av kartleggingsverktøy. Sykepleierne forteller også at de er klar over at pasienter med opioidavhengighet har andre behov for smertebehandling enn pasienter som ikke har det, men synes likevel det er utfordrende. I tillegg til dette kommer det fram at noen sykepleiere har fordommer mot pasientgruppen om at de er vanskelige pasienter, og at dette kan påvirke kvaliteten på behandlingen. Sykepleierne er blant annet av den oppfatning at pasientene er russøkende og overdriver hvor mye smerter de har for å få mer smertestillende medikamenter. Videre går det igjen i disse artiklene at sykepleierne er redd for å bidra til eller forverre pasientenes avhengighet ved å gi opioider, og kan av den grunn være restriktive i dosen de mener er riktig.

Tabell 3: Artikkelmatrise

Database	Forfatter/årstall/land	Tittel	Hensikt	Design/metode	Funn	Kvalitetsvurdering
Cinahl	Bohm, K., Lund, R., Nordlander, J & Vicente, V. (2019) Sverige	Ambulance nurse's experience to relieve pain in patients with addiction problems in Sweden	Å beskrive prehospital akutt sykepleieres erfaringer med smertelindring hos pasienter med ruslidelse.	Beskrivende kvalitativ studie med semistrukturerte intervjuer av 8 prehospital akutt sykepleiere og induktiv innholdsanalyse.	Sykepleierne opplever smertebehandling av opioidavhengige som vanskelig og at retningslinjer er mangelfulle og uklare. Det er ikke bare kunnskap om smertefysiologien og farmakologien til pasientgruppen som er nødvendig, men også kunnskap om og holdninger til smerte og avhengighet.	Sjekkliste for kvalitativ studie (se vedlegg 1) 10/10 poeng
PubMed	Horner, G., Daddona, J., Burke, D. J., Cullinane, J., Skeer, M. & Wurcel, A. G. (2019). USA	“You're kind of at war with yourself as a nurse”: Perspectives of inpatient nurses on treating people who present with a comorbid opioid use disorder.	Hensikten med studien var å vurdere holdninger, oppfatninger og treningsbehov hos sykepleiere som pleier/behandler innlagte pasienter på sykehus som har en opioidavhengighet.	En kvalitativ studie med semistrukturerte intervjuer av 22 sykepleiere med ulik alder og ansiennitet og som jobber med innlagte pasienter på sykehus.	Sykepleierne i studien trekker frem at flere føler en indre konflikt rundt smertelindring av de pasientene med en opioidavhengighet da de var redd for at dette var å medvirke til deres avhengighet. Flere trekker også frem at de synes det er vanskelig å tro på smertene pasientene sier de har. Sykepleierne som deltok i studien ville gjerne ha mer kunnskap om personer med en opioidavhengighet slik at pleien til pasientgruppen skulle bedres, men de mangler ferdighetene og støtten til å kunne gjennomføre det.	Sjekkliste for kvalitativ studie (se vedlegg 2) 10/10 poeng
Cinahl	Krokmyrdal, K. A. & Andenæs, R. (2015) Norge	Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study	Å evaluere sykepleieres egenopplevde kompetanse på kunnskap om smerte, smertelindring til	Tverrsnittstudie med spørreundersøkelse gitt til sykepleiere på medisinsk og ortopedisk avdeling på to sykehus i Vest-	Sykepleierne opplevde selv manglende kompetanse med tanke på evaluering og behandling av smerter hos pasienter med opioidavhengighet. Majoriteten av sykepleierne mente at pasientene	Sjekkliste for cross sectional studies (se vedlegg 3) 8/8 poeng

Database	Forfatter/årstall/land	Tittel	Hensikt	Design/metode	Funn	Kvalitetsvurdering
			pasienter med opioidavhengighet og kilder hvorfra de tilegner seg kunnskap	Norge. 181 fikk tilsendt undersøkelse, 98 (altså 54%) svarte.	overdriver smerten og er uærlige i beskrivelsen av sine smerter og effekt av medisiner.	
Sykepleien forskning	Li, R., Undall, E., Andenæs, R. & Nåden, D. (2012)	Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus	Å kartlegge sykepleiere og legers handlinger, holdninger og kunnskaper om pasienter med opioidavhengighet med smerte på norske sykehus.	Beskrivende tverrsnittstudie med spørreskjema og et hensiktsmessig utvalg. Det ble levert ut 435 spørreskjemaer hvorav 312 (72%) svarte.	Spørreundersøkelsen viste manglende bruk av kartleggingsverktøy. Sykepleierne vurderte også kunnskapene sine om smertelindring til pasienter med opioidavhengighet lavere enn legene. I underkant av halvparten av respondentene svarte at de erstattet pasientens daglige opioidbruk. En betydelig større del av sykepleierne enn legene oppga også at de følte seg manipulert av pasientene.	Sjekkliste for cross sectional studies (se vedlegg 4) 6/8 poeng.
Cinahl	Morley, G., Briggs, E og Chumbley, G. (2015) Storbritannia	Nurses' Experience of Patients with Substance-Use Disorder in Pain: A Phenomenological Study	Å belyse mulige barrierer mellom sykepleiere og pasienter med en ruslidelse, og hvorfor smertebehandling kan bli utilstrekkelig hos denne pasientgruppen	Fenomenologisk tilnærming Semistrukturerte intervjuer med intervjuguide av 5 sykepleiere i ulik alder, med ulik klinisk bakgrunn og ulikt antall år med erfaring.	Pasienter med ruslidelse blir sett på som «vanskelige», «noncompliant» og «russøkende». Det trekkes frem at flere sykepleiere er mistenksomme i forbindelse med at smertene pasientene uttrykker er reelle. Studien viser at sykepleiere er klar over at personer med ruslidelse har andre behov med tanke på smertelindring, men likevel synes det er utfordrende og mangler kunnskap på området.	Sjekkliste for kvalitativ studie (se vedlegg 5) 10/10 poeng
Cinahl	Renbarger, K. M. & Draucker, C. B.	Nurses' approaches to pain management for women with	Å finne ut av sykepleiers tilnærming til	Beskrivende kvalitativ studie som benyttet seg av semistrukturerte	Studien fant at sykepleiernes tilnærming til smertelindring av disse pasientene var preget av en	

Database	Forfatter/årstall/land	Tittel	Hensikt	Design/metode	Funn	Kvalitetsvurdering
	(2021) USA	opioid use disorder in the perinatal period	smertelindring av kvinner med en opioidavhengighet i fødselsperioden.	individuelle intervjuer av 4 kvinnelige pasienter og 9 sykepleiere som metode.	forhåndsømming av kvinnene om at de var «drug-seeking», og uærlige. Studien viste også at flere faktorer reduserte kvaliteten på smertelindringen. Det var hindringer som frykt for å bidra til avhengigheten, en oppfatning om at pasientene som ikke etterspurte opioider var «gode» og de som gjorde det var «dårlige», at andre sykepleiere ikke fulgte tidsplanen for smertelindring, eller at en selv ikke hadde tid til det, og at de ofte ble møtt av pasienter som kunne banne, skrike og fysisk overfalle sykepleierne.	Sjekkliste for kvalitativ studie (<i>se vedlegg 6</i>) 9/10 poeng

5 Diskusjon

I denne delen av oppgaven blir resultatene fra de valgte forskningsartiklene diskutert i lys av tidligere presentert teori. Etter gjennomgang og analyse av resultatene til de valgte forskningsartiklene har vi kommet fram til tre hovedpunkter som oppsummerer sykepleiernes erfaringer med smertelindring til pasienter med opioidavhengighet. Disse oppståtte hovedpunktene vil videre diskuteres. Til slutt vil oppgavens styrker og svakheter rundt litteraturstudie som metode, litteratursøk og utvelgelse av artikler diskuteres.

5.1 Manglende kunnskap

Mangel på og behov for kunnskap er et av hovedpunktene som gikk igjen i flere av studiene vi har valgt å bruke (Bohm et al., 2019, s. 3; Horner et al., 2019, s. 9; Krokmyrdal & Andenæs, 2015, s. 791; Li et al., 2012, s. 256-257; Morley et al., 2015, s. 706). Dagens sykepleiepraksis krever kunnskap om flere forskjellige områder, blant annet helsefaglige og patofysiologiske kunnskaper (Nortvedt, 2021, s. 25). Flere av forskningsartiklene pekte på at kunnskapsmangel kan være et hinder for tilfredsstillende smertelindring (Morley et al., 2015; Krokmyrdal & Andenæs, s. 792, 2015; Bohm et al., 2019, s. 3). 87,8% av deltakerne i studien av Krokmyrdal & Andenæs (2015) svarte at de ikke hadde tilstrekkelig med kunnskap om smertelindring til pasienter med opioidavhengighet. I den samme studien oppga hovedvekten av deltakerne at deres kunnskap kom fra kolleger og arbeidsplassene og var erfaringsbasert, framfor kunnskapsbasert (Krokmyrdal & Andenæs, 2015, s. 792). Kunnskap er et av de redskapene sykepleieren har i møte med pasienter i praksis og grunnlaget for at sykepleien som utøves er faglig, etisk og juridisk forsvarlig (NSF, 2019). NSF's yrkesetiske retningslinjer punkt 1.4 presiserer at den enkelte sykepleier har et ansvar og en plikt til å holde seg faglig oppdatert ved hjelp av blant annet forskning og bidra til at ny kunnskap brukes i praksis (NSF, 2019). Resultatene i flere av de valgte studiene tydet på at mange sykepleiere kommer til kort på dette når det gjelder denne pasientgruppen (Bohm et al., 2019, s. 3; Horner et al., 2019, s. 9; Krokmyrdal & Andenæs, 2015, s. 791; Morley et al., 2015, s. 706). Bruken av kunnskapen som ligger til grunn for sykepleieutøvelsen er avgjørende for hvordan kvaliteten av tjenesten oppleves av pasienter, men også for det helsemessige utfallet av pasientbehandlingen (Holter, 2015, s. 114).

Pasienter med opioidavhengighet kan være en kompleks pasientgruppe og det er viktig å ha gode kunnskaper om smertebehandling for å kunne gi optimal smertelindring (Li et al., 2012, s. 259). Pasienter som har utviklet toleranse for opioider trenger høyere doser enn personer som ikke har det for å få samme effekt av medikamentet (Den norske legeforening, 2009, s.33). I studien av Li et al. (2012) oppga flertallet av deltakerne at de var klar over at pasienter med opioidavhengighet hadde behov for høyere doser (s. 257). Likevel svarte bare 38% av deltakerne i samme studie at de kartla pasientens daglige bruk av opioider (Li et al., 2012, s. 256). Pasienter med opioidavhengighet som skal behandles for smerte trenger individuell tilpasning basert på eget forbruk (Skoglund & Biong, 2018, s. 187). Et av hovedprinsippene i smertebehandlingen av pasienter med opioidavhengighet er at pasienten først må få dekket sitt basalbehov for opioider før en kan supplere med ekstra doser (Den norske legeforening, 2009, s. 33). Mangelfull kartlegging kan føre til at pasientene får for lave doser med smertestillende og ikke blir tilstrekkelig smertelindret (Skoglund & Biong, 2018, s. 187).

Studien av Li et al. (2012) trekker frem mangelfull bruk av og smertekartleggingsverktøy som en del av smertebehandlingen (s. 256-258). For å kunne gi optimal smertelindring, bør man kunne vurdere virkning av de smertelindrende medikamentene som administreres og kartlegge fortløpende (Danielsen & Berntzen, 2022, s. 455). Faglitteraturen samsvarer med nevnt studie og viser til at det er mangel på grunnleggende kunnskap om smertekartlegging og administrering av smertelindrende behandling blant sykepleiere (Danielsen & Berntzen, 2022, s. 438). Dette erkjente også noen av sykepleierne i en av de andre studiene, men uttrykte imidlertid en interesse for å lære mer om pasientgruppen (Horner et al., 2019, s. 9). Vår erfaring fra praksis er at NRS er et svært vanlig kartleggingsverktøy å bruke for å kartlegge smerter. Noen sykepleiere trakk likevel frem vanskeligheten med å bruke et slikt kartleggingsverktøy hvor pasienten graderer sin egen smerte, da de opplevde det som vanskelig å tro på pasienten (Bohm et al., 2019, s. 3). For at smertelindringen til pasienter med opioidavhengighet skal bli optimal er smertekartleggingsverktøy av essensiell betydning og nøyaktig kartlegging kan bidra til å redusere sannsynligheten for å føle seg «lurt» av pasienten (Li et al., 2012, s. 257-258). Det bidrar også til at smertekartleggingen blir systematisk og optimal (Danielsen & Berntzen, 2022, s. 445). Likevel ser en at sykepleiere er dårlige på å ta i bruk kartleggingsverktøy og forstå betydningen av de (Danielsen & Berntzen, 2022, s. 439; Li et al., 2012, s. 257-258). En mulig forklaring på manglende kartlegging kan være nettopp kunnskapsmangel hos sykepleier og at sykepleier ikke tror på pasienten (Bohm et al., 2019, s. 3; Horner et al., 2019, s. 6; Krokmyrdal & Andenæs, 2015, s. 791; Li et al.,

2012, s. 253; Morley et al., 2015, s. 707; Renbarger & Draucker, 2021, s. 417). Økt kunnskap om smerter hos pasienter med opioidavhengighet blant sykepleiere kan derfor øke forståelsen for pasientens smerteopplevelse og redusere den tilfeldige praksisen vi ser i dag (Danielsen & Berntzen, 2022, s. 438).

5.2 Sykepleiernes holdninger

Pasienter med opioidavhengighet blir møtt med negative holdninger på sykehus (Krokmyrdal & Andenæs, 2015, s. 790). Holdninger er noe alle mennesker har og er som regel med på å påvirke hvordan en tenker, føler og handler i gitte situasjoner (Håkonsen, 2014, s. 186). Kvaliteten på smertebehandling ser ut til å kunne bli påvirket av både holdninger og kunnskap og en sykepleier mente også at stigma mot pasientene kan være bunnet i mangel på kunnskap (Horner et al., 2019, s. 5; Krokmyrdal & Andenæs, 2015, s. 792). Flere sykepleiere i en av studiene beskrev at de selv og kolleger holdt tilbake smertelindrende medikamenter basert på egne meninger og kunnskaper. Blant annet mente de at en ny dose med smertestillende ikke ville ha noe effekt for pasienten og holdt dermed tilbake (Renbarger & Draucker, 2021, s. 417-418). Sammenliknet med faglitteraturen om smerte kan dette virke som en handling basert på holdninger og ikke fagkunnskap da faglitteraturen er klar på at det hovedsakelig er pasienten selv som kan vurdere effekten og behovet for mer smertelindring (Danielsen & Berntzen, 2022, s. 439). I pasient- og brukerrettighetsloven understrekes betydningen av likeverd hvor alle skal ha tilgang til tjenester av god kvalitet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-1). Sykepleiere har et ansvar for å følge loven og sørge for at handlingene som utføres er både faglig- og etisk forsvarlige og juridisk og har en plikt til å ivareta pasientenes behov (NSF, 2019). Hvis sykepleier handler på bakgrunn av holdninger isteden for lover og retningslinjer vil det være brudd på pasientens rettigheter.

Studien av Horner et al. (2019) trekker frem at negative holdninger og stigma mot pasienter med opioidavhengighet kan føre til en barriere mellom sykepleier og pasienten som kan påvirke kvaliteten av pleien som gis (s. 4). Flere sykepleiere beskrev pasientene som russøkende, og opplevde at de ba om mer opioider kun for å oppnå rus, ikke for å lindre smerter (Bohm et al., 2019, s. 3; Krokmyrdal & Andenæs, 2015, s. 791; Li et al., 2012, s. 257; Morley, et al., 2015, s. 707; Renbarger & Draucker, 2021, s. 417). Når sykepleieren skal tolke andres smerter blir det gjort utfra sykepleierens egne erfaringer, kunnskapsbakgrunn og eget skjønn (Danielsen & Berntzen, 2022, s. 438). Med dette kan det følge forventninger om

hvordan man bør reagere når man har smerter. Dersom pasienten ikke reagerer som forventet kan dette påvirke sykepleierens holdninger og tillit til pasienten (Danielsen & Berntzen, 2022, s. 438). En sykepleier trakk frem følelsen av en indre konflikt når det kom til å administrere smertestillende medikamenter til denne pasientgruppen. Hun forteller om at hun ikke kan holde tilbake smertelindrende medikamenter selv om hun opplever at pasientene er ute etter noe annet enn å lindre smerten (Horner et al, 2019, s. 6). Dersom sykepleieren ikke tar i betraktning at pasientens uttrykk for smerte kan være farget av pasientens tidligere erfaringer og bakgrunn, kan det ende med at sykepleieren handler utfra at ens egen oppfatning er mer objektiv og pålitelig enn pasientens beskrivelse av sin opplevelse (Danielsen & Berntzen, 2022, s. 438). Sykepleierens oppfatning av og holdning til pasienten er derfor en avgjørende faktor for kvaliteten på smertelindringen (Danielsen & Berntzen, 2022, s. 438).

5.3 Relasjon og tillit mellom sykepleier og pasient

Studiene viste at det er svekket tillit i relasjonen mellom pasient og sykepleier. Det kom frem at sykepleierne blant annet ikke hadde tillit til om pasienten snakket sant om smertene sine og mistenkeliggjorde dem (Bohm et al., 2019, s. 3; Horner et al., 2019, s. 6; Krokmyrdal & Andenæs, 2015, s. 791; Li et al., 2012, s. 256-257; Morley et al., 2015, s. 707; Renbarger & Draucker, 2021, s. 417). Dette til tross for at smerte i litteraturen er beskrevet som noe subjektivt og at det kun er pasienten selv som kan beskrive og gradere sin egen smerteopplevelse (Nortvedt & Nortvedt, 2018, s. 16). Det finnes også noen fysiologiske reaksjoner på smerte som kan måles og observeres, som økt puls og blodtrykk, men likevel opplevde noen av sykepleierne at svarene de fikk fra pasientene om smerteintensitet og smerteopplevelse ikke samsvarte med de målingene og observasjonene de selv gjorde (Bohm et al., 2019, s. 3; Danielsen & Berntzen, 2022, s. 452). Dette betyr imidlertid ikke at smertene ikke er reelle. Dersom smerter er vedvarende kan pasienten etter hvert tilpasse seg smertene, og de fysiologiske reaksjonene vil også normaliseres (McCaffrey & Beebe, 2001, sitert i Danielsen & Berntzen, 2022, s. 445). Dersom sykepleieren ikke har kunnskap om dette vil denne erfaringen kunne legge grunnlag for mistillit til pasienten. I følge Travelbee (1971/1999) vil måten vi oppfatter hverandre på i stor grad påvirke hvordan vi behandler og opptrer overfor hverandre (s. 186). I første møte kan pasienten og sykepleierens oppfatning av hverandre være bygget på stereotypier, tidligere møter med lignende personer eller informasjon fra andre. Travelbee (1971/1999) mener at sykepleieren har et ansvar for å bryte

denne stereotyperingen for å se mennesket bak pasient-merkelappen (s. 187). Det er også sykepleiers ansvar at det skal dannes et tillitsforhold med pasienten som er en grunnstein for god smertebehandling (Danielsen & Berntzen, 2022, s. 444). Resultatene av studiene vi har inkludert kan tyde på at flere sykepleiere ikke er klar over eller erkjenner dette ansvaret.

Én sykepleier fortalte om egen erfaring med avhengighet i familien. Hun trakk frem at hun opplevde at hun hadde bedre kunnskap om avhengighet som ga henne mer medfølelse for denne pasientgruppen (Horner et al., 2019, s. 6). Dette er noe Travelbee (1971/1999) også trekker frem i sin menneske-til-menneske-teori. I empatifasen beskriver hun at likhetstrekk mellom mennesker og bred erfaringsbakgrunn legger grunnlaget for å vise empati (s. 195). Sykepleierne i studiene antok imidlertid at pasientene ikke hadde så vondt som de sa og/eller var ute etter mer opioider for å oppnå rus, og viste dermed lite empati for pasientene (Bohm et al., 2019, s. 3; Horner et al., 2019, s. 6; Krokmyrdal & Andenæs, 2015, s. 791; Li et al., 2012, s. 256-257; Morley et al., 2015, s. 707; Renbarger & Draucker, 2021, s. 417). I fasen om sympati og medfølelse som Travelbee (1971/1999) beskriver, trekker hun fram at det må ligge til grunn et ønske om eller en trang til å lindre plager for å ha evne til sympati (s. 200). Sykepleieren kan ha empati for pasienten, men likevel mangle evnen til sympati og medfølelse dermed ikke være i stand til å forstå plagene pasienten opplever (Travelbee, 1971/1999, s. 200). Noen sykepleiere beskrev likevel at selv om de ikke ville bidra til eller forverre pasientens avhengighet, ville de heller ikke at pasientene skulle ha det smertefullt (Bohm et al, 2019, s. 3; Horner et al, 2019, s. 6; Krokmyrdal & Andenæs, 2015, s. 791). Smerteopplevelsen til en pasient vil ingen andre enn pasienten selv være i stand til å forstå fullt ut. Likevel kan sykepleieren indirekte ha adgang til pasientens opplevelse, til en viss grad, gjennom tillit og empati. Dette er grunnlaget for å tilrettelegge og gjennomføre god behandling (Nortvedt & Nortvedt, 2018, s. 45).

I studien av Renbarger og Draucker (2021) var noen av deltakerne selv pasienter med opioidavhengighet som hadde erfaring med smertelindring under fødsel. Noen av disse pasientene bekreftet at sykepleierne var dømmende og tvilte på dem. Pasientene beskrev at sykepleierne holdt tilbake smertelindrende medisiner og at de opplevde å bli møtt med himlende øyne dersom de etterspurte de smertestillende medisinene sine (Renbarger & Draucker, 2021, s. 418). Pasientenes erfaring om dårlig smertelindring er noe sykepleier bør ta på alvor og bør ta ekstra ansvar for i møte med denne pasientgruppen for å skape tillit (Li et al., 2012, s. 259). Dersom pasienten opplever mistillit fra sykepleier i tillegg til negative holdninger og mangelfull kunnskap kan dette bidra til at relasjonen mellom dem blir enda

dårligere, som igjen kan skape problemer for kvaliteten av pleien som skal gis (Danielsen & Berntzen, 2022, s. 443-444). Pasienten vil også kunne ta med seg denne opplevelsen videre hvor det kan påvirke en senere relasjon mellom pasienten og andre sykepleiere. Det samme går andre vei. Hvis sykepleier opplever å bli lurt av pasienten er dette en erfaring som kan være med å påvirke holdningene mot pasientgruppen og dermed en senere relasjon til pasienter med samme problemstilling (Travelbee, 1971/1999, s. 187).

5.4 Metodediskusjon

I denne delen av oppgaven vil vi diskutere de viktigste styrkene og svakhetene rundt oppgavens metode, som er litteraturstudie, litteratursøk og utvelgelse av artikler.

5.4.1 Litteraturstudie

Metoden vi har brukt i denne oppgaven er litteraturstudie. En fordel ved litteraturstudie er at det er en forskningsmetode som baserer seg på allerede gjennomførte studier slik at det vil kunne ta kortere tid å gjennomføre enn for eksempel å gjennomføre en egen enkeltstudie (Popenoe et al., 2021, s. 176). Siden problemstillingen i denne oppgaven baserer seg på erfaringer har det vært en fordel å benytte allerede gjennomførte studier slik at vi har kunnet samle resultater fra flere studier for å besvare vår problemstilling (Popenoe et al., 2021, s. 180). En ulempe kan derimot være at det kan være begrenset med relevant forskning eller forskning som treffer problemstillingen godt slik at en ikke finner det en er ute etter.

Ved en litteraturstudie blir det gjennomført strukturerte søk slik at søkene lett kan gjenskapes (Popenoe et al., 2021, s. 175). Vi erfarte at denne metoden krever en del ferdigheter i litteratursøk da noen databaser kan være vanskeligere å søke i enn andre. Dette er noe vi ikke har mye erfaring med fra tidligere og det kan dermed være svakheter i søket på grunn av dette. En annen begrensning som ble satt for oppgaven var at vi kun kunne ha med 4-6 artikler. Dette kan ha gjort at vi ikke har kunnet bruke alle relevante artikler vi har funnet. Likevel har det gjort at vi har måttet være mer kritiske i utvelgelsen av artikler som igjen kan ha bidratt til å velge artikler av god kvalitet. Det har også vært en begrensning på ordrammen på 7000-9000 ord som har gjort at oppgaven måtte begrenses for å ikke overskride ordgrensen.

5.4.2 Litteratursøk

På bakgrunn av føringer for oppgaven har vi hovedsakelig gjort søk i Cinahl. Fordeler ved å bruke Cinahl er at dette er en fagspesifikk database for sykepleie og lignende fag (Ormstad & Underdal, 2013, s. 223). I tillegg kan søkene i Cinahl spisses mer enn det kan i PubMed, som er den andre databasen vi brukte. Til gjengjeld er ikke PubMed like følsom med søkeordene så en kan få opp flere artikler i PubMed med samme søkeord som en bruker i Cinahl. Vi avgrenset søket til de siste 10årene som kan ha ført til at vi har gått glipp av gode artikler, men vi så at før avgrensningen hadde vi 58 artikler og etter fikk vi 34. Dette viser at de fleste av artiklene var nyere enn 10år.

5.4.3 Utvelgelse av artikler

Fire av seks valgte artikler hadde en kvalitativ forskningsmetode med semistrukturerte individuelle intervjuer, som er en hensiktsmessig metode for å svare på forskningsspørsmål som omhandler erfaringer (Popenoe et al., 2021, s. 180). Det å bruke dybdeintervjuer åpner for at deltakerne kan bruke egne ord for å svare på spørsmål. Denne metoden åpner også opp beskrivelse av egne erfaringer (Tjora, 2021, s. 128). Vår problemstilling handler om sykepleieres erfaringer, noe som baserer seg på personlige opplevelser. Derfor er hovedvekten av artiklene vi har valgt kvalitative studier. En av ulempene ved et slikt intervju kan likevel være at deltakerne føler de ikke vil svare fordi temaene er for private eller sensitive (Tjora, 2021, s. 162).

De to siste artiklene hadde derimot kvantitativ tilnærming med tverrsnittstudie med spørreskjema som metode (Krokmyrdal & Andenæs, 2015; Li et al., 2012). Dette er også en hensiktsmessig metode for å svare på forskningsspørsmål om erfaringer (Popenoe et al., 2021, s. 180). En av fordelene med denne metoden er at det benyttes spørreundersøkelse for å samle data som gjør det mulig å inkludere mange deltakere og få tilbake mye respons, i motsetning til kvalitative studier der utvalget typisk er mindre (Grønmo, 2020). Det er også lett å gjennomføre testen på nytt og eventuelt gjennomføre samme test andre steder i Norge.

Artiklene vi valgte var fra noen ulike land. To av dem var fra USA, én var fra Storbritannia, og de tre siste var fra Norge og Sverige. Dette kan være en svakhet ved utvalget, da halvparten av studiene var fra land utenfor Skandinavia. Disse landene kan ha et helsesystem som er annerledes enn i Skandinavia, og dette kan ha påvirket resultatene og deres overførbarhet til norsk praksis. Likevel anser vi det som en styrke da artiklene viste at problemstillingen vår er relevant flere steder i verden. Dessuten rettet ikke problemstillingen

seg direkte mot helsesystemet, men en spesifikk pasientgruppe og sykepleieres erfaringer. I tillegg samsvarte resultatene fra studiene utenfor Skandinavia med de som var fra Skandinavia. Vi vurderte dermed at artiklene fra USA og Storbritannia hadde overføringsverdi til norsk praksis og at de tilførte nyttig kunnskap til vår oppgave.

Artikkelen av Bohm et al. (2019) har en annen kontekst enn problemstillingen. Denne har konteksten ambulanse, pre-hospitalt. Resultatene sammenfalt likevel med resultatene fra andre artikler vi hadde valgt der konteksten var sykehus og hovedfokuset i problemstillingen var dessuten sykepleieres erfaringer. Denne studien inkluderte også sykepleiere som hadde mye erfaring med pasientgruppen og problematikken smertelindring. Vi vurderte at konteksten ikke har hatt stor betydning i denne studien fordi den har mange av de samme resultatene som de øvrige artiklene. Vi valgte derfor å inkludere artikkelen.

En annen artikkel som også skiller seg ut, er artikkelen av Renbarger og Draucker (2021). Denne omhandler smertelindring av kvinner med opioidavhengighet under fødsel. Sykepleierne kan ha andre holdninger overfor disse pasienten i og med at de har ansvar for et ekstra menneskeliv, hvilket igjen kan ha hatt innvirkning på resultatene. Likevel så vi at resultatene i denne artikkelen ikke skilte seg ut fra de øvrige artiklene i betydelig grad samt at den møtte våre inklusjons- og eksklusjonskriterier for øvrig. Derfor har vi likevel vurdert den som nyttig og valgt å inkludere den.

6 Konklusjon

I denne oppgaven ble de forsøkt å svare på problemstillingen: *Hvilke erfaringer har sykepleiere med smertebehandling av personer med opioidavhengighet på sykehus?* Sykepleierne erfarte at eget kunnskapsnivå ikke strekker helt til og at dette påvirker smertebehandling til opioidavhengige i stor grad. Det kan tyde på at lav kunnskap om pasientgruppen som fører til dårlig smertelindring er med på å skape dårlig relasjon mellom sykepleierne og pasientene. Studiene har vist at sykepleiernes forhold til denne pasientgruppen er preget av negative holdninger, for lite kunnskap om smertelindring og mistillit.

Selv med høyere utdanningsnivå og lengre erfaring viste studiene at det kan være utfordrende å legge fra seg fordommer og holdninger, og at det nødvendigvis ikke er noe lettere å håndtere smertelindring hos denne pasientgruppen. Sykepleierne erfarte at det kan være vanskelig å vurdere hva som er riktig å gjøre i situasjoner hvor pasienter med en opioidavhengighet ber om mer smertelindring. Både de utvalgte studiene og litteraturen viser en sammenheng mellom kunnskap, holdninger, relasjon og tillit og hvordan disse punktene påvirker sykepleierens handlinger.

Videre ser vi at dette er en problemstilling som har gått igjen over flere år. Kunnskapsmangel, negative holdninger og dårlig relasjon ser ut til å være hovedårsakene til mangelfull smertekartlegging- og behandling til pasienter med opioidavhengighet på sykehus. Ved å øke kunnskapsnivået om pasientgruppen allerede i utdanningen vil det kanskje kunne bidra til en holdningsendring blant sykepleiere og bedre behandling av pasientene.

Referanseliste

- American Nurses Association. (2018, 23. februar). The Ethical Responsibility to Manage Pain and the Suffering it Causes. <https://www.nursingworld.org/practice-policy/nursing-excellence/official-position-statements/id/the-ethical-responsibility-to-manage-pain-and-the-suffering-it-causes/>
- Bohm, K., Lund, R., Norlander, J. & Vicente, V. (2019). Ambulance nurse's experience to relieve pain in patients with addiction problems in Sweden. *International Emergency Nursing*. 46. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2019.06.002>
- Danielsen, A. & Berntzen, H. (2022). Sykepleie ved smerter. I D. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (6. utg., s.437-490). Gyldendal Akademisk.
- Degenhardt, L., Bucello, C., Mathers, B., Briegleb, C., Hammad, A., Hickman, M. & McLaren, J. (2010). Mortality among regular or dependent users of heroin and other opioids: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Addiction*, 106(1), 32-51. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03140.x>
- Den norske legeforeningen. (2009). Retningslinjer for smertelindring. *Smerte hos rusmiddelbrukere*. Den norske legeforeningen. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/6d9a7062741b4ef397e6868a31b88dc0/smertelindringshefte-retningslinjer.pdf>
- Edland-Gryt, M., Amundsen, E. J. & Christiansen, S. T. G. (2022, 30. mars). *Behandling for rusmiddelproblemer i spesialisthelsetjenesten*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/tiltak-og-behandling/behandling-for-narkotikaproblemer-i-spesialisthelsetjenesten/>
- Grønmo, S. (2020, 3. november). *Kvalitativ metode*. Store norske leksikon. https://snl.no/kvalitativ_metode
- Grønseth, R. & Nortvedt, P. (2022). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I D. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (6. utg., s. 1-21). Gyldendal Akademisk.

- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Horner, G., Daddona, J., Burke, D. J., Cullinane, J., Skeer, M. & Wurcel, A. G. (2019).
“You’re kind of at war with yourself as a nurse”: Perspectives of inpatient nurses on
treating people who present with a comorbid opioid use disorder. *PLoS ONE*, 14(10),
Artikkel e0224335. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224335>
- Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Klingenberg, C. & Andresen, J. H. (2021). *Nyfødtveileder: Neonatalt abstinenssyndrom og
antidepressiva/ antipsykotika i svangerskap*. Helsebiblioteket.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/retningslinjer/pediatri/nyfodtmedisin-veiledende-prosedyrer-fra-norsk-barnelegeforening/9-nevrologi-sanser-og-mishandling/9.14-neonatal-abstinens-syndrom-og-antidepressiva-antipsykotika-i-svangerskap>
- Kristoffersen, N. J., Skaug, E., Steindal, S. A., & Grimsbø, G. H. (2021). Introduksjon til
sykepleie som fag og tjeneste. I N. J. Kristoffersen, E. Skaug, S. A. Steindal & G. H.
Grimsbø (Red.) *Grunnleggende sykepleie: Fag og profesjon* (4. utg., s. 15-28).
Gyldendal Akademisk.
- 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>
- Li, R., Undall, E., Andenæs, R., & Nåden, D. (2012). Smertebehandling av rusmisbrukere
innlagt i sykehus. *Sykepleien Forskning*. 7(3), 252-260.
<https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0131>
- Morland, E. (2020, 22. oktober). Økt bruk av sterke opioider i Norge. *Sykepleien*.
<https://sykepleien.no/2020/10/okt-bruk-av-sterke-opioider-i-norge>
- Morley, G., Briggs, E. & Chumbley, G. (2015). Nurses’ experience of patients with
substance-use disorder in pain: A phenomenological study. *Pain management
Nursing*, 16(5), 701-711. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2015.03.005>

- Mørland, J. & Waal, H. (2016). *Rus og avhengighet*. Universitetsforlaget.
- Norsk legemiddelhåndbok. (2020, 30. juni). Opioidanalgetika. I *Norsk legemiddelhåndbok*.
<https://www.legemiddelhandboka.no/L20.1.2/Opioidanalgetika>
- Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 4. november 2022 fra
<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, F. & Ljoså, T. M. (2021). Smerte – en personlig og sammensatt opplevelse. I N. J. Kristoffersen, E-A. Skaug, S. A. Steindal (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, organisasjon og kompetanseutvikling* (4. utg., s. 17-43). Gyldendal Akademisk.
- Nortvedt, P. (2021). *Omtanke: innføring i sykepleietikk*. (3.utg.). Gyldendal Norsk Forlag.
- Nortvedt, P. & Nortvedt, F. (2018). *Smerte – Fenomen og etikk*. Gyldendal Akademisk.
- Odsbu, I., Handal, M., Borchgrevink, P. C., Clausen, T. & Skurtveit, S. (2022). Endringer i opioidbruken i Norge må tas på dypeste alvor. *Tidsskrift for Den norske legeforening*.
<https://tidsskriftet.no/2022/02/debatt/endringer-i-opioidbruken-i-norge-ma-tas-pa-dypeste-alvor>
- Ormstad, S. S. & Underdal, H. (2013). Informasjonskilder til kunnskapsbasert praksis. *Norsk epidemiologi*, 23(2), 221-224. <https://doi.org/10.5324/nje.v23i2.1648>
- 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>
- Popenoe, R., Langius-Eklöf, A., Stenwall, E. & Jervaeus, A. (2021). A practical guide to data analysis in general literature review. *Nordic Journal of Nursing Research* 41(4), 175-186. <https://doi.org/10.1177/2057158521991949>
- Renbarger, K. M. & Draucker, C. B. (2021). Nurses' Approaches to Pain Management for Women With Opioid Use Disorder in the Perinatal Period. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 50(4), 412-423.
<https://doi.org/10.1016/j.jogn.2021.03.001>

- Skjøtskift, S. (2018). Rusmidlenes virkninger og skadevirkninger. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (4. utg., s. 90-113). Cappelen Damm.
- Skoglund, A. & Biong, S. (2018). Sykepleie til personer med rusmiddelavhengighet i somatisk sykehus. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (4. utg., s. 178-194). Cappelen Damm.
- Slørdal, L. (2018a). Legemidler ved smerter. I H. Nordeng & O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (3. utg., s. 325-336). Gyldendal Akademisk.
- Slørdal, L. (2018b). Misbruk av legemidler og rusmidler. I H. Nordeng & O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (3. utg., s. 359-368). Gyldendal Akademisk.
- Tjora, A. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (4.utg). Gyldendal Akademisk.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (K. M. Thorbjørnsen, Overs.). Gyldendal akademisk. (Opprinnelig utgitt 1971).
- Ververda, J., Hansen, O. & Larsen, C. (2018, 11. mai). Rusmiddelavhengighet: Sykepleieres holdninger påvirker smertebehandling. *Sykepleien*.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.70402>
- Ytrehus, S. (2018). Familiens situasjon. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (4. utg., s. 215-233). Cappelen Damm.

Vedlegg 1

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Kritisk vurdering av:

Bohm, K., Lund, R., Norlander, J. & Vicente, V. (2019). Ambulance nurse's experience to relieve pain in patients with addiction problems in Sweden. *International Emergency Nursing*. 46.
<https://doi.org/10.1016/j.ienj.2019.06.002>

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

Formålet med studien er tydelig presentert og kommer fram allerede i abstraktet.

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

Kvalitativ metode er hensiktsmessig da målet med studien er å undersøke erfaringer.

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

Utformingen av studien er hensiktsmessig og forskningsdesign er beskrevet i artikkelen.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

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

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

Kommentar:

Det er gjort rede for utvalget av deltakere og hvordan disse ble valgt samt hvorfor. Det er også gjort rede for inklusjonskriterier deltakerne må oppfylle.

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

Ja – Nei – Uklart

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

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

Kommentar:

Metode for datasamling er beskrevet tydelig og det kommer fram at datainnsamlingen er gjort ved intervjuer og at disse er lagret i form av lydopptak.

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

Det ble gjort rede for forskernes rolle og mulige påvirkning, og beskrevet metode for å forsikre at resultatene blir tolket nå nøytralt som mulig.

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

Studien er godkjent av landets etiske komité, og det er beskrevet av studiets design oppfyller etiske prinsipper beskrevet av International Council of Nurses.

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

Ja – Nei – Uklart

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

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

- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar:

Gjennomføring av analyse er tydelig beskrevet og forskerne bruker blant annet sitater fra intervjuene for å underbygge funn. Det er en tydelig sammenheng mellom innsamlet data og kategorisering av funn.

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

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

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

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

Kommentar:

Funnene er kategorisert og presentert på tydelig vis. Funnene betraktes også som troverdig da alle 4 forskere har gjort analyse, og det underbygges med flere kilder.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

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

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

Kommentar:

Funnene i studien er nyttige da den tydelig får fram hvordan praksis kan endres. Funnene er vurdert opp mot aktuell praksis, og konkluderer med at det er behov for endringer.

Vedlegg 2

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Kritisk vurdering av:

Horner, G., Daddona, J., Burke, D. J., Cullinane, J., Skeer, M. & Wurcel, A. G. (2019). "You're kind of at war with yourself as a nurse": Perspectives of inpatient nurses on treating people who present with a comorbid opioid use disorder. *PLoS ONE*, 14(10), Artikkel e0224335. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224335>

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

Det blir godt beskrevet i studiens «background» at de er ute etter sykepleiers holdninger, oppfatninger og behov for kunnskap når de skal behandle personer med en opioidavhengighet.

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

Kvalitativ studie er hensiktsmessig da de er ute etter å bruke sykepleiernes erfaringer rundt behandling av personer med en opioidavhengighet.

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

Utformingen på studien er kvalitativ med intervjuer som er en hensiktsmessig måte å finne svar på erfaringer som vi er ute etter.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

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

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

Kommentar:

Den er hensiktsmessig i forhold til problemstillingen vi skal besvare, men studien har selv kommentert på at det kunne vært en endra bedre fordeling i kjønn. De har rekruttert deltakere via epost gjennom lederne på det medisinske senteret de holdt studien.

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

Ja – Nei – Uklart

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

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

- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar:

Intervjuene ble tatt opp og transkribert i et eget program. De brukte også en modell i siste del av analysen og et teoretisk rammeverk ble benyttet.

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar: Det blir beskrevet i studiens del som heter «limitations» bakgrunnsforhold som kunne ha påvirket dataene. Her skrives det blant annet at både intervjuerne og deltakerne jobbe i samme institusjon.

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

Alle deltakerne ga verbalt samtykke til å være med på studien.

Det ble forklart til deltakerne hvordan dataen vil bli behandlet og at svarene de gir er anonyme.

Deltakerne fikk også mulighet til å hoppe over spørsmål eller avbryte intervjuet når som helst.

Det ble også gitt tilatelse av «Executive director of the center of excellence of nursing research and innovations» på sykehuset.

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

Ja – Nei – Uklart

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

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

Kommentar:

Det kommer fram tydelig frem under metode delen at de bruker grounded theory når den ble transkribert og analysert.

Resultatene er delt opp i temaer som gjør det lett å se de forskjellige temaene som er tatt opp.

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

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

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

Kommentar:

Funnene er delt opp i temaer som gjør det lett å lese og forståelig.

De har brukt mange kilder i diskusjonsdelen for å diskutere funnene dems.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

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

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

Kommentar:

Studien presenterer at det bør gjøres flere og større studier som også inkluderer holdninger hos helsepersonell som ikke har like mye pasientkontakt.

For oss er disse resultatene/funnene relevante for vår studie da de har spesielt to temaer de tar opp som vi har funnet felles med andre studier.

Vedlegg 3

checklist for analytical cross sectional studies

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR ANALYTICAL CROSS SECTIONAL STUDIES

Reviewer: Nurses competence in painmanagement inpatient with opioidaddiction: a cross-sectional survey study

Date: 13/12-22

Author: Kurt A. Krokmyrdal og Randi Andenæs

Year: 2015 Record Number: Nurse education today, [Volume 35, Issue 6](#), June 2015, Pages 789-794

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>

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?				
Det blir presentert kriterier til deltakerne som sier at deltakerne må være registrerte sykepleiere og ha regelmessig kontakt med pasienter som er avhengig av opioider.	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the study subjects and the setting described in detail?				
Det ble beskrevet at det ble brukt spørreskjema som deltakerne fylte ut selv.	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | | | |
|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?
Spørreskjemaet som ble benyttet hadde allerede blitt brukt i en tidligere norsk studie. | X | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?
Alle fikk same spørreskjema uavhengig av erfaring, kjønn, yrkestittel etc. Det var også kun kriterier til at deltakerne hadde grunnutdanning. | X | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Were confounding factors identified?
Det ble gjort en pre-test av spørreskjemaet hvor de fikk tilbakemelding på at en del av spørsmålene var for personlige. | X | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Were strategies to deal with confounding factors stated?
På bakgrunn av tilbakemeldingene fra pre-testen ble en del av spørsmålene endret slik at de ikke ble for personlige. | X | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?
Ja, resultatene ble analysert ved å bruke et analyseprogram. | X | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Was appropriate statistical analysis used?
Ja, det ble brukt passende statistisk analyse i henhold til innholdet i studien. Ettersom studien skulle kartlegge egen vurdering av kunnskapsnivå passet det å bruke et spørreskjema og videre analysere resultatene. | X | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

Artikkelen er godt strukturert og oversiktlig, samtidig som den er transparent. Den passer inn i vår problemstilling og vi velger derfor å ta den i bruk. Den har et stort utvalg av deltakere (98 stk), og vi tenker derfor at resultatene er troverdige.

EXPLANATION OF ANALYTICAL CROSS SECTIONAL STUDIES CRITICAL APPRAISAL

How to cite: Moola S, Munn Z, Tufanaru C, Aromataris E, Sears K, Sfetcu R, Currie M, Qureshi R, Mattis P, Lisy K, Mu P-F. Chapter 7: Systematic reviews of etiology and risk . In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI, 2020. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>

Analytical cross sectional studies Critical Appraisal Tool

Answers: Yes, No, Unclear or Not/Applicable

1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?

The authors should provide clear inclusion and exclusion criteria that they developed prior to recruitment of the study participants. The inclusion/exclusion criteria should be specified (e.g., risk, stage of disease progression) with sufficient detail and all the necessary information critical to the study.

2. Were the study subjects and the setting described in detail?

The study sample should be described in sufficient detail so that other researchers can determine if it is comparable to the population of interest to them. The authors should provide a clear description of the population from which the study participants were selected or recruited, including demographics, location, and time period.

3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?

The study should clearly describe the method of measurement of exposure. Assessing validity requires that a 'gold standard' is available to which the measure can be compared. The validity of exposure measurement usually relates to whether a current measure is appropriate or whether a measure of past exposure is needed.

Reliability refers to the processes included in an epidemiological study to check repeatability of measurements of the exposures. These usually include intra-observer reliability and inter-observer reliability.

4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?

It is useful to determine if patients were included in the study based on either a specified diagnosis or definition. This is more likely to decrease the risk of bias. Characteristics are another useful approach to matching groups, and studies that did not use specified diagnostic methods or definitions should provide evidence on matching by key characteristics

5. Were confounding factors identified?

Confounding has occurred where the estimated intervention exposure effect is biased by the presence of some difference between the comparison groups (apart from the exposure investigated/of interest). Typical confounders include baseline characteristics, prognostic factors, or concomitant exposures (e.g. smoking). A confounder is a difference between the comparison groups and it influences the direction of the study results. A high quality study at the level of cohort design will identify the potential confounders and measure them (where possible). This is difficult for studies where behavioral, attitudinal or lifestyle factors may impact on the results.

6. Were strategies to deal with confounding factors stated?

Strategies to deal with effects of confounding factors may be dealt within the study design or in data analysis. By matching or stratifying sampling of participants, effects of confounding factors can be adjusted for. When dealing with adjustment in data analysis, assess the statistics used in the study. Most will be some form of multivariate regression analysis to account for the confounding factors measured.

7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?

Read the methods section of the paper. If for e.g. lung cancer is assessed based on existing definitions or diagnostic criteria, then the answer to this question is likely to be yes. If lung cancer is assessed using observer reported, or self-reported scales, the risk of over- or under-reporting is increased, and objectivity is compromised. Importantly, determine if the measurement tools used were validated instruments as this has a significant impact on outcome assessment validity.

Having established the objectivity of the outcome measurement (e.g. lung cancer) instrument, it's important to establish how the measurement was conducted. Were those involved in collecting data trained or educated in the use of the instrument/s? (e.g. radiographers). If there was more than one data collector, were they similar in terms of level of education, clinical or research experience, or level of responsibility in the piece of research being appraised?

8. Was appropriate statistical analysis used?

As with any consideration of statistical analysis, consideration should be given to whether there was a more appropriate alternate statistical method that could have been used. The methods section should be detailed enough for reviewers to identify which analytical techniques were used (in particular, regression or stratification) and how specific confounders were measured.

For studies utilizing regression analysis, it is useful to identify if the study identified which variables were included and how they related to the outcome. If stratification was the analytical approach used, were the strata of analysis defined by the specified variables? Additionally, it is also important to assess the appropriateness of the analytical strategy in terms of the assumptions associated with the approach as differing methods of analysis are based on differing assumptions about the data and how it will respond.

Vedlegg 4

checklist for analytical cross sectional studies

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR ANALYTICAL CROSS SECTIONAL STUDIES

Reviewer: Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus.

Date: 13/12-22

Author: Rita Li, Eva Undall, Randi Andenæs og Dagfinn Nåden.

Year: 2012. Record Number: Sykepleien forskning, 2012;7(3):252-260

Li, R., Undall, E., Andenæs, R., & Nåden, D. (2012). Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus. *Sykepleien Forskning*. 7(3), 252-260. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0131>

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined? Inklusjonskriteriene er klart presentert i metode delen. Det var krav til arbeid/ utdanning og erfaring med pasientgruppen.	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the study subjects and the setting described in detail? Det ble beskrevet at det ble lagt spørreskjema i posthyllen til hver enkelt på avdelingen hvor deltakerne jobbet og det ble satt en frist til innsamling igjen så deltakerne valgte selv hvor de svarte på skjemaene.	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>

- | | |
|---|--|
| <p>4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?</p> <p>Spørreskjemaene ble lagt på avdelingen i posthyllen til hver enkelt hvor deltakerne jobbet og de valgte selv hvor og når de ville svare på skjemaet innenfor en tidsfrist.</p> | <p>X <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |
| <p>5. Were confounding factors identified?</p> <p>Det ble gjort rede for utvalget og hvordan dette kan ha påvirket resultatene. Det ble også satt en tidsfrist på når skjemaene skulle leveres inn. Det ble og trukket fram at spørreskjemaet ikke var validert eller tester i andre studier.</p> | <p>X <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |
| <p>6. Were strategies to deal with confounding factors stated?</p> <p>Kan ikke se at det er tatt noen hensyn før studien ble utført.</p> | <p><input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |
| <p>7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?</p> <p>Det ble brukt et statistikkprogram og de delte opp svaralternativene fra 1-5.</p> | <p>X <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |
| <p>8. Was appropriate statistical analysis used?</p> <p>Ja, det ble brukt passende statistisk analyse i henhold til innholdet i studien. Ettersom studien skulle både kartlegge holdninger og kunnskap passet det å bruke et spørreskjema og videre analysere resultatene.</p> | <p>X <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |

Overall appraisal: Include **X** Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

Vi vurderer at denne artikkelen er relevant og god for vår studie og ønsker derfor å ta den med i oppgaven vår.

EXPLANATION OF ANALYTICAL CROSS SECTIONAL STUDIES CRITICAL APPRAISAL

How to cite: Moola S, Munn Z, Tufanaru C, Aromataris E, Sears K, Sfetcu R, Currie M, Qureshi R, Mattis P, Lisy K, Mu P-F. Chapter 7: Systematic reviews of etiology and risk . In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBIManual for Evidence Synthesis*. JBI, 2020. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>

Analytical cross sectional studies Critical Appraisal Tool

Answers: Yes, No, Unclear or Not/Applicable

1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?

The authors should provide clear inclusion and exclusion criteria that they developed prior to recruitment of the study participants. The inclusion/exclusion criteria should be specified (e.g., risk, stage of disease progression) with sufficient detail and all the necessary information critical to the study.

2. Were the study subjects and the setting described in detail?

The study sample should be described in sufficient detail so that other researchers can determine if it is comparable to the population of interest to them. The authors should provide a clear description of the population from which the study participants were selected or recruited, including demographics, location, and time period.

3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?

The study should clearly describe the method of measurement of exposure. Assessing validity requires that a 'gold standard' is available to which the measure can be compared. The validity of exposure measurement usually relates to whether a current measure is appropriate or whether a measure of past exposure is needed.

Reliability refers to the processes included in an epidemiological study to check repeatability of measurements of the exposures. These usually include intra-observer reliability and inter-observer reliability.

4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?

It is useful to determine if patients were included in the study based on either a specified diagnosis or definition. This is more likely to decrease the risk of bias. Characteristics are another useful approach to matching groups, and studies that did not use specified diagnostic methods or definitions should provide evidence on matching by key characteristics

5. Were confounding factors identified?

Confounding has occurred where the estimated intervention exposure effect is biased by the presence of some difference between the comparison groups (apart from the exposure investigated/of interest). Typical confounders include baseline characteristics, prognostic factors, or concomitant exposures (e.g. smoking). A confounder is a difference between the comparison groups and it influences the direction of the study results. A high quality study at the level of cohort design will identify the potential confounders and measure them (where possible). This is difficult for studies where behavioral, attitudinal or lifestyle factors may impact on the results.

6. Were strategies to deal with confounding factors stated?

Strategies to deal with effects of confounding factors may be dealt within the study design or in data analysis. By matching or stratifying sampling of participants, effects of confounding factors can be adjusted for. When dealing with adjustment in data analysis, assess the statistics used in the study. Most will be some form of multivariate regression analysis to account for the confounding factors measured.

7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?

Read the methods section of the paper. If for e.g. lung cancer is assessed based on existing definitions or diagnostic criteria, then the answer to this question is likely to be yes. If lung cancer is assessed using observer reported, or self-reported scales, the risk of over- or under-reporting is increased, and objectivity is compromised. Importantly, determine if the measurement tools used were validated instruments as this has a significant impact on outcome assessment validity.

Having established the objectivity of the outcome measurement (e.g. lung cancer) instrument, it's important to establish how the measurement was conducted. Were those involved in collecting data trained or educated in the use of the instrument/s? (e.g. radiographers). If there was more than one data collector, were they similar in terms of level of education, clinical or research experience, or level of responsibility in the piece of research being appraised?

8. Was appropriate statistical analysis used?

As with any consideration of statistical analysis, consideration should be given to whether there was a more appropriate alternate statistical method that could have been used. The methods section should be detailed enough for reviewers to identify which analytical techniques were used (in particular, regression or stratification) and how specific confounders were measured.

For studies utilizing regression analysis, it is useful to identify if the study identified which variables were included and how they related to the outcome. If stratification was the analytical approach used, were the strata of analysis defined by the specified variables? Additionally, it is also important to assess the appropriateness of the analytical strategy in terms of the assumptions associated with the approach as differing methods of analysis are based on differing assumptions about the data and how it will respond.

Vedlegg 5

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Kritisk vurdering av:

Morley, G., Briggs, E. & Chumbley, G. (2015). Nurses' experience of patients with substance-use disorder in pain: A phenomenological study. *Pain management Nursing*, 16(5), 701-711. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2015.03.005>

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

Formålet med studien har et eget avsnitt hvor det står at de vil få en dypere forståelse for sykepleiernes erfaringer med personer med en «substance use disorder» og barrierene mellom dem.

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

Denne studien er ute etter erfaringer og det er derfor hensiktsmessig å bruke kvalitativ metode med semistrukturerte intervjuer.

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

Utformingen av studien er hensiktsmessig da de har tatt hensyn til at de i problemstillingen er ute etter erfaringer og de bruker semistrukturerte intervjuer slik at deltakerne kunne svare litt mer åpent.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

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

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

Kommentar:

De har gjort rede for hvor de valgte ut deltakere fra og hvorfor de valgte personer med forskjellig utdanningsbakgrunn og erfaring.

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

Ja – Nei – Uklart

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

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

Kommentar:

De har beskrevet hvor intervjuene ble holdt, at de brukte intervjuguide, at det var dybdeintervjuer, det ble skrevet notater. De har og beskrevet at det bør gjøres en større studie.

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

De har selv kritisert utvalget av deltakere som bare var et fåtall av kvinner. De kritiserer også at studien kommer fra et lite geografisk område i Storbritannia.

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

Ja de hadde søkt og fått godkjent studien av en etisk komité.

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

Ja – Nei – Uklart

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

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?

- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar:

De brukte en fenomenologisk tilnærming. De har brukt en vitenskapelig metode for å analysere. Det er en klar sammenheng mellom sitater fra deltakerne og diskusjonen.

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

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

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

Kommentar:

Det er trukket inn andre kilder for å underbygge funnene gjort i studien.

I tillegg har de trukket inn kilder for å både argumentere for og imot funnene.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

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

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

Kommentar: I konklusjonen blir funnene i studien belyst og viser til at det er barrierer mellom sykepleier og pasienter med «SUD» som kan påvirke behandlingen. Den viser også til at det trengs mer kunnskap om kompleksiteten rundt behandlingen av denne pasientgruppen.

Vedlegg 6

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Kritisk vurdering av:

Renbarger, K. M. & Draucker, C. B. (2021). Nurses' Approaches to Pain Management for Women With Opioid Use Disorder in the Perinatal Period. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 50(4), 412-423. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2021.03.001>

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

Formålet med studien kommer allerede fram i abstractet, og det kommer også fram tidlig hvorfor de ønsker å finne svar på dette.

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

Studien skal se på sykepleiers tilnærminger og opplevelser og derfor er kvalitativ studie hensiktsmessig.

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

Forskningsdesignet er hensiktsmessig for problemstillingen og er begrunnet i artikkelen.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

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

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

Kommentar:

Det gjøres nøye rede for utvalget av deltakere og hvordan og hvorfor akkurat de ble valgt ut. Det er også beskrevet karakteristika ved utvalget i tabell om inkluderer blant annet alder, etnisitet, kjønn og arbeidserfaring.

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

Ja – Nei – Uklart

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

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

Kommentar:

Metode for datainnsamling var intervju med intervjuguide, som også er beskrevet. Det kommer frem at det ble gjort lydopptak som igjen ble transkribert.

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

Forskeren har gjort rede for sin rolle og beskrevet hva hun har gjort for å unngå personlig forutinntatthet med tanke på analyseringen av dataen.

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

Det kommer frem at studien er godkjent av Indiana University og hvordan deltakerne fikk informasjon om studien, men det er uklart om dette er diskutert noe ytterligere. Det er bare nevnt.

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

Ja – Nei – Uklart

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

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?

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

Kommentar:

Analysen er nøye beskrevet. Det er beskrevet hvilken type analyse som er brukt, og punkt for punkt hvordan de har gjennomført den.

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

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

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

Kommentar:

Funnene er kategorisert utfra funnene og presentert på en ryddig og hensiktsmessig måte.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

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

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

Kommentar:

Funnene er nyttig for praksis og dette blir også diskutert i studien. Den trekker frem eksempler på hvordan funnene kan overføres til praksis.