

# Hvilke faktorer har betydning for smertekartlegging av pasienter med rusavhengighet på sykehus?

Kandidatnummer: 849 & 716  
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i sykepleie

Antall ord: 8926  
Dato: 02.01.2024



**Lovisenberg**  
diakonale høgskole

|   |   |
|---|---|
| Sammendrag  | Lovisenberg diakonale høyskole<br>Dato 02/01/24 |
| <u>Tittel</u><br>Hvilke faktorer har betydning for smertekartlegging av pasienter med rusavhengighet på sykehus?  |   |
| <u>Innledning</u><br>I denne oppgaven diskuteres det hvilke faktorer som har betydning for smertekartleggingen av pasienter med rusavhengighet på sykehus. Rusavhengighet er et utbredt problem, og personene som lider av dette er mer utsatt for ulike helseutfordringer. Pasientgruppen er derfor forventet å møte på sykehus.<br><br><u>Metode</u><br>Denne bacheloroppgaven er en generell litteraturstudie der problemstillingen besvares ved hjelp av forskningsartikler og faglitteratur. Det er valgt ut fire forskningsartikler som brukes i diskusjonsdelen til å besvare problemstillingen. Forskningsartiklene vi har brukt er funnet på Cinahl og Sykepleien Forskning.<br><br><u>Resultat</u><br>Forskningsartiklenes funn viser at sykepleier har manglende kunnskap og kompetanse om smertekartlegging og behandling. Funnene viser at manglende kunnskap og negative holdninger fører til mangelfull smertekartlegging. Pasientene står dermed i fare for å bli underbehandlet på sykehus. Pasientgruppen kan ha komplekse psykososiale behov. Sykepleierne i studiene opplevde det utfordrende å skape tillit og en relasjon til pasientene.<br><br><u>Diskusjon</u><br>Faktorene kunnskap, kompetanse, holdninger og evne til å utøve personsentrert sykepleie kan ha stor betydning for smertekartleggingen av pasienter med rusavhengighet. Mangel på kunnskap og kompetanse om smertekartlegging, kartleggingsverktøy og pasientgruppens utfordringer, kan ha en innvirkning på relasjonen mellom sykepleier og pasient. Videre diskuteres sammenhengen mellom negative holdninger og manglende kompetanse. Økt kunnskap og kompetanse er nødvendig for å sikre god smertekartlegging, og forhindre at pasientgruppen blir møtt med negative holdninger. Sykepleier må lytte og respektere pasientens smerteuttrykk. Slik kan pasientens verdighet, integritet og medbestemmelse bli ivaretatt. Ved å benytte Fundamentals of Care i sykepleieutøvelsen, kan det tenkes at kvaliteten på smertekartleggingen bedres. Sykepleier kan dermed sikre at egen utøvelse er personsentrert. |   |

Totalt antall ord: 256

# Innholdsfortegnelse

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| <b>1</b> | <b>Innledning .....</b>   | <b>1</b>  |
| 1.1      | Bakgrunn for valg av tema .....   | 1         |
| 1.2      | Sykepleiefaglig relevans .....  | 1         |
| 1.3      | Hensikt, problemstilling og avgrensning .....   | 2         |
| <b>2</b> | <b>Bakgrunn.....</b>  | <b>3</b>  |
| 2.1      | Rusavhengighet.....   | 3         |
| 2.1.1    | Fysisk og psykisk avhengighet.....  | 3         |
| 2.2      | Smertes hos pasienter med rusavhengighet.....   | 4         |
| 2.3      | Smertekartlegging og kartleggingsverktøy .....  | 5         |
| 2.4      | Kompetanse og holdninger .....  | 6         |
| 2.5      | Personsentrert sykepleie .....  | 7         |
| 2.5.1    | Fundamentals of Care.....   | 8         |
| 2.6      | Etiske og juridiske perspektiv som påvirker sykepleieutøvelsen i relasjon til problemstillingen ..... | 8         |
| 2.6.1    | Helsepersonelloven .....  | 9         |
| 2.6.2    | Pasient- og brukerrettighetsloven.....  | 9         |
| 2.6.3    | Yrkesetiske retningslinjer.....   | 9         |
| <b>3</b> | <b>Metode .....</b>   | <b>10</b> |
| 3.1      | Generell litteraturstudie.....  | 10        |
| 3.2      | Søkeprosessen og utvelgelse av artikler .....   | 10        |
| 3.3      | Øvrig og faglig forskningslitteratur .....  | 12        |
| <b>4</b> | <b>Resultat.....</b>  | <b>14</b> |
| 4.1      | Presentasjon av artiklene i matrise.....  | 14        |
| 4.2      | Syntese av artiklene .....  | 14        |
| <b>5</b> | <b>Diskusjon.....</b>   | <b>15</b> |
| 5.1      | Resultatdiskusjon.....  | 15        |
| 5.1.1    | Sykepleiers kompetanse om smertekartlegging .....   | 15        |
| 5.1.2    | Sykepleiers holdninger påvirker smertekartlegging.....  | 18        |
| 5.1.3    | Personsentrert sykepleie kan bedre smertekartlegging .....  | 20        |
| 5.2      | Metodediskusjon .....   | 23        |
| 5.2.1    | Litteratursøk .....   | 23        |
| 5.2.2    | Utvalgt litteratur .....  | 24        |
| <b>6</b> | <b>Konklusjon.....</b>  | <b>27</b> |
|          | <b>Referanseliste.....</b>  | <b>28</b> |

Vedlegg 1

Vedlegg 2

Vedlegg 3

Vedlegg 4

# 1 Innledning

Tall fra verdenshelseorganisasjon viser at 39,5 millioner mennesker led av rusavhengighet i 2021 (WHO, 2023). Dette tyder på at rusavhengighet er et stort samfunnsproblem.

Pasientgruppen har økt risiko for skader og sykdommer (Ronan & Herzig, 2016, s. 833).

Denne pasientgruppen er derfor forventet å møte på sykehus. Forskning viser at helsepersonell opplever utfordringer i behandling av pasienter med rusavhengighet (Ververda et al., 2018).

Smertekartlegging er et av de mest utfordrende problemene i praksis. Smerte er en subjektiv opplevelse, og kan derfor være krevende for sykepleier å kartlegge. Personer med rusavhengighet opplever ofte mangelfull smertekartlegging, som kan medføre inadekvat smertebehandling (Ververda et al., 2018). Behandling av smerte er svært viktig, ettersom den kan ha innvirkning på pasientens livskvalitet og velvære (Danielsen et al., 2016c, s. 384). Rammeverket Fundamentals of Care kan fungere som et hjelpemiddel for å gi personsentrert sykepleie (Muntlin & Kitson, 2020, s. 25). Ved å benytte dette i sykepleieutøvelsen kan sykepleier lære å samarbeide med pasienten, og sørge for at pasientens behov blir ivaretatt (Muntlin & Kitson, 2020, s. 29).

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Egne erfaringer har påvirket valget av tema. I praksis har vi observert situasjoner hvor sykepleiere opplever det utfordrende å behandle smerter hos pasienter med rusavhengighet. Dette er noe som har skapt engasjement hos oss. Vi ønsker derfor en bredere forståelse for hvorfor dette oppleves utfordrende, samt hva som kan bidra til adekvat smertekartlegging. Tilstrekkelig med kunnskap om pasientgruppen og rusavhengighet er vesentlig for at sykepleieutøvelsen skal være faglig forsvarlig. Valgt tema sees på som svært relevant i dagens samfunn. Som fremtidige sykepleiere er det viktig å være bevisst på denne problemstillingen, for å utøve rettferdig sykepleie for pasientene.

## 1.2 Sykepleiefaglig relevans

Smertekartlegging av pasienter med rusavhengighet kan være utfordrende og sykepleier må dermed ha tilstrekkelig med kunnskap og kompetanse om temaet (Ververda et al., 2018). Sykepleier har ansvar for å yte omsorgsfull sykepleie og å lindre lidelse. Sykepleiers oppgave og funksjon er å ivareta den enkeltes behov for helhetlig omsorg (Norsk Sykepleierforbund, 2023). For å kunne møte og behandle pasienter med rusavhengighet kreves det kunnskap,

kompetanse, bevisstgjøring av egne holdninger og fokus på personsentrert sykepleie (Heyn, 2015, s. 373-374). Dette er faktorer som kan være avgjørende for smertekartleggingen (Gran et al., 2013, s. 228). Alle mennesker er ulike, og trenger ulike former for sykepleie (Rotegård et al., 2015b, s. 257). Gjennom smertekartlegging basert på observasjoner og vurderinger, kan sykepleier igangsette smertelindrende tiltak (Rotegård et al., 2015a, s. 244). Denne observasjons- og vurderingskompetansen er grunnleggende for optimal smertebehandling (Danielsen & Berntzen, 2022c, s. 438). Yrkesetiske retningslinjer innebærer at sykepleier er juridisk og etisk forpliktet til å lindre pasientens lidelse (Norsk Sykepleierforbund, 2023). Helsepersonelloven krever at pasienter skal motta helsehjelp av god kvalitet (1999). En nøyaktig smertekartlegging kan være helsehjelp av god kvalitet.

### **1.3 Hensikt, problemstilling og avgrensning**

Hensikten med denne oppgaven er å få økt kunnskap og innsikt i hvilke faktorer som er av betydning for smertekartlegging av pasienter med rusavhengighet på sykehus. Derfor har vi valgt problemstillingen: *«Hvilke faktorer har betydning for smertekartlegging for pasienter med rusavhengighet på sykehus?»*. Med faktorer menes en omstendighet som bidrar til at noe skjer, for eksempel kunnskap eller mangel på kunnskap, kompetanse, holdninger og evne til å utøve personsentrert sykepleie. Vi ser på hvilke faktorer som kan ha betydning for smertekartlegging som helhet, både om smertekartleggingen skjer, om den er tilstrekkelig og om den skjer i tråd med etiske standarder og retningslinjer. Oppgaven tar for seg rammeverket «Fundamentals of Care», men den tredje dimensjonen om organisatoriske og politiske faktorer utelukkes, grunnet en nødvendig avgrensning for å besvare oppgavens problemstilling. I denne oppgaven blir det lagt vekt på sykepleiers utøvelse, og hva sykepleier kan gjøre for at pasienten opplever god smertekartlegging.

Vi har valgt å benytte begrepet «rusavhengighet» da det inkluderer ulike avhengighetslidelser. To av de valgte artiklene omhandler opioidavhengighet, noe som inngår i begrepet rusavhengighet.

Denne oppgaven legger til grunn at smertekartlegging er en del av smertebehandlingen. På grunn av oppgavens omfang, vil ikke smertelindring og selve smertebehandlingen. Vi bruker begrepet smerte i betydningen smerter knyttet til sykdommen som pasienten er innlagt for.

## **2 Bakgrunn**

I det følgende kapitlet presenteres det teoretiske kunnskapsgrunnlaget for oppgaven.

### **2.1 Rusavhengighet**

Rusavhengighet kjennetegnes av at personen har et sterkt ønske om å innta rusmidler, og har vansker med å ha et kontrollert bruk. Personen opprettholder bruken til tross for skadelige konsekvenser, og setter rusen foran andre forpliktelser og aktiviteter (Bramness, 2018).

Rus defineres som subjektive opplevelser og atferd. Det kan dreie seg om en tilstand av eufori og hevet stemningsleie som har blitt utløst av rusmiddelbruk. Rusen etterfølges av økt impulsivitet og nedsatt vurderingsevne. Nedsatt konsentrasjonsevne, innlæringsevne og hukommelse er også karakteristiske trekk under rusepisoder (Mørland & Waal, 2016, s. 17).

Rusavhengighet er en sykdom som utgjør et globalt helseproblem (Verdens helseorganisasjon, 2023). Sykdommen gir hyppige sykehusinnleggelser og helseproblemer. Dette kan skyldes smerter, da det er en av de største årsakene til at pasientgruppen oppsøker sykehus (Blay et al., 2012, s. 289). Personer med rusavhengighet er mer utsatt for å få HIV, hepatitt, sepsis, endokarditt, trofofeblitt og lungeabsesser (Ronan & Herzig, 2016, s. 833). Mange personer med rusavhengighet ønsker ikke å oppsøke sykehus fordi de er redd for å ikke bli trodd (Carusone et al., 2019, s. 3).

#### **2.1.1 Fysisk og psykisk avhengighet**

Fysisk avhengighet utvikles etter rundt to uker med kontinuerlig tilførsel av narkotiske stoffer (Danielsen et al., 2016e, s. 405). Avhengigheten viser seg som kroppslige abstinenssymptomer, når rusmidler seponeres brått eller gis i reduserte doser (Danielsen et al., 2016e, s. 404). Abstinenser kan være en fysisk og psykisk påkjenning og kan gjøre det krevende for pasienten å være på sykehuset. Det er viktig at sykepleier tar ansvar for at pasienten ikke blir abstinent. Slik kan pasienten få god behandling for den somatiske sykdommen pasienten er innlagt for (Skoglund & Biong, 2018b, s. 182). Abstinenssymptomer kan være uro, energimangel, tristhet og irritabilitet, eller mer alvorlige symptomer som forhøyet blodtrykk, puls, smerter, kvalme og psykose. Eksempler på smerter kan være hodepine, magekramper og skjellet- og muskelsmerter (Shaygani & Waal, 2009a). Det kan være ekstra utfordrende å avdekke den kliniske problemstillingen, ettersom

abstinenssymptomene kan skjule pasientens sykdom (Skoglund & Biong, 2018a, s. 186; 2018b, s. 182).

Tidlig forebygging og behandling av abstinenser, kan lette samarbeidet og relasjonsbyggingen mellom pasient og sykepleier (Skoglund & Biong, 2018b, s. 182). Hvor mye rusmiddel og hva slags type rusmidler pasienten inntar daglig, er derfor viktig for å forebygge og behandle abstinensene (Shaygani & Waal, 2009b, s. 115). Dersom abstinenssymptomene lindres kan pasienten oppleve å bli tatt på alvor (Skoglund & Biong, 2018b, s. 182).

Psykisk avhengighet kan oppstå når narkotiske stoffer brukes av andre grunner enn medisinske (Danielsen et al., 2016e, s. 405). Personer som lider av psykisk avhengighet kan vise atferd med stort engasjement for å skaffe seg og bruke legemidler, grunnet den psykiske effekten. Ved bruk av opioider kan en psykisk avhengighet eller vanedannelse raskt utvikle seg. Den psykiske avhengigheten kan oppleves som tvangspreget da personen kan være på jakt etter rusmidlet, selv etter at den fysiske abstinensen har avtatt (Danielsen et al., 2016e, s. 405).

Personer med rusavhengighet kan oppleve økt legemiddeltoleranse (Danielsen et al., 2016e, s. 404). Vedvarende bruk av en viss type legemiddel kan føre til at effekten blir dårligere, og kan derfor utvikle en toleranseutvikling. Dosen må derfor økes for å få samme effekt som tidligere (Spigset & Slørdal, 2018, s. 49). Pasientene som har økt legemiddeltoleranse kan dermed stå i fare for å bli underbehandlet på sykehus. Det kan være vanskelig å måle pasientens toleranse mot et legemiddel, og sykepleier er derfor avhengig av å stole på pasienten (Danielsen & Berntzen, 2022b, s. 464). Ved økt legemiddeltoleranse er pasienten ekstra utsatt for abstinenser. Vedkommende har dermed behov for en større dose for å tilfredsstillе brukerdosen (Simonsen, 2016, s. 26).

## **2.2 Smerter hos pasienter med rusavhengighet**

Smerte blir definert som en emosjonell og sensorisk opplevelse som følge av potensiell eller faktisk vevsødeleggelse (International Association for the Study of Pain, 2020). Smerter er en kroppslig erfaring av å ha det vondt (Nortvedt & Nortvedt, 2018, s. 16). Dette kan medføre negative konsekvenser for pasientens psykososiale behov, som frykt og angst, i tillegg til smerter fra den somatiske sykdommen. Å være smertelindret er en viktig dimensjon for å tilfredsstillе pasientens grunnleggende behov for velvære (Danielsen et al., 2016c, s. 384).

Ved langvarig rusbruk kan personen få nedsatt effekt av legemidler, samt fysisk abstinensstilstand som kan medføre smerter (Verdens helseorganisasjon, 2023). Smertefenomenet er en sammensatt opplevelse. Utfordringer som pasientgruppen kan oppleve, kan forverre smerteopplevelsen. Bare den som kjenner smerten kan vite hvor intens den er og hvordan den føles (Danielsen et al., 2016d, s. 383).

Ved langtidsbruk av opioider kan kroppen få økt sensitivitet for nociseptiv stimuli. Denne tilstanden blir kalt opioidindusert hyperalgesi (Oslo universitetssykehus, u.å-a). Ved denne tilstanden kan lett berøring føre til uutholdelige smerter (Danielsen et al., 2016b, s. 388). Dermed kan pasienter med rusavhengighet ha en lavere smertetoleranse og opplevelsen av smertestimuli forsterkes.

Personer med rusavhengighet kan tidligere ha erfart utfordringer i sosiale kontekster, og dette kan ha innvirkning på etablering av tillit til andre mennesker (Arefjord, 2021, s. 149). Forskning viser at personer med rusavhengighet er redde for å ikke bli trodd (Carusone et al., 2019, s. 4). Manglende tillit mellom pasient og sykepleier, kan være en utfordring ved smertekartlegging av denne pasientgruppen på sykehus (Muntlin & Jangland, 2020c, s. 42).

### **2.3 Smertekartlegging og kartleggingsverktøy**

Sykepleier har en sentral rolle i kartlegging av smerter. Smertekartlegging handler om å ivareta pasientens grunnleggende behov, samt innhente data, vurdere og observere pasientens tilstand. Deretter kan sykepleier iverksette individuelle tiltak, som skal virke smertelindrende (Danielsen & Berntzen, 2022c, s. 438).

Smertekartlegging og vurdering av smerter er en viktig sykepleieoppgave, og er avgjørende for smertebehandlingen. Vurdering av smerter kan innebære å forstå en ikke-verbal atferd. Dette kan for eksempel være tårer, grimaser og forknytt kropp (Danielsen & Berntzen, 2022a, s. 444). Det er også viktig å kartlegge hva pasienten selv uttrykker av smerte (Danielsen & Berntzen, 2022a, s. 445).

Smertekartlegging er et verktøy som skal bidra til å gi individuell og optimal smertebehandling (Bratli et al., 2020). Smertekartleggingsverktøy brukes for å oversette pasientenes subjektive oppfattelser av smerte, til noe mer konkret (Danielsen et al., 2016b, s. 390). Sykepleiers individuelle oppfatning og holdning får mindre fokus, og dokumentasjonen



og rapporteringen kan bli mer presis (Danielsen & Berntzen, 2022a, s. 446). Kartleggingen blir mer systematisk, og det blir enklere å sammenlikne vurderingene over tid. I tillegg kan det bidra til økt refleksjon blant sykepleierne. Det er også praktisk å bruke kartleggingsverktøy når sykepleier skal vurdere effekten av smertebehandlingen. Hyppig og rutinemessig bruk av smertekartleggingsverktøy kan gi økt kvalitet på smertebehandlingen (Danielsen et al., 2016b, s. 390).

NRS er et eksempel på et validert smertekartleggingsverktøy. Det er en smerteskala fra 0-10. Tallet 0 betyr ingen smerter og 10 er verst tenkelig smerte (Oslo universitetssykehus, u.å-b). Denne skalaen vurderer kun smerteintensiteten og er endimensjonal (Danielsen & Berntzen, 2022a, s. 445). En flerdimensjonal skala er for eksempel smerteskjemaet McGill Pain Questionnaire. Dette skjemaet måler både smertens intensitet og hvordan smerten påvirker pasienten (Danielsen et al., 2016b, s. 390). Skjemaet består av mange adjektiver som dekker smertenes sensoriske, affektive og evaluerende komponenter (Danielsen & Berntzen, 2022a, s. 446).

Clinical opioid withdrawal scale (COWS) er et annet verktøy som er designet for å avdekke opioidabstinenser (Mørland & Waal, 2016, s. 169). Dette verktøyet kan gjøre det enklere å vurdere alvorlighetsgraden av abstinenser og den fysiske avhengigheten (Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, 2023). Ved å benytte COWS observeres blant annet pasientens puls og svetting (Mørland & Waal, 2016, s. 169). Kartleggingsverktøyet som brukes bør være rettet mot pasientens forutsetning for å uttrykke smerte (Danielsen et al., 2016b, s. 390).

Smertekartlegging kan også utføres i samtale med pasienten. Elementer som er viktige å få frem i samtalen er smertenes lokasjon, intensitet, kvalitet, variasjon, varighet og hvilken funksjonsnedsettelse den eventuelt medfører (Danielsen et al., 2016b, s. 388). For å få mest mulig informasjon om pasientens smerter må det stilles direkte spørsmål (Danielsen et al., 2016e, s. 398). Slik kan sykepleier inkludere pasienten aktivt i behandlingen (Meld. St. 7, 2019-2020). Faktorer som kan påvirke samtalen kan være manglende tillit, at pasienten er agitert, sløv, impulsiv, har abstinenser eller er mistenksom (Strand, 2018, s. 113).

## **2.4 Kompetanse og holdninger**

Murrells et al. beskriver to tilnærminger til tolkning av sykepleiekompetanse. Den ene omtales som «behavioristisk» da den fokuserer på ferdigheter (2009, s. 18). Den andre

tilnærmingen regnes som «helhetlig», og innlemmer etikk, verdier og holdninger som elementer av kompetanse. Den helhetlige tilnærmingen anerkjenner behovet for reflekterende praksis (Cowan et al., 2005, s. 361). Det at sykepleier har erfaring og både teoretisk og praktisk kunnskap er viktig for god kompetanse. Kompetansen synliggjøres ved å praktisere tilegnet kunnskap og ferdigheter. Begrepet sykepleiers kompetanse innebærer å være kvalifisert til å ta kloke beslutninger og handle innenfor sykepleiefaget (Kristoffersen, 2017, s. 140).

Sykepleiere er pliktig til å ha tilstrekkelig og oppdatert kunnskap og ferdigheter (Norsk Sykepleierforbund, u.å). Både teoretisk og praktisk kunnskap er avgjørende for at kompetansen er god. Sykepleiers kunnskaper og holdninger er et avgjørende element som både kan begrense og øke muligheten for hver enkelt pasient (Fjørtoft, 2016, s. 162). Holdninger er en innstilling eller oppfatning hos et menneske. Den kan være et resultat av opplevelser, kunnskaper og erfaringer (Bostad et al., 2020). Det er mye som tyder på at det er en sammenheng mellom høyt kunnskapsnivå og gode holdninger (Granheim et al., 2015, s. 333). Tilstrekkelig kunnskap kan redusere antakelser og feilslutninger om pasientgruppen. Manglende kunnskap kan derfor føre til forutinntatte holdninger mot pasienter med rusavhengighet (Simonsen, 2016, s. 21-22). Pasienter med rusavhengighet krever en spesiell kompetanse, som er avgjørende for kartleggingen, og behandlingen som gis (Nesvåg, 2018, s. 42). Kunnskap om pasientgruppens utfordringer, smertekartlegging og personsentrert sykepleie kan utgjøre denne kompetansen.

## **2.5 Personsentrert sykepleie**

Personsentrert sykepleie er et begrep som blir brukt om sykepleiepraksisen med pasienten i sentrum (Fjørtoft, 2016, s. 12). Hver pasient er unik og har individuelle behov (Rotegård et al., 2015b, s. 257). Personsentrert sykepleie skal sikre at pasientens livssituasjon, helseutfordringer, behov og verdier blir ivaretatt. Denne praksisen skal fokusere på personen bak sykdommen, og anerkjenne hans livshistorie, følelser, ønsker og rettigheter (Eriksen, 2015, s. 899).

Relasjonen mellom pasient og sykepleier er en vesentlig faktor for utfallet av behandlingen (Eriksen, 2015, s. 900). Sykepleier må være bevisst på egen atferd og kommunikasjon (Heyn, 2015, s. 373-374).

### **2.5.1 Fundamentals of Care**

Rammeverket Fundamentals of Care skal fungere som et hjelpemiddel for å gi personsentrert sykepleie. Etablering av en relasjon, ivaretagelse av fysiske, psykososiale og relasjonelle behov er dimensjoner i rammeverket (Muntlin & Kitson, 2020, s. 25). Rammeverket kan lære sykepleiere å samarbeide med pasienten, og sørge for at pasientens behov blir ivarettatt. Deretter kan sykepleier vurdere om behandlingen som gis er personsentrert, sikker og etisk (Muntlin & Kitson, 2020, s. 29).

Å etablere en relasjon er kjernen i rammeverket. Pasienten skal være delaktig, og oppleve å bli sett og hørt. Tillit er avgjørende for utvikling av en relasjon (Muntlin & Jangland, 2020c, s. 42). Å opptre empatisk, respektfullt og vennlig, samt å lytte og ivareta pasientens integritet og autonomi kan bidra til å skape tillit (Muntlin & Jangland, 2020f, s. 44). Ved å opptre empatisk kan sykepleier forstå smertens ubehag og dens betydning for pasienten (Nortvedt & Nortvedt, 2018, s. 48). For hver pasient må etablering av tillit sees på som en pågående, dynamisk prosess (Muntlin & Jangland, 2020f, s. 44). Å være til stede, identifisere pasientens behov, og samle data er sentrale elementer for å skape en relasjon (Muntlin & Jangland, 2020e, s. 43). Dette kan bidra til god smertekartlegging. Ved å ha et helhetlig syn på pasientens behov kan sykepleier iverksette individuelle tiltak (Muntlin & Jangland, 2020b, s. 39). Sammen med pasienten kan sykepleier reflektere og evaluere behandlingen (Muntlin & Jangland, 2020d, s. 47).

Den andre dimensjonen i rammeverket omhandler ivaretagelse av fysiske, psykososiale og relasjonelle behov. Det er viktig at sykepleier forstår at behovene henger sammen, og hvordan de påvirker hverandre. Dette gir et helhetlig perspektiv på pasientens situasjon (Muntlin & Jangland, 2020a, s. 63).

### **2.6 Etiske og juridiske perspektiv som påvirker sykepleieutøvelsen i relasjon til problemstillingen**

Yrkesetikken er fremhevet som en stor del av sykepleiernes profesjonelle verktøy. Den består av både lover, egne verdier og norsk sykepleieforbunds yrkesetiske retningslinjer (Molven, 2019, s. 71).

### **2.6.1 Helsepersonelloven**

Helsepersonellovens hensikt er å bidra til sikkerhet for pasienter, tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten (1999, § 1). Loven fastsetter at helsepersonell skal utføre arbeidet sitt i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra kvalifikasjoner (1999, § 4). Dette kan knyttes opp mot problemstillingen ved at sykepleiere som skal gjennomføre smertekartlegging, må være faglig kompetente for det. Dersom sykepleier ikke er faglig kvalifisert, må nødvendig bistand innhentes (Helsepersonelloven, 1999, § 4).

### **2.6.2 Pasient- og brukerrettighetsloven**

Pasient- og brukerrettighetslovens formål er å sikre befolkningen lik tilgang på helsetjenester av like god kvalitet. Kapittel 3 slår fast at pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Siden smerte er en subjektiv følelse, er det viktig at pasienten medvirker til god smertekartlegging (International Association for the Study of Pain, 2020). Sykepleier kan derfor ikke innhente data om pasientens smerter, uten at pasienten beskriver de.

### **2.6.3 Yrkesetiske retningslinjer**

Yrkesetiske retningslinjer fungerer som et rammeverk, og skal definere og veilede etisk sykepleiepraksis. Ved å følge retningslinjene sørger man for at egen praksis overholder faglige normer, lover, forskrifter, veiledere og tilsynsorganer. Sykepleiere er pliktige til å hjelpe mennesker som har behov for helsehjelp (Norsk Sykepleierforbund, 2023). Sykepleiers oppgave er å fremme eller gjenopprette pasientens helse, forebygge sykdom og lindre lidelse. Pasientens integritet, verdighet og medbestemmelse skal respekteres og ivaretas. Sykepleier skal forebygge situasjoner som kan være til skade for pasienten (Norsk Sykepleierforbund, 2023). Å lindre lidelse kan være å lindre pasientens smerte. Faglig forsvarlig og omsorgsfull yrkesutøvelse handler om å arbeide ut ifra oppdatert forskning, brukerkunnskap og kompetanse. Det er viktig at sykepleier har selvinnsikt og er bevisst på egen kompetanse. Sykepleier bør be om veiledning ved behov. Mangelfull smertekartlegging kan utfordre faglig forsvarlig sykepleieutøvelse. God smertekartlegging kan gi adekvat smertebehandling, som lindrer pasientens lidelse (Norsk Sykepleierforbund, 2023).

### **3 Metode**

Videre vil oppgavens metode presenteres.

#### **3.1 Generell litteraturstudie**

En generell litteraturstudie er en syntese og analyse av tidligere publisert forskning om en relevant klinisk problemstilling. Dette er et vanlig format for akademiske avhandlinger på bachelornivå i sykepleie. Som forfatter av en litteraturstudie har man som oppgave å analysere resultatene av flere vitenskapelige studier, for så å beskrive kunnskapen om et bestemt tema (Popenoe et al., 2021, s. 175). For å kunne gjennomføre en generell litteraturstudie må man gjøre systematiske søk i vitenskapelige databaser, og analysere de mest relevante forskningsartiklene. Avslutningsvis trekker man en konklusjon på bakgrunn av resultatene av forskningen (Popenoe et al., 2021, s. 175-176).

#### **3.2 Søkeprosessen og utvelgelse av artikler**

Tabell for søkehistorikk og utvelgelse av artikler presenteres nedenfor.

To av fire valgte forskningsartikler har smertebehandling som hovedtema. Li et al. og Krokmyrdal og Andenæs omtaler smertekartlegging i artiklene sine. Oppgaven legger til grunn at smertekartlegging er en del av smertebehandlingen. Alle artiklene er relevante for å svare på problemstillingen, og kan derfor brukes i oppgaven. Cinahl og Sykepleien Forskning ble benyttet for å finne forskning til valgt problemstilling. I databasen Cinahl ble det utført et strukturert litteratursøk. 15 søkeord med explode ble benyttet. Slik sikret vi at underkategorier ble inkludert (Helsefagbiblioteket, 2020). Det ble benyttet synonymer av et begrep.

Søkeordene var «Substance Dependence» OR «Substance Use Disorders» OR «Substance Abuse» OR «Substance Abusers». Vi ønsket å finne forskning om denne pasientgruppen, deres smerter og smertekartlegging. «Pain Measurement» OR «Pain Management» OR «Pain» OR «Evaluation» ble benyttet som søkeord. For å finne forskning om sykepleiers kompetanse, kunnskap eller holdninger valgte vi å bruke søkeordene «Clinical Competence» OR «Nursing Knowledge» OR «Nurses Attitudes». Dette søket ga oss ikke ønskede artikler, og vi valgte derfor å bruke søkeordene «Nursing Staff, Hospital» OR «Nurses», sammen med de tre sist nevnte søkeordene.

Vi utførte også et søk i tidsskriftet Sykepleien Forskning, med tilsvarende søkeord som ble benyttet i Cinahl. Tidsskriftet gjorde det ikke mulig å utføre et strukturert søk. For å finne to

av artiklene ble følgende søkeord benyttet «Rusmisbruk» AND «Smerte» AND «Sykehus». Tidsskriftet gjorde det mulig å avgrense søket til kun forskningsartikler.

Det var ønskelig med oppdatert kunnskap. I Cinahl avgrenset vi derfor fra 2013 til 2023. I Sykepleien Forskning var det ikke mulig å avgrense søket etter utgivelsesår. Da oppdaget vi forskningsartikkelen til Li et al. fra 2012.

Litteratursøket kan bli uoverkommelig i en database som Cinahl. For å kunne snevre inn søket har vi hatt behov for noen inklusjons- og eksklusjonskriterier. Psykiske smerter er satt som et eksklusjonskriterium, da oppgaven har et annet fokus. Vi ønsket kun å inkludere voksne pasienter. For å avgrense problemstillingen valgte vi å ekskludere alkoholisme. Det var viktig å bruke fagfelleverderte artikler, og dette ble derfor et viktig kriterium. Vi ekskluderte tekster som omhandlet smertelindring, da dette hadde gjort oppgaven for medisinsk. Vi valgte smertekartlegging da dette inngår i smertebehandlingen, og er en forutsetning for å kunne behandle smerter og iverksette tiltak.

Det ble ikke gjort noen språklige avgrensninger, da de fleste av artiklene på Cinahl var engelskspråklige. Søket i Cinahl ga oss fire artikler som oppfylte våre inklusjons- og eksklusjonskriterier. To av artiklene ble valgt bort da de ikke kunne svare på valgt problemstilling.

| <b>Tabell for inklusjons- og eksklusjonskriterier</b> |  |
|---|--|
| <b>Inklusjonskriterier</b>                            | <b>Eksklusjonskriterier</b>  |
| Pasienter med rusavhengighet                          | Pasienter med alkoholavhengighet   |
| Voksne  | Pasienter som bruker subutex og metadon  |
| Smerter   | Psykiske smerter   |
| Innlagt på sykehus                                    |  |
| Smertekartlegging                                     | Smertelindring   |
| Fagfelleverderte forskningsartikler                   |  |
| Empiriske studier                                     | Systematic review artikler<br>Litteraturstudier<br>Diskusjonsartikler<br>Fagartikler |
| Europeiske studier                                    |  |



## Tabell for søkehistorikk og utvalg av artikler

|  |  |
|--|--|
| Database og dato for søk   | Cinahl. Utført 16.11.23  |
| Søkeord og kombinasjoner   | ((MH «Substance Dependence+»)) OR (MH «Substance Use Disorders+» OR (MH «Substance Abuse+»)) OR (MH «Substance Abusers+»)) AND (MH «Clinical Competence+» OR (MH «Nursing Knowledge»)) OR (MH «Nursing Staff, Hospital+»)) OR (MH «Nurses+»)) OR (MH «Nurse Attitudes»)) AND (MH «Pain Measurement»)) OR (MH «Pain Management»)) OR (MH «Pain+»)) OR (MH «Evaluation+»)) |
| Avgrensinger i søket   | Tid: Publisert etter 2013  |
| Antall treff totalt  | 145  |
| Antall gjennomleste titler   | 145  |
| Antall gjennomleste abstrakt   | 28   |
| Antall gjennomleste fulltekstartikler  | 13   |
| Antall artikler som kan inkluderes basert på inklusjons- og eksklusjonskriterier | 4  |
| Inkludert artikkel nummer 1  | Nr 102<br>Morley, G., Briggs, E. & Chumbley, G. (2015). Nurses' Experiences og Patients with Substance-Use Disorder in Pain: A Phenomenological Study. <i>Pain Management Nursing</i> , 16(5), 701-711.<br><a href="https://doi.org/10.1016/j.pmn.2015.03.005">https://doi.org/10.1016/j.pmn.2015.03.005</a>   |
| Inkludert artikkel nummer 2  | Nr 105<br>Krokmyrdal, K. A. & Andenæs, R. (2015). Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study. <i>Nurse Education Today</i> , 35(6), 789-794.<br><a href="https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.02.022">https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.02.022</a>   |

|                            |   |
|----------------------------|---|
| Database og dato for søk   | Sykepleien Forskning. Utført 16.11.23   |
| Søkeord og kombinasjoner   | «Rusmisbruk» AND «Smerte» AND «Sykehus» |
| Avgrensinger i søket       | Forskning                               |
| Antall treff totalt        | 4                                       |
| Antall gjennomleste titler | 4                                       |



|  |  |
|--|--|
| Antall gjennomleste abstrakt   | 3  |
| Antall gjennomleste fulltekstartikler  | 2  |
| Antall artikler som kan inkluderes basert på inklusjons- og eksklusjonskriterier | 2  |
| Inkludert artikkel nummer 1  | Li, R., Undall, E., Andenæs, R. & Nåden, D. (2012). Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus. <i>Sykepleien Forskning</i> , 7(3), 252-260.<br><a href="https://doi.org/10.4220/sykepleief.2012.0131">https://doi.org/10.4220/sykepleief.2012.0131</a>                                 |
| Inkludert artikkel nummer 2  | Govertsen, A. B., Aanensen, C. & Moi, E. B. (2019). Smerteteam kan være god støtte for helsepersonell ved smertelindring til rusavhengige. <i>Sykepleien Forskning</i> , 14(75746).<br><a href="https://doi.org/10.4220/Sykepleief.2019.75746">https://doi.org/10.4220/Sykepleief.2019.75746</a> |



### 3.3 Øvrig og faglig forskningslitteratur

Denne bacheloroppgaven er underbygget med relevant faglitteratur fra pensumlister, forskningsartikler og andre bøker for å kunne belyse problemstillingen. Faglitteraturen er funnet gjennom tidligere bacheloroppgaver med liknende tematikk og eldre pensumlister fra tidligere emner vi har gjennomført.

For å finne annen relevant litteratur har også søkemotoren Oria blitt brukt. Søkeordene «smerte» og «rusavhengighet» er benyttet for å finne artikler og bøker som er relevante for oppgaven. Ved disse søkene har vi funnet blant annet bøkene «Håndbok i rusbehandling» (Arefjord, 2021), «Rusmiddelavhengighet: lærebok for helse- og sosialfag» (Simonsen, 2016) og «Rus og avhengighet» (Mørland & Waal, 2016). Disse ble benyttet for å få en forståelse for pasientgruppens utfordringer, og hvordan sykepleiere bør møte dem. Oppgaven tar for seg smertekartlegging av pasienter med rusavhengighet, og derfor er det essensielt å skrive om smerteomfanget. Vi fant også boken «Smerte: fenomen og etikk» (Nortvedt & Nortvedt, 2018) i dette søket. Boken «Helsehjelp til personer med rusproblemer» (Biong & Ytrehus, 2018) dekker store deler av det teoretiske kunnskapsgrunnlaget, og er svært relevant for valgt tema.

En stor del av teorien er blitt hentet fra to ulike utgaver av boken «Klinisk sykepleie 1» for å kunne forklare problemstillingen (Stubberud & Grønseth, 2022; Stubberud et al., 2016). Kapitlet som heter «Sykepleie ved smerte» i den 5. utgaven har vært til stor hjelp når teorien skulle presenteres (Danielsen et al., 2016a). Bøkene «Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie - Sykepleieboken 1» (Grov & Holter, 2015), «Grunnleggende sykepleie bind 1» (Kristoffersen et al., 2017), «Klinisk kommunikasjon i sykepleie» (Heyn, 2018) og «Legemidler og bruken av dem» (Nordeng & Spigseth, 2018) har vært litteratur i tidligere pensumlister. Disse bøkene beskriver sykepleiers rolle og ansvarsområder i møte med pasienter. Boken «Hjemmesykepleie – ansvar, utfordringer og muligheter» (Fjørtoft, 2016) har ikke vært en del av pensumlitteraturen, men blir benyttet da den beskriver personsentrert sykepleie, samt betydningen av sykepleiers kunnskap og holdninger. Boken «Fundamentals og Care» (Muntlin & Jangland, 2020g) er blitt brukt en hel del da den beskriver hvordan sykepleier kan utøve personsentrert sykepleie. Denne boken har vært en del av pensumlisten både første og andre skoleår av bachelorutdanningen.

For å knytte diskusjonen opp mot lovverket har vi brukt «Lov om helsepersonell» (1999) og «Lov om pasient og brukerrettigheter» (1999). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk Sykepleierforbund, 2023) og boken «Sykepleie og jus» (Molven, 2019) er også blitt brukt. «Nasjonal helse- og sykepleieplan 2020-2023» (2019-2020) er benyttet for å tydeliggjøre viktigheten av å inkludere pasienten i behandlingen.

## **4 Resultat**

Videre presenteres resultatene i de valgte forskningsartiklene. Hver artikkel presenteres i tabell, og deretter skrives en kort syntese av hovedresultatene.

Kvalitetsvurdering er presentert i vedleggene 1-4.

### **4.1 Presentasjon av artiklene i matrise**

Artikkelmatrise presenteres i tabell.

### **4.2 Syntese av artiklene**

Resultatene av funnene fra de fire artiklene belyser hvilke faktorer som er av betydning for smertekartlegging av pasienter med rusavhengighet. Studiene vektlegger at sykepleierne i noen tilfeller ikke har tilstrekkelig kompetanse om de kliniske utfordringene som kan oppstå ved behandling av pasienter med rusavhengighet. Hovedsaken i funnene er manglende kunnskap om smertekartlegging og behandling. Artiklene peker på at sykepleierne opplevde det utfordrende å skape tillit og en relasjon til pasienter med rusavhengighet. Dermed kan det være vanskelig å gi personsentrert sykepleie. Funnene viser at negative holdninger kan føre til manglende smertebehandling. Pasientene står dermed i fare for å bli underbehandlet under sykehusoppholdet. Resultatene i studiene viser at sykepleiere behøver mer kompetanse, og at de blant annet kan få det gjennom smerteteam på sykehus. Det er en tydelig sammenheng mellom erfaring og kompetanse. Sykepleierne i studiene opplevde det vanskelig å kunne smertebehandle pasienter med rusavhengighet dersom de ikke hadde nok erfaring. Viktigheten av å være bevist på komplekse psykososiale behov er et gjentakende tema i de inkluderte artiklene.



## Artikkelmatrise

| Forfatter, årstall, land            | Tittel  | Hensikt   | Design/metode   | Funn  | Kvalitetsvurdering med sjekklister |
|-------------------------------------|---|---|---|---|------------------------------------|
| Govertsen et al., (2019) Norge.     | Smerteteam kan være god støtte for helsepersonell ved smertelindring av rusavhengige                    | Hensikten med denne studien var å synliggjøre sykepleiernes erfaringer fra smerteteam ved smertelindring av pasienter med rusavhengighet.                     | Design: Kvalitativt design.<br>Deltagere: Spesial sykepleiere fra smerteteam (n=6).<br>Datasamling: Seks semistrukturerte dybdeintervjuer ved fire norske sykehus.<br>Kvalitativ innholdsanalyse.                       | Smerteteam har mer kunnskap om pasienter med rusavhengighet. De kan derfor være en ressurs for sykepleiere på sengepost. Der smerteteamet oppdaget manglende kompetanse bisto de med støtte og undervisning. Smerteteam kan også bistå med rusanalyse og smertekartlegging.   | 9/9 poeng. Vedlegg 1               |
| Krokmyrdal & Andenæs, (2015) Norge. | Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study | Hensikten med denne studien var å kartlegge sykepleiernes kompetanse om smerter, og kompetansen deres i smertebehandling til pasienter med opioidavhengighet. | Design: Deskriptiv tverrsnittstudie.<br>Deltagere: Sykepleiere fra medisinsk enhet (n=64) og sykepleiere fra ortopedisk enhet (n=34).<br>Datasamling: Data ble innhentet ved hjelp av et selvadministrert spørreskjema. | 88 % av sykepleierne hadde utilstrekkelig kunnskap om smertebehandling til pasienter med opioidavhengighet. 84% svarte at utdanning, informasjonsteknologi og litteratur spilte en mindre rolle for å tilegne seg kunnskap om smertebehandling. Nesten 62 % svarte at de ikke | 9/9 poeng. Vedlegg 2               |



|                                      |   |   |   |   |                      |
|--------------------------------------|---|---|---|---|----------------------|
|                                      |   |   |   | stolte på den selvrapporterte smerten til pasientene med opioidavhengighet. Deltakerne poengterer at tillitt er en avgjørende faktor for å kunne smertebehandle pasienter.  |                      |
| Morley et al., (2015) Storbritannia. | Nurses' Experiences of Patients with Substance-Use Disorder in Pain: Phenomenological Study | Hensikten med denne studien var å kartlegge sykepleiers erfaringer, og å forstå hindringen mellom dem og pasienter med rusmiddelavhengighet som opplever smerter. | Design: Deskriptiv fenomenologisk design. Deltagere: smertesykepleier (n=1), spesialsykepleier (n=2), sykepleier med veilederutdanning (n=1) og akuttisykepleier (n=1). Datasamling: Kvalitativ metode med semistrukturerte intervjuer. Varigheten på intervjuene var 40-80 minutter med en intervjuguide hentet fra Morgan 2013. | Deltakerne uttrykte det utfordrende å behandle pasienter med rusavhengighet. De opplever det vanskelig å skape tillit til pasientene. Personlige holdninger, dårlig samhandling mellom lege og sykepleier, stor arbeidsbelastning og manglende kunnskap og erfaringer er faktorer som bidrar til redusert smertebehandling for personer med rusmiddelavhengighet. 1/5 av deltakerne nevnte hyperalgesi, 3/5 svarte legemiddeltoleranse når de fikk spørsmål om kliniske utfordringer i behandlingen. Sykepleierne presiserer at det er viktig å være bevist | 8/9 poeng. Vedlegg 3 |



|                          |   |  |  |  |                      |
|--------------------------|---|--|--|--|----------------------|
|                          |   |  |  | på pasientenes psykososiale behov for å kunne utøve personsentrert sykepleie.  |                      |
| Li et al., (2012) Norge. | Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus | Hensikten med denne studien var å kartlegge helsepersonellens handlinger, holdninger og kunnskap til pasienter med opioidavhengighet med smerter innlagt i norske sykehus. | Design: Beskrivende tverrsnittsdesign basert på en survey med et hensiktsmessig utvalg. Deltagere: Sykepleie (n=274) og leger (n=38). Datasamling: Utsendt spørreskjema. | Halvparten av de som svarte oppga at de aldri brukte smertekartleggingsverktøy. Funnene viser også at egenvurdert kunnskapsnivå var på 3/5. Helsepersonellens holdninger så ut til å trekke pasientens troverdighet i tvil. Når deltakerne fikk spørsmål om pasienter med opioidavhengighet kan oppleve hyperalgesi svare 45,3 % at de ikke viste. | 7/9 poeng. Vedlegg 4 |

## 5 Diskusjon

I dette kapitlet vil resultater fra valgte forskningsartikler diskuteres, og refleksjoner vil bli underbygget med teorien som tidligere ble presentert. Avslutningsvis vil vi diskutere oppgavens styrker og svakheter på bakgrunn av gjennomførte litteratursøk og valg av forskningsartikler.

### 5.1 Resultatdiskusjon

Ifølge Blay et al. er smerter en av de vanligste årsakene til at personer med rusavhengighet oppsøker sykehus (2012, s. 289). Sykepleiere har en funksjon og et ansvar ved smertekartlegging (Danielsen et al., 2016e, s. 397).

#### 5.1.1 Sykepleiers kompetanse om smertekartlegging

I studien til Li et al. oppga kun en fjerdedel av sykepleierne at de brukte smertekartleggingsverktøy i møte med pasienter med rusavhengighet på sykehus (2012, s. 256). Dette er ikke i tråd med teorien til Danielsen og Berntzen som viser at bruk av smertekartleggingsverktøy er nødvendig for å oppnå tilstrekkelig smertekartlegging (2022a, s. 444). Konsekvensene av manglende bruk av kartleggingsverktøy kan være utilstrekkelig og unøyaktig smertekartlegging. Dette kan henge sammen med manglende kunnskap eller manglende opplæring i å kartlegge pasientens smerter (Li et al., 2012, s. 257-258). Som nevnt i teorien kan kartleggingsverktøy føre til mer systematisk smertekartlegging, og det blir enklere for sykepleier å sammenlikne vurderingene over tid (Danielsen et al., 2016b, s. 390). Funnene til Li et al. samsvarer med funnene til Krokmyrdal og Andenæs der omtrent halvparten oppga at de ikke kartla pasientens smerter (2015, s. 789). Dette kan tyde på at smertekartlegging i mange tilfeller ikke skjer i tilstrekkelig grad. Smertekartleggingsverktøy gir fordeler som tidseffektivitet, presis rapportering og at de endimensjonale verktøyene er enkle å huske (Danielsen & Berntzen, 2022a, s. 446; Vuille et al., 2017, s. 674).

Endimensjonale smertekartleggingsverktøy kan på den andre siden føre til en flat smertekartlegging, som ikke går i dybden eller fanger opp helheten av smertene (Wood et al., 2010, s. 1259). Kartleggingsverktøy og spesielt NRS kan presenteres på ulike måter. Sykepleier kan forklare tallet 10 som den verste smerten pasienten har opplevd, og andre kan si at den er uutholdelig (Vuille et al., 2017, s. 672). Dette kan oppfattes ulikt, og man kan miste en felles forståelse av verktøyet. Sykepleier får heller ikke kartlagt om smertene skyldes abstinenser ved at pasienten oppgir smerteintensitet fra 0-10. Samtidig er smerte en subjektiv følelse, og det er vanskelig å måle smerte (Danielsen et al., 2016d, s. 383). Dermed vil ingen

kartleggingsverktøy måle smertene helt presist. Imidlertid kan smerteskjemaet, McGill Pain Questionnaire, bidra til en flerdimensjonal tilnærming (Danielsen et al., 2016b, s. 390). En kombinasjon av begge kartleggingsverktøyene kan derfor bidra til en mer omfattende og helhetlig forståelse av smerteopplevelsen.

Li et al. peker på manglende kunnskap som en mulig årsak til manglende kartlegging (2012, s. 257). Dette samsvarer med funn i studien til Krokmyrdal og Andenæs som viste at 45 % av informantene manglet grunnleggende kunnskaper om smertekartlegging (2015, s. 789). Tilstrekkelig kunnskap om smertekartlegging og aktivt bruk av smertekartleggingsverktøy er sentralt ved behandling av pasienter med rusavhengighet (Helsekompetanse.no, u.å). Dette gir sykepleier økt kompetanse om smertekartlegging, som kan tilfredsstillende pasientens behov. Sykepleiere skal ifølge helsepersonelloven opptre faglig forsvarlig og gi omsorgsfull sykepleie. Mangelfull kartlegging kan utfordre lovverk og etikk, da det kan være avgjørende for å iverksette tiltak for å lindre lidelse (1999, § 4). Dersom sykepleier ikke smertekartlegger mister hen muligheten til å samle relevant data om pasientens smerter og hva som er galt. Smerte, og da spesielt akutte smerter, er ofte et varselsignal på at noe er galt. Dersom sykepleier overser dem kan pasienten bli utsatt for en potensiell fare (Nortvedt & Nortvedt, 2018, s. 15).

Det er viktig at sykepleier også har kunnskap om pasientgruppen de arbeider med. Som nevnt i teoridelen er pasienter med rusavhengighet mer utsatt for hyperalgesi, abstinenser og økt legemiddeltoleranse (Danielsen et al., 2016b, s. 388; 2016e, s. 404). I studien til Morley et al. fikk helsepersonellet spørsmål om kliniske utfordringer ved smertebehandling av pasienter med rusavhengighet. Tre deltakere i studien nevnte legemiddeltoleranse. Kun én deltaker nevnte hyperalgesi (2015, s. 707). Lite kunnskap om hyperalgesi kan også sees i studien til Li et al. Deltakerne fikk spørsmål om pasienter med opioidavhengighet var overfølsomme for smerter. 45,3 % svarte at de ikke visste (2012, s. 257). Dette tyder på manglende kunnskap om de kliniske utfordringene. Pasientsikkerheten kan trues da pasientgruppen har økt legemiddeltoleranse og risikerer å bli underbehandlet på sykehus (Danielsen & Berntzen, 2022d, s. 464). Helsepersonelloven viser at sykepleiere skal bidra til sikkerhet for sine pasienter (1999, § 1). Det er derfor viktig å ha kunnskap om deres kliniske utfordringer, slik at disse kartlegges og behandles (Govertsen et al., 2019, s. 3). Helsepersonell er også juridisk pliktig til å sørge for at egen praksis er faglig forsvarlig. Å arbeide med pasientgruppen uten å ha tilstrekkelig med kunnskap, kan dermed true faglig forsvarlighet (Helsepersonelloven,



1999, § 4). Opplevelse av hyperalgesi og økt legemiddeltoleranse kan føre til at pasienten krever en større dose enn en pasient uten rusavhengighet (Spigset & Slørdal, 2018, s. 49). Kunnskap og kompetanse om pasientgruppens kliniske utfordringer er nødvendig for å utføre god smertekartlegging.

I studien til Li et al. oppga 38 % av deltakerne at de kartla pasientens rusbruk, og kun halvparten erstattet pasientens daglige bruk av opioider når de var innlagt (2012, s. 256). Ved å ikke kartlegge pasientens rusbruk, får ikke sykepleier informasjon om pasientens daglige dose av rusmidler. Dermed får ikke pasienten den brukerdosen som er nødvendig for å dekke det daglige inntaket. Dette er essensielt for å unngå abstinensutvikling og oppnå adekvat smertebehandling. Sykepleier bør kartlegge pasientenes daglige dose og hvilke stoffer pasienten inntar (Skoglund & Biong, 2018b, s. 182). Utvikling av abstinenser kan være ekstremt krevende for pasienten. De kan oppstå hos pasienter med både fysisk og psykisk avhengighet (Danielsen et al., 2016e, s. 404-405). Sykepleiers kunnskap om abstinensutvikling, kan ha stor betydning for om pasienten er abstinenspreget under oppholdet (Skoglund & Biong, 2018b, s. 182).

Som tidligere påpekt i teoridelen er COWS et kartleggingsverktøy for opioidabstinenser. Dette kan med fordel benyttes i behandlingen hos pasienter med rusavhengighet (Mørland & Waal, 2016, s. 169). Ved at sykepleier får opplæring i bruk av verktøyet kan utvikling av abstinenser hos pasienten unngås. Dette kan bidra til at pasienten opplever bedre behandling for den somatiske tilstanden hen er innlagt for. Behandling av abstinenser kan bidra til relasjonsbygging og pasienten kan oppleve å bli tatt på alvor og bli sett (Skoglund & Biong, 2018b, s. 182). Dermed har sykepleiers kunnskap om abstinensutvikling og COWS kun positive konsekvenser for smertekartleggingen.

I studien til Krokmyrdal og Andenæs oppga kun 65,3 % at de kunne kartlegge opphavet til smerten (2015, s. 791). De som ikke kunne kartlegge opphavet til smerten, vet ikke om den kommer av abstinenser, eller den somatiske sykdommen (Govertsen et al., 2019, s. 7). Som nevnt overfor kan abstinenssymptomer skjule pasientens sykdom, og derfor er det viktig at sykepleier behandler abstinensene (Skoglund & Biong, 2018a, s. 186).

Erfaringer fra en spesialsykepleier i studien til Govertsen et al., tydeliggjorde betydningen av å utføre en rusanalyse og smertekartlegge pasienten. Dersom sykepleier ser sammenhengen av pasientens behov, kan tiltak iverksettes. For å kunne gjennomføre god smertekartlegging er det viktig å ha fullstendige fakta om pasientens smerter. Sykepleier understreker også at det er

viktig å skape tillit og ta pasienten på alvor (2019, s. 7). Tillit er avgjørende for å utføre smertekartlegging (Govertsen et al., 2019, s. 10). Spesialsykepleierne fra studien til Govertsen et al. har mye erfaring og kompetanse som kan utveksles med de andre sykepleierne på sykehuset. Ved å la et smerteteam bistå i behandling av pasienter med rusavhengighet, kan sykepleier på avdelingen få økt kompetanse om smertekartlegging (2019, s. 16).

I henhold til yrkesetiske retningslinjer skal sykepleier respektere pasientens integritet, verdighet og medbestemmelse (Norsk Sykepleierforbund, 2023). Dette kan gjøres ved å inkludere pasienten i beslutninger om behandlingen. Slik kan sykepleier få informasjon om tiltakene fungerer, og effekten av smertebehandlingen. Deretter kan det gjøres tilpasninger ut fra den samlede informasjonen (Muntlin & Jangland, 2020d, s. 47). Dette gjør pasienten bevisst på egen smerteopplevelse og styrker tillitten mellom pasient og sykepleier. De yrkesetiske retningslinjene kan hjelpe sykepleier i riktig retning, og kan sørge for at pasienten blir møtt med respekt (Norsk Sykepleierforbund, 2023). Retningslinjene vil også være en forutsetning for god smertekartlegging.

Pasienter med rusavhengighet er en kompleks og sammensatt pasientgruppe (Aasbø, 2020). Det er dermed viktig at sykepleier holder seg faglig oppdatert for å unngå utilstrekkelig smertekartlegging av pasienten. Som nevnt overfor er sykepleier pliktig til å lindre lidelse, og det kan gjøres ved å kartlegge behovet for smertebehandling, og iverksette lindrende tiltak (Norsk Sykepleierforbund, 2023). Alle pasienter har rett på lik behandling, og sykepleier er dermed pliktig til å utføre kontinuerlige og systematiske observasjoner og vurderinger av smertene (Li et al., 2012, s. 257; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1).

### **5.1.2 Sykepleiers holdninger påvirker smertekartlegging**

Omtrent halvparten av sykepleierne i studien til Li et al. var usikre eller uenig i at rusavhengighet er en sykdom (2012, s. 258). Holdninger om at rusavhengighet er selvforskyldt kan medføre at helsepersonell bruker mindre tid med pasienten, enn hva man gjør med andre pasienter. Mindre tid med pasienten kan føre til at behovene ikke blir kartlagt eller anerkjent. Behandlingen kan bli påvirket, og det blir utfordrende å skape tillit (Li et al., 2012, s. 258). Det er mulig at denne holdningen skyldes mangel på kompetanse, kunnskap, erfaring og usikkerhet. Å møte pasientene med negative holdninger strider mot sykepleiers juridiske plikt til å gi likeverdig behandling (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Etske prinsipper skal sørge for at pasienten skal bli møtt med respekt (Norsk

Sykepleierforbund, 2023). Det er viktig at sykepleierne møter pasientene med en holdning om at rusavhengighet ikke er selvforskyldt (Li et al., 2012, s. 258).

Funn fra artiklene viser at sykepleierne har behov for økt kompetanse om smertekartlegging og kartleggingsverktøy i behandling av pasienter med rusavhengighet (Govertsen et al., 2019, s. 16; Krokmyrdal & Andenæs, 2015, s. 789; Li et al., 2012, s. 257). Studiene presenterer at manglende kompetanse kan være en av årsakene til usikkerhet blant sykepleierne i tilnærmingen til pasienter med rusavhengighet (Krokmyrdal & Andenæs, 2015, s. 789; Li et al., 2012, s. 257). Utøvelse av smertebehandling krever kontinuerlig bevisstgjøring og oppdatering av kunnskap, holdninger og verdier (Nortvedt & Nortvedt, 2018, s. 108). Det krever også at sykepleierne har fått grundig opplæring i kartleggingsverktøyene som brukes på avdelingen. Ifølge helsepersonelloven har sykepleier et juridisk ansvar om å holde seg faglig oppdatert (1999, § 4). Dersom sykepleier har manglende kompetanse, kan det føre til manglende smertekartlegging (Li et al., 2012, s. 257). Samtidig kan manglende kunnskap om pasientgruppen skyldes manglende erfaring. Erfaringer kan bidra til økt kompetanse. Dette kan være utfordrende som nyutdannet sykepleier, da de kan ha mindre erfaring. Dette kan ha innvirkning på deres kompetanse (Govertsen et al., 2019, s. 4; Morley et al., 2015, s. 706).

Manglende kunnskap kan bidra til å skape negative holdninger blant sykepleiere. Kunnskap er dermed en vesentlig faktor for holdningsendring (Simonsen, 2016, s. 22). Holdningen om at rusavhengighet er selvforskyldt kan påvirke evnen til å vise empati (Li et al., 2012, s. 258). Dette kan utfordre sykepleiers evne til å forstå smerteomfanget hos pasienten og ha innvirkning på smertekartleggingen (Nortvedt & Nortvedt, 2018, s. 48). Det er viktig at sykepleier viser en genuin interesse for pasienten, og stoler på hens smerteopplevelse (Danielsen & Berntzen, 2022a, s. 443-444; Govertsen et al., 2019, s. 6).

Som nevnt i teoridelen er verdier, etikk, holdning og kunnskap begreper som inngår i kompetanse (Cowan et al., 2005, s. 361). Alle de nevnte faktorene er med på å påvirke egen sykepleieutøvelse, og beslutninger som tas i tilknytning til behandlingen på sykehus. Dersom sykepleier har negative holdninger, kan det føre til mangelfull smertekartlegging. For å kunne ivareta pasientens behov, er det viktig at sykepleier er bevisst på egne holdninger (Li et al., 2012, s. 254). Pasientens møte med negative holdninger kan føre til mistillit til helsepersonell og helsevesenet, da tillit lett kan rives ned av krenkelser (Govertsen et al., 2019, s. 10). Dette strider mot loven da helsepersonell skal bidra til at pasienten har tillit til helsepersonellet og helse- og omsorgstjenestene (Helsepersonelloven, 1999, § 1). Økt kunnskap kan bidra til at

sykepleier får en forståelse for pasientens situasjon, og at negative holdninger kan endres (Simonsen, 2016, s. 21). Negative holdninger mot pasienten, kan føre til at pasienten ikke opplever respekt og verdsettelse (Govertsen et al., 2019, s. 6). Det er viktig at sykepleier møter pasienten som et medmenneske og ikke bare som en smertepreget pasient (Danielsen & Berntzen, 2022a, s. 444).

### **5.1.3 Personsentrert sykepleie kan bedre smertekartlegging**

Et tillitsforhold mellom sykepleier og pasient er avgjørende for adekvat smertebehandling. Likevel opplever flere sykepleiere dette svært krevende (Govertsen et al., 2019, s. 10; Morley et al., 2015, s. 704). Sykepleierne i studiene opplevde det utfordrende å stole på pasientens smerteopplevelse, og følte seg manipulert (Krokmyrdal & Andenæs, 2015, s. 789; Li et al., 2012, s. 257). De erfarte at pasientene overdrev egne smerter, og var uærlige når de oppga effekten av smertestillende (Krokmyrdal & Andenæs, 2015, s. 793). Flere studier peker på holdninger blant sykepleierne, som antyder at pasienter med rusavhengighet hadde en russøkende atferd (Li et al., 2012, s. 259; Morley et al., 2015, s. 707). Slike holdninger kan påvirke behandlingen (Li et al., 2012, s. 258).

En deltaker nevnte et eksempel fra et stell, som skulle utføres hos en pasient med rusavhengighet. Sykepleier fortalte at pasienten ikke var interessert, og stadig krevde mer smertestillende (Morley et al., 2015, s. 705). Pasientens atferd kan diskuteres og tolkes ulikt. Kan det være en mulighet for at pasienten ikke var tilstrekkelig smertebehandlet? Dersom dette var tilfellet, kan det være utfordrende og ubehagelig for pasienten å gjennomføre stellet. Sykepleier kan ha tolket situasjonen som om pasienten motstrider seg hjelp. Dersom smertebehandlingen ikke er tilstrekkelig, vil de aller fleste ønsket mer smertestillende. I dette tilfellet ble det oppfattet som russøkende. Samtidig bør det også vurderes at i enkelte tilfeller kan denne atferden være grunnet behov for rus.

Smerte er en subjektiv opplevelse og det er ikke alltid fysiologiske tegn til stede (Danielsen & Berntzen, 2022a, s. 445; Ververda et al., 2018). Dette kan være en årsak for at sykepleier oppfatter atferden som russøkende. Sykepleier kan tvile på smertens realitet, men da smerte er en subjektiv opplevelse, kan aldri pasientens smerteopplevelse avvises (Nortvedt & Nortvedt, 2018, s. 108). Studien til Li et al. diskuterer at sykepleiere vegrer seg for å gi opioider som smertestillende til pasienter med opioidavhengighet. Det kan henge sammen med manglende kunnskap om pasientgruppen og deres utfordringer, noe som kan føre til usikkerhet hos sykepleier. Mange sykepleiere er redde for å bli lurt, og kan betvile pasientens

smerterapportering. Frykten for manipulasjon kan føre til underrapportering av pasientens smerter (Li et al., 2012, s. 258-259). Når sykepleiere har holdninger om at pasientene er russøkende, kan dette påvirke hvordan vi oppfatter pasientens atferd.

På den andre siden kan enkelte pasienter være russøkende. I studien til Govertsen et al. fremhevdte deltakerne at enkelte pasienter opptrer manipulerende og lyver (2019, s. 6). Psykisk avhengighet kan ofte gjøre at pasienten får en russøkende atferd (Danielsen et al., 2016e, s. 405). De blir plassert i et fremmed miljø der de ikke har kontroll, og ikke har samme tilgang på rusmidler som de vanligvis har. Dette kan skape frykt for abstinenser eller overfølsomhet for smerter. Det er viktig å være bevisst på egne holdninger, for å unngå denne antagelsen om alle pasienter med rusavhengighet. Sykepleierne i studien til Govertsen et al. påpekte viktigheten av å «nullstille» seg før et pasientmøte, slik at pasienten blir møtt med en likeverdig holdning (2019, s. 6).

Forskning viser derimot at pasienter som ikke får tilstrekkelig smertebehandling, og opplever at sykepleierne holder tilbake medikamenter, kan bli aggressive og vanskelige. Dette kan forsterke sykepleiers holdninger, og kan skape mistillit (Li et al., 2012, s. 258). Noen pasienter med opioidavhengighet unngår å fortelle om eget rusbruk grunnet redsel for at deres smerteuttrykk skal oppfattes som russøkende (Li et al., 2012, s. 259). Dette kan skape en frykt for å bli møtt med mistillit og negative holdninger. Smertekartleggingen kan påvirkes i negativ grad da pasienten holder tilbake relevant informasjon. Derfor er det viktig at sykepleier møter pasienten med åpen holdning (Govertsen et al., 2019, s. 6).

Som tidligere nevnt viser helsepersonelloven at sykepleier skal skape tillit og sikkerhet for sine pasienter (1999, § 1). Derfor er en etablert relasjon avgjørende (Norsk Sykepleierforbund, 2023). På denne måten skaper sykepleier trygge rammer for en åpen og ærlig dialog om pasientens smerteopplevelse. Slik kan sykepleier gjennomføre en mer nøyaktig smertekartlegging (Muntlin & Jangland, 2020d, s. 47). Sykepleier skal møte pasienten med respekt, og deres medbestemmelse, verdighet og integritet skal ivaretas (Norsk Sykepleierforbund, 2023). Å anerkjenne og respektere pasientens smerteuttrykk er dermed essensielt for å bevare pasientens verdighet.

Ved å betvile pasientens smerteopplevelse, undergraver sykepleier pasientens troverdighet (Li et al., 2012, s. 259). Dette kan oppleves krenkende og fornærmende, og pasienten opplever å

ikke bli forstått (Danielsen & Berntzen, 2022a, s. 444). Krenkelseser kan føre til mistillit. Mistillit kan sees på som en konsekvens av underbehandling, men samtidig er tillit også avgjørende for smertekartleggingen (Govertsen et al., 2019, s. 10; Li et al., 2012, s. 258). Fravær av tillit og relasjon kan føre til at pasienten lukker seg (Carusone et al., 2019, s. 4). Det kan resultere i en uærlig samtale om pasientens eget rusbruk og behovet for smertestillende (Li et al., 2012, s. 254). Sykepleier klarer dermed ikke å utføre en tilstrekkelig kartlegging, og ivareta pasientens behov.

Å bruke god tid og lytte til pasientens behov er tillitsskapende, noe som kan resultere i god smertekartlegging. Pasientene må føle seg trygg, respektert og bli tatt på alvor (Govertsen et al., 2019, s. 10). Rammeverket Fundamentals of Care er i tråd med forskningsartiklenes funn om betydningen av tillit, som er sentralt for å etablere en relasjon. Dersom sykepleier på sykehus har kunnskap om rammeverket, og benytter det i smertekartleggingen, kan det tenkes at sykepleier får økt kompetanse og smertekartleggingen forbedres. Dette kan bidra til personsentrert sykepleieutøvelse (Muntlin & Jangland, 2020f, s. 44). Et annet argument for at sykepleier bør skape en relasjon, er for å unngå usikkerhet i behandling med denne pasientgruppen. Usikkerhet oppstår ved blant annet manglende evne til å skape en relasjon. Da kan slike pasientmøter oppleves svært krevende (Govertsen et al., 2019, s. 3). For å oppnå god kartlegging er det viktig at sykepleier våger å stille direkte og utfordrende spørsmål (Govertsen et al., 2019, s. 6). Spørsmål som «Hindrer smertene deg i å sove godt?» kan gi sykepleier informasjon om doseringen er tilstrekkelig, og om smertebehandlingen er som forventet (Danielsen & Berntzen, 2022d, s. 456). Ved å stille pasienten spørsmålet «Hva er viktig for deg?», inkluderer sykepleier pasienten aktivt i behandlingen. Sykepleier bør kartlegge pasientens «rus-sug», tankeflukt og forsøke å se pasientens perspektiv (Govertsen et al., 2019, s. 7). Å trene på egne kommunikasjonsferdigheter kan bidra til bedre smertekartlegging (Morley et al., 2015, s. 709). Slik kan pasientgruppen blir møtt på en bedre måte.

Hver pasient er unik og har individuelle behov. Viktigheten av å være bevisst på pasientens behov og forstå dem i sammenheng med hverandre, framgår i studien til Morley et al. Slik kan sykepleier gi personsentrert og helhetlig sykepleie. Å arbeide helhetlig er viktig og kan påvirke smertekartleggingen. Pasienter med rusavhengighet har ofte utfordrende psykososiale behov (Morley et al., 2015, s. 706-707). Noen pasienter kan oppleve det utfordrende å etablere tillit til andre mennesker (Arefjord, 2021, s. 149). Gjentakende tillitsbrudd i løpet av

livet kan ha en innvirkning på måten man samhandler med andre mennesker. Dette kan gjøre det utfordrende å skape nye relasjoner. Dette er sentralt for en sykepleier å vite, da det kan ha innvirkning på pasientens samarbeidsevne, og oppriktighet (Morley et al., 2015, s. 709). Dette er i tråd med Fundamentals of Care sin andre dimensjon, om evnen til å se behovene i sammenheng av hverandre (Muntlin & Jangland, 2020a, s. 63). Pasientens smerter kan ha innvirkning på deres psykososiale behov. Effekten av smertebehandlingen kan forsterkes ved at sykepleier opptrer støttende, respektfull og trygger pasienten (Danielsen & Berntzen, 2022a, s. 444).

Studiene fastslår viktige betydningsfulle faktorer for smertekartlegging av pasienter med rusavhengighet på sykehus. Sykepleier er pliktig til å gi helhetlig sykepleie, og ved å benytte Fundamentals of Care kan sykepleier gi personsentrert og helhetlig sykepleie (Muntlin & Jangland, 2020b, s. 39; Muntlin & Kitson, 2020, s. 25; Norsk Sykepleierforbund, 2023). Det kan dermed tenkes at kvaliteten på smertekartleggingen og sykepleieutøvelsen bedres.

## **5.2 Metodediskusjon**

Videre i oppgaven presenteres litteratursøket og utvalgt litteratur diskuteres.

### **5.2.1 Litteratursøk**

For å finne forskningsartikler til denne oppgaven ble det brukt databasen Cinahl og tidsskriftet Sykepleien Forskning. Cinahl er en god database med mange sykepleiefagligrelevante tidsskriftsartikler (Helsebiblioteket, u.å). Søket i Cinahl ga oss få norske forskningsartikler, og vi mistet dermed muligheten for å finne norsk forskning. Det er heller ikke mulig å benytte norske søkeord i Cinahl. Derfor benyttet vi Sykepleien Forskning for å finne sykepleiefaglig forskning utført i Norge. Ønske om norsk forskning er begrunnet i likheten til konteksten og helsesystemet i Norge.

I Cinahl ble det utført et strukturert søk. Søket ga oss et treff med 145 artikler. Treffet inneholdt få relevante artikler, men en avgrensning kunne bidratt til ekskludering av relevante artikler. Det ble brukt synonymer av en term. Dette ga oss muligheten til å avdekke artikler som omhandlet samme tema. I Cinahl ble følgende søkeord kombinert med OR, Clinical Competence, Nursing Knowledge, Nursing Staff, Hospital, Nurses og Nurse Attitudes. Dette er ikke synonymer, men er bevisst satt sammen for å finne valgte artikler. Vi benyttet søkeordet «Nurse Attitudes». Dette kan legge føringer for hvilke artikler som inkluderes i søket. Søkeordet kan ta utgangspunkt i at sykepleiers holdninger påvirker sykepleieutøvelsen.

Samtidig var dette noe som ble gjort da oppgaven har et sykepleieperspektiv. I etterpåklokskaps lys kunne vi benyttet søkeord som omhandlet sykepleiers erfaringer.

Sammenliknet med Cinahl er det ikke mulig å gjennomføre et strukturert søk i Sykepleien Forskning. Derfor benyttet vi færre og norske søkeord da artiklene er skrevet på norsk (Sykepleien, 2023). Dette ga et treff med fire artikler. Søket kan ha bidratt til eksklusjon av relevante artikler, men etter forsøk på å endre eller kombinere andre søkeord, fikk vi inntrykk av at temaet er lite forsket på i Norge.

Ingen av artiklene har samme problemstilling som oppgaven, men artiklene tar for seg betydningsfulle faktorer for smertekartlegging av pasienter med rusavhengighet på sykehus. Konteksten sees på som nødvendig, da behandling av denne pasientgruppen ofte skjer på sykehus.

### **5.2.2 Utvalgt litteratur**

I denne bacheloroppgaven er det valgt ut en forskningsartikkel fra 2012, to er fra 2015 og en er fra 2019. Artikkelen fra 2012 er 12 år gammel, og regnes derfor ikke som nyere forskning (Li et al.). I tillegg ble dataene innhentet i 2009, noe som kan sees på som en svakhet (Li et al., 2012, s. 254). Likevel ser vi behovet for å benytte artikkelen, da det er lite forskning på temaet, og artikkelen er fortsatt relevant (Li et al., 2012, s. 253). I tillegg er artiklene vi har valgt blitt henvist til i andre forskningsartikler som har blitt publisert i nyere tid. Artikkelen til Krokmyrdal og Andenæs er publisert i 2015, men dataene ble innhentet i 2010. Dette ansees som en svakhet da opplysningene er 14 år gamle (2015, s. 790). Det er mulig at funnene i studien veier opp for denne svakheten da det er gode funn i artikkelen, som fremdeles har klinisk relevans. Funnene i disse to artiklene samsvarer med funnene i nyere forskning. Artikkelen til Govertsen et al. innhentet dataene i 2015, noe som ansees som en styrke da det er under 10 år siden (2019, s. 4). Morley et al. har ikke beskrevet når dataen er innhentet, noe som kan vurderes som en svakhet.

Artikkelen til Govertsen et al. omhandler spesialsykepleiere med videreutdanning som arbeider i smerteteam (2019, s. 1). Den er likevel relevant for oppgaven da spesialsykepleierne har mer kunnskap og erfaring om hvordan man skal smertebehandle, og kartlegge pasienter med rusavhengighet. Deres kunnskap og erfaringer benyttes i oppgaven



for å styrke argumentasjonen, om at disse faktorene er av stor betydning for smertekartlegging av pasienter med rusavhengighet.

I artikkelen til Krokmyrdal og Andenæs svarte litt over halvparten på spørreskjemaet. Spørreskjemaet ble testet i en referansegruppe (2015, s. 790-791). Skjemaet som ble brukt i artikkelen til Li et al. ble aldri testet ut eller validert i andre studier (2012, s. 259). Det kan være en fordel å teste spørreskjemaet slik at man kan oppdage feil, før skjemaet sendes til deltakerne. Det kan også være vanskelig å måle personers holdninger. Dermed kan det stilles spørsmål ved begrepsvaliditeten i spørreskjemaet (Li et al., 2012, s. 259). Studien påpeker at holdningsbegrepet ble operasjonalisert på bakgrunn av studiens valgte holdningsteori (Li et al., 2012, s. 259). I studien til Morley et al. ble semistrukturerte intervjuer utført. Intervjuene er kun rapporter fra sykepleierne selv, og en observering av situasjonene er ikke utført. Rapporten fra sykepleierne er dermed en tolkning av erfaringer (2015, s. 709). Alle fire forskningsartiklene hadde ulike design. Dette kan være en styrke da det favner ulike aspekt ved oppgavens problemstilling.

En styrke i artikkelen til Krokmyrdal og Andenæs var at deltakerne arbeidet på ortopedisk og medisinske avdelinger på sykehus (2015, s. 791). Sykepleierne hadde ulik erfaring, og artikkelen viser funn fra ulike synspunkt. En utfordring kan være at det var få deltakere, at alle var fra Vest-Norge, og kunne derfor ikke representere hele Norge (Krokmyrdal & Andenæs, 2015, s. 793). I studien til Morley et al. hadde deltakerne ulik klinisk bakgrunn og erfaring. Studien inkluderer dermed ulike perspektiver. Det var kun fem deltakere i studien (2015, s. 704). Få deltakere kan gjøre funnene mindre valid. Dette kan gjøre det utfordrende da det snevrer inn perspektivet. Deltakerne var fra et bestemt område i Storbritannia, og i likhet med studien til Krokmyrdal og Andenæs representerer ikke studien flere deler av landet (Morley et al., 2015, s. 709). Det anses som en styrke at 312 personer besvarte spørreskjemaet til Li et al. (2012, s. 255). Det er dermed den artikkelen med flest synspunkt, kompetanser, holdninger og meninger. Dette styrker studiens pålitelighet. Deltakerne var fra fire helseregioner, noe som betyr at studien representerer svar fra flere landsdeler (Li et al., 2012, s. 259). Deltakerne i artikkelen til Govertsen et al. hadde lang arbeidserfaring fra smerteteam, og de hadde gode dybdekunnskaper om smertebehandling til pasienter med rusavhengighet (2019, s. 16). Samtidig hadde ikke forfatterne erfaring med smerteteam, selv om de hadde annen sykepleiefaglig kompetanse. Forfatterne pekte selv på at de kunne ha stilt flere

spørsmål om utfordringene som deltakerne møtte på. Dette kunne vært unngått dersom de hadde hatt mer erfaring innen temaet (Govertsen et al., 2019, s. 15).

Studiene til Govertsen et al., Krokmyrdal og Andenæs og Morley et al. har en tydelig problemstilling som besvares i artiklene. Dette kan ansees som en styrke da det gir artiklene god struktur og et tydelig formål. Studien til Li et al. har ingen tydelig problemstilling. Artikkelen svarer på mange ulike spørsmål. Dette kan sees på som en svakhet da det skaper mindre struktur og omfanget blir stort. Hensikten er derimot godt formulert.

De norske forskningsartiklene passer i den norske konteksten. En styrke som gjelder for disse artiklene, er at det ikke er publisert noen tilsvarende studier i Norge (Krokmyrdal & Andenæs, 2015, s. 789; Li et al., 2012, s. 253). Artiklene er blitt brukt i faglitteratur på sykepleiestudiet, og i andre bacheloroppgaver da det ikke finnes noen andre sammenliknbare artikler. Forskningsartiklene vi har brukt tilfører mye kunnskap om temaet, og gjør at problemstillingen kan besvares.

## 6 Konklusjon

Denne bacheloroppgaven diskuterer ulike faktorer som har betydning for smertekartlegging av pasienter med rusavhengighet. Studiene som oppgaven underbygges av, tydeliggjør at faktorene kunnskap, kompetanse, holdninger og evne til å utøve personsentrert sykepleie er av stor betydning. Forskerne i studiene konkluderte med at manglende kunnskap og kompetanse hos sykepleiere, kan få uetiske konsekvenser for pasienten som strider mot juridiske rammer.

Kompetanse om smerter, smertekartlegging og kartleggingsverktøy, er vesentlig for smertebehandlingen. For å utføre en fullstendig smertekartlegging, er det avgjørende at sykepleier har kunnskap om pasientgruppens kliniske utfordringer, som kan oppstå under sykehusoppholdet.

Studiene peker på betydningen av negative holdninger, og at de kan oppstå grunnet manglende kunnskap. Dette styrker argumentet om at økt kunnskap er nødvendig for å utføre en nøyaktig kartlegging av pasienten. Slik kan antakelser og feilslutninger om pasienten unngås. Bruk av Fundamentals of Care kan forbedre arbeidet med pasienter med rusavhengighet, og bidra til god smertekartlegging og tillitsbygging. Dette kan sikre at personsentrert sykepleie utøves.

Alle pasienter har rett på behandling av like god kvalitet, uavhengig om de har en rusavhengighet. Ved å respektere og lytte til pasientens smerteuttrykk, ivaretar sykepleier pasientens integritet, verdighet og medbestemmelse.

## Referanseliste

- Arefjord, N. (2021). Personlighetsforstyrrelser og ruslidelser: Definisjon av personlighet og personlighetsforstyrrelser. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling* (3. utg.). Gyldendal.
- Blay, N., Glover, S., Bothe, J., Lee, S. & Lamont, F. (2012). Substance users' perspective of pain management in the acute care environment. *Contemporary nurse*, 42(2), 289-297. <https://doi.org/10.5172/conu.2012.42.2.289>
- Bostad, T., Røyert, H. & Paulsen, T. M. (2020). *Holdninger*. Nasjonal Digital Læringsarena. <https://ndla.no/nb/subject:1:777ae87e-ca79-4866-920a-115cfeb7bbe1/topic:d4f5557a-73ab-40a0-af05-e1f178cc0dcf/topic:4b913cf7-fbcf-4644-9d1d-f85f318559e0/resource:1:25440>
- Bramness, J. G. (2018, 15.06.2022). *Rusmiddellidelser i Norge*. Folkehelseinstituttet. Hentet 18.11.2023 fra <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/psykisk-helse/rusmiddellidelser/?term=>
- Bratli, L., Nystrøm, V. & Leonardsen, A.-C. L. (2020). Hvordan kan sykepleiere kartlegge barns smerte? *Sykepleien*. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.80444>
- Carusone, S. C., Guta, A., Robinson, S., Tan, D. H., Cooper, C., O'Leary, B., Prinse, K. d., Cobb, G., Upshur, R. & Strike, C. (2019). "Maybe if I stop the drugs, then maybe they'd care?"—hospital care experiences of people who use drugs. *Harm Reduct Journal*, 16, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12954-019-0285-7>
- Cowan, D. T., Norman, I. & Coopamah, V. P. (2005). Competence in nursing practice: a controversial concept—a focused review of literature. *Nurse Education Today*, 25(5), 355-362. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2005.03.002>
- Danielsen, A. & Berntzen, H. (2022a). Sykepleie ved smerter: Grunnlaget for smertelindring. I D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (6. utg., s. 437-490). Gyldendal.
- Danielsen, A. & Berntzen, H. (2022b). Sykepleie ved smerter: Pasientkontrollert analgesi. I D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (6. utg., s. 437-490). Gyldendal.
- Danielsen, A. & Berntzen, H. (2022c). Sykepleie ved smerter: Sykepleiefaglige utfordringer. I D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (6. utg., s. 437-490). Gyldendal.
- Danielsen, A. & Berntzen, H. (2022d). Sykepleie ved smerter: Sykepleierens ansvar og funksjoner ved lindring av akutte smerter. I D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (6. utg., s. 437-490). Gyldendal.
- Danielsen, A., Berntzen, H. & Almås, H. (2016a). Sykepleie ved smerter. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 381-428). Gyldendal Akademisk Forlag AS.
- Danielsen, A., Berntzen, H. & Almås, H. (2016b). Sykepleie ved smerter: Grunnlaget for smertelindring. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 381-428). Gyldendal Akademisk Forlag AS.
- Danielsen, A., Berntzen, H. & Almås, H. (2016c). Sykepleie ved smerter: Smerte. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 381-428). Gyldendal Akademisk Forlag AS.
- Danielsen, A., Berntzen, H. & Almås, H. (2016d). Sykepleie ved smerter: Sykepleiefaglige utfordringer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 381-428). Gyldendal Akademisk Forlag AS.
- Danielsen, A., Berntzen, H. & Almås, H. (2016e). Sykepleie ved smerter: Sykepleierens ansvar og funksjoner ved lindring av akutte smerter. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth &

- H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 381-428). Gyldendal Akademisk Forlag AS.
- Eriksen, S. (2015). Sykepleie og psykososiale behov. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie - Sykepleieboken 1* (5. utg., s. 887-907). Cappelen Damm Akademisk.
- Fjørtoft, A.-K. (2016). *Hjemmesykepleie - Ansvar, utfordringer og muligheter* (3. utg.). Fagbokforlaget.
- Govertsen, A. B., Aanensen, C. & Moi, E. B. (2019). Smerteteam kan være god støtte for helsepersonell ved smertelindring til rusavhengige. *Sykepleien Forskning*, 14(75746), 1-20. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.75746>
- Gran, S. V., Grov, E. K. & Landmark, B. T. (2013). Smertekartlegging og medikamentell smertebehandling av eldre samtykkekompetente pasienter i sykehjem. *Sykepleien Forskning*, 8(3), 220-230. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0090>
- Granheim, T. H., Raaum, K., Christophersen, K.-A. & Dihle, A. (2015). Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne. *Sykepleien Forskning*, 10(4), 326-334. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.55983>
- Helsebiblioteket. (u.å). *CINAHL*. Hentet 21. november fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/lenker/databaser/cinahl>
- Helsefagbiblioteket. (2020). *Cinahl (EBSCO) - Søkeveiledning*. [https://norskbiotekforening.no/wp-content/uploads/2020/04/CINAHL\\_2020\\_SMH\\_200220.pdf](https://norskbiotekforening.no/wp-content/uploads/2020/04/CINAHL_2020_SMH_200220.pdf)
- Helsekompetanse.no. (u.å). *Smertekartlegging*. <https://smerte.helsekompetanse.no/smertekartlegging/>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-2023-03-03-2). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Heyn, L. (2015). Kommunikasjon - menneskets grunnleggende behov for å forstå og å bli forstått: Kommunikasjonsteorier. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie - Sykepleieboken 1* (5. utg., s. 363-398). Cappelen Damm Akademisk.
- International Association for the Study of Pain. (2020). *IASP Announces Revised Definition of Pain*. <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>
- Kristoffersen, N. J. (2017). Sykepleie - kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling: Kunnskap og kompetanse. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 1* (3. utg., s. 139-191). Gyldendal Akademisk Forlag AS.
- Krokmyrdal, K. A. & Andenæs, R. (2015). Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross survey study. *Nurse Education Today*, 35(6), 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>
- Meld. St. 7. (2019-2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*. Helse og omsorgsdepartementet.
- Molven, O. (2019). *Sykepleie og jus* (6. utg.). Gyldendal.
- Morley, G., Briggs, E. & Chumbley, G. (2015). Nurses' Experiences of Patients with Substance-Use Disorder in Pain: A Phenomenological Study. *Pain management nursing : official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 16(5), 701-711. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2015.03.005>

- Muntlin, Å. & Jangland, E. (2020a). Fundamentals of Care - patientens grunnleggende v rdbehov: Helhetsperspektiv p  patientens grunnleggende v rdbehov. I  . Muntlin & E. Jangland (Red.), *Fundamentals of Care. Klinisk till mpning av ett teoretisk ramverk f r omv rdsnad* (s. 51-66). Studentlitteratur.
- Muntlin,  . & Jangland, E. (2020b). Fundamentals of Care - ramverkets dimensjoner med fokus p  v rdrelasjonen. I  . Muntlin & E. Jangland (Red.), *Fundamentals of Care. Klinisk till mpning av ett teoretisk ramverk f r omv rdsnad* (s. 39-50). Studentlitteratur.
- Muntlin,  . & Jangland, E. (2020c). Fundamentals of Care - ramverkets dimensjoner med fokus p  v rdrelasjonen: Etablere en v rdrelasjon. I  . Muntlin & E. Jangland (Red.), *Fundamentals of Care. Klinisk till mpning av ett teoretisk ramverk f r omv rdsnad* (s. 39-50). Studentlitteratur.
- Muntlin,  . & Jangland, E. (2020d). Fundamentals of Care - ramverkets dimensjoner med fokus p  v rdrelasjonen: Reflektere og utv rdere tillsammans med patienten. I  . Muntlin & E. Jangland (Red.), *Fundamentals of Care. Klinisk till mpning av ett teoretisk ramverk f r omv rdsnad* (s. 39-50). Studentlitteratur.
- Muntlin,  . & Jangland, E. (2020e). Fundamentals of Care - ramverkets dimensjoner med fokus p  v rdrelasjonen: Skape f rtroende. I  . Muntlin & E. Jangland (Red.), *Fundamentals of Care. Klinisk till mpning av ett teoretisk ramverk f r omv rdsnad* (s. 39-50). Studentlitteratur.
- Muntlin,  . & Jangland, E. (2020f). Fundamentals of Care - ramverkets dimensjoner med fokus p  v rdrelasjonen: Vara n rvarande. I  . Muntlin & E. Jangland (Red.), *Fundamentals of Care. Klinisk till mpning av ett teoretisk ramverk f r omv rdsnad* (s. 39-50). Studentlitteratur.
- Muntlin,  . & Jangland, E. (2020g). *Fundamentals of Care. Klinisk till mpning av ett teoretisk ramverk f r omv rdsnad* ( . Muntlin & E. Jangland, Red.). Studentlitteratur.
- Muntlin,  . & Kitson, A. (2020). Fundamentals of Care - f r dig som ska bli eller  r sjuksk terska: Ramverket Fundamentals of Care. I  . Muntlin & E. Jangland (Red.), *Fundamentals of Care. Klinisk till mpning av ett teoretisk ramverk f r omv rdsnad* (s. 21-38). Studentlitteratur.
- Murrells, T., Robinson, S. & Griffiths, P. (2009). Assessing competence in nursing. *Nursing management*, 16(4), 18-19. <https://doi.org/10.7748/nm2009.07.16.4.18.c7133>
- M rland, J. & Waal, H. (2016). *Rus og avhengighet*. Universitetsforlaget.
- Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse. (2023). *COWS*. <https://rop.no/kartleggingsverkt oy/cows/>
- Nesv g, S. (2018). Ulike forståelser og perspektiver p  problematisk rusmiddelbruk og avhengighet: Konsekvenser for utforming av tjeneste tilbudet og krav til kompetanse. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2. utg., s. 21-42). Cappelen Damm AS.
- Norsk Sykepleierforbund. (2023). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. [https://www.nsf.no/sites/default/files/2023-06/ny\\_sykepleieren\\_og\\_mennesker\\_som\\_trenger\\_sykepleie.pdf](https://www.nsf.no/sites/default/files/2023-06/ny_sykepleieren_og_mennesker_som_trenger_sykepleie.pdf)
- Norsk Sykepleierforbund. (u. ). *Faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp*. Hentet 20. november fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/faglig-forsvarlighet-og-omsorgsfull-hjelp>
- Nortvedt, P. & Nortvedt, F. (2018). *Smerte - fenomen og etikk*. Gyldendal Akademisk Forlag AS.
- Oslo universitetssykehus. (u. -a). *Akutt smertebehandling til pasienter med langvarig bruk av opioider*. Hentet 20. november fra <https://ehandboken.ous-hf.no/document/136464>

- Oslo universitetssykehus. (u.å-b). *NRS (Numeric Rating Scale)*. Hentet 20. november fra <https://ehandboken.ous-hf.no/document/121833>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-2023-06-16-56 ). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Popenoe, R., Langius-Eklöf, A., Stenwall, E. & Jervaeus, A. (2021). A practical guide to data analysis in general literature reviews. *Nordic Journal of Nursing Research*, 41(4), 175-186. <https://doi.org/10.1177/2057158521991949>
- Ronan, M. V. & Herzig, S. J. (2016). Hospitalizations Related To Opioid Abuse/Dependence And Associated Serious Infections Increased Sharply, 2002-12. *Health Aff (Millwood)*, 35(5), 832-837. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2015.1424>
- Rotegård, A. K., Solhaug, M. & Grov, E. K. (2015a). Sykepleierens arbeids- og beslutningsprosess. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie - Sykepleieboken 1* (5. utg., s. 244-270). Cappelen Damm Akademisk.
- Rotegård, A. K., Solhaug, M. & Grov, E. K. (2015b). Sykepleierens arbeids- og beslutningsprosess: Sykepleiediagnose - En vurdering av problemer, risiko og helseaktiva. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie - Sykepleieboken 1* (5. utg., s. 244-270). Cappelen Damm Akademisk.
- Shaygani, S. & Waal, H. (2009a). *Behandling av opioid abstinens* [Tabell 1]. Tidsskrift for Den norske legeforening.
- Shaygani, S. & Waal, H. (2009b). *Behandling av opioid abstinens*. Tidsskrift for Den norske legeforening.
- Simonsen, T. (2016). *Rusmiddelavhengighet: lærebok for helse- og sosialfag*. Fagbokforlaget.
- Skoglund, A. & Biong, S. (2018a). Sykepleie til personer med rusmiddelavhengighet i somatisk sykehus: Behov for sykepleie. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2. utg., s. 178-194). Cappelen Damm AS.
- Skoglund, A. & Biong, S. (2018b). Sykepleie til personer med rusmiddelavhengighet i somatisk sykehus: Tverrfaglig samarbeid. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2. utg., s. 178-194). Cappelen Damm AS.
- Spigset, O. & Slørdal, L. (2018). Farmakodynamikk - Hva gjør legemidlet med kroppen?: Toleranse og abstinens. I H. Nordeng & O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (3. utg., s. 41-50). Gyldendal.
- Strand, L. R. (2018). Kommunikasjon med pasienter med psykiske lidelser: Rus og rusrelaterte lidelser. I L. G. Heyn (Red.), *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (s. 88-117). Gyldendal Akademisk.
- Stubberud, D.-G. & Grønseth, R. (2022). *Klinisk sykepleie 1* (D.-G. Stubberud & R. Grønseth, Red. 6. utg.). Gyldendal Akademisk Forlag AS.
- Stubberud, D.-G., Grønseth, R. & Almås, H. (2016). *Klinisk sykepleie 1* (D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås, Red. 5. utg.). Gyldendal Akademisk Forlag AS.
- Sykepleien. (2023). Forfatterveiledning - forskning. *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/forfatterveiledningforskning>
- Verdens helseorganisasjon. (2023). *F10-F19: Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer*. Direktoratet for e-helse. <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/2596289>
- Ververda, J., Hansen, O. & Larsen, C. (2018). Rusmiddelavhengighet: Sykepleieres holdninger påvirker smertebehandling. *Sykepleien*. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.70402>
- Vuille, M. e., Foerster, M., Foucault, E. & Hugli, O. (2017). Pain assessment by emergency nurses at triage in the emergency department: A qualitative study. *Journal of clinical nursing*, 27(3-4), 669-676. <https://doi.org/10.1111/jocn.13992>

- WHO. (2023, 29. august). *Opioid overdose*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/opioid-overdose>
- Wood, B. M., Nicholas, M. K., Blyth, F., Asghari, A. & Gibson, S. (2010). Assessing Pain in Older People With Persistent Pain: The NRS Is Valid But Only Provides Part of the Picture. *The Journal of Pain*, 11(12), 1259-1266. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2010.02.025>
- Aasbø, L. (2020). Rusavhengiges vei til rusfrihet. *Helse Stavanger*. <https://www.helse-stavanger.no/om-oss/nyheter/rusavhengiges-vei-til-rusfrihet/>





## Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

| Artikkel som vurderes: |  | JA | NEI | UKLART |
|------------------------|--|----|-----|--------|
| 1.                     | Har artikkelen en klart formulert problemstilling?   | X  |     |        |
| 2.                     | Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? *<br>Kommentar: Kvalitativt design med semistrukturerte intervjuer bidrar til utdypende svar og forskeren får en forståelse for sykepleiernes erfaringer.   | X  |     |        |
| 3.                     | Kan deltagerne svare på problemstillingen? **<br>Kommentar: Deltakerne er spesialsykepleiere, med minst to års erfaring fra smerteteam og behandling av pasienter med rusavhengighet. Deltakerne er representativt for fenomenet som forskes på.   | X  |     |        |
| 4.                     | Er etiske hensyn ivaretatt og dokumentert på en god måte i studien?  | X  |     |        |
| 5.                     | Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis?<br>Kommentar: Fire smerteteam på sykehus og to smerteteam med oppsøkende virksomhet ble intervjuet. Da deltakerne er representative, og flertallet arbeidet på sykehus mener vi funnene er relevant for klinisk praksis | X  |     |        |
| 6.                     | Er analysemetoden beskrevet?<br>Kommentar: Det ble gjort lydopptak av intervjuene, men transkribert fortløpende. Forskerne benyttet kvalitativinnholdsanalyse.   | X  |     |        |
| 7.                     | Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen?<br>Kommentar: Hovedfunnene representeres først i artikkelen, og det brukes gode underoverskrifter for å presentere funnene.   | X  |     |        |
| 8.                     | Kan resultatene brukes i praksis?  | X  |     |        |



|    |  |   |  |  |
|----|--|---|--|--|
|    | Kommentar: Resultatene viser til erfaringer hos spesialsykepleiere fra smerteteam, i smertebehandling av pasienter med rusavhengighet. Tillit, kompetanse og samarbeid diskuteres blant deltakerne, som viktige faktorer ved smertebehandling av pasientgruppen. Ved å belyse deltakernes erfaringer kan andre helsepersonell forstå utfordringer og hvordan man bør tilnærme seg i behandling av pasienter med rusavhengighet |   |  |  |
| 9. | Er konklusjonen logisk og holdbar? ***<br>Kommentar: : Konklusjonen tar for seg studiens resultat og diskusjon. Artikkelen konkluderer med et behov for økt kompetanse blant helsepersonell på sengepost, og at smerteteamets erfaringer og kompetanse bør benyttes i behandlingen av pasientgruppen.  | X |  |  |
|    | Totalt antall poeng: ****  | 9 |  |  |

\* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernes spørsmål på [kunnskapsbasertpraksis.no](http://kunnskapsbasertpraksis.no)

\*\* I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

\*\*\* Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

\*\*\*\* Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.



## Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

| Artikkel som vurderes: |   | JA | NEI | UKLART |
|------------------------|---|----|-----|--------|
| 1.                     | Har artikkelen en klart formulert problemstilling?  | X  |     |        |
| 2.                     | Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? *<br>Kommentar: Metoden er en tverrsnittsstudie. Dette er velegnet til å svare på problemstillingen da dette kan brukes for å fastslå utbredelsen av et problem, som i dette tilfellet er lite kompetanse om smertebehandling til denne pasientgruppen.  | X  |     |        |
| 3.                     | Kan deltagerne svare på problemstillingen? **<br>Kommentar: Ja, deltakerne er sykepleiere og har erfaring med pasienter med rusavhengighet og er derfor representativ for å svare på problemstillingen.   | X  |     |        |
| 4.                     | Er etiske hensyn ivare tatt og dokumentert på en god måte i studien?<br>Kommentar: Spørreskjemaene ble anonymisert og studien ble godkjent av passende etikk- og forskningsstyringsmyndighet i Norge.   | X  |     |        |
| 5.                     | Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis?<br>Kommentar: Konteksten er på sykehus, deltakerne er sykepleiere fra ulike enheter, og det kan relateres til klinisk praksis ved at konteksten og deltakerne er representativ til at funnene. | X  |     |        |
| 6.                     | Er analysemetoden beskrevet?<br>Kommentar: Metodene for dataanalyse var frekvensanalyse, sum-score og Spearman-rangkorrelasjon.   | X  |     |        |
| 7.                     | Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen?  | X  |     |        |



|    |   |   |  |  |
|----|---|---|--|--|
|    | Kommentar: Funnene kommer klart fram både i abstrakt, konklusjonen og i resultater.   |   |  |  |
| 8. | Kan resultatene brukes i praksis?<br>Kommentar: Resultatene kan brukes i praksis ved at man kan tilegne seg mer kompetanse på området.  | X |  |  |
| 9. | Er konklusjonen logisk og holdbar? ***<br>Kommentar: Artikkelen konkluderer med at sykepleierne hadde for lite kunnskap og at konsekvensen kan være at denne pasientgruppen blir underbehandlet på sykehus. Dette er logisk ut fra funnene. | X |  |  |
|    | Totalt antall poeng: ****   | 9 |  |  |

\* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernes spørsmål på [kunnskapsbasertpraksis.no](http://kunnskapsbasertpraksis.no)

\*\* I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

\*\*\* Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

\*\*\*\* Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.



## Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

|   |   |    |     |        |
|---|---|----|-----|--------|
| Artikkel som vurderes:<br>Morley, G., Briggs, E. & Chumbley, G. (2015). Nurses' Experiences of Patients with Substance-Use Disorder in Pain: A Phenomenological Study. <i>Pain management nursing : official journal of the American Society of Pain Management Nurses</i> , 16(5), 701–711.<br><a href="https://doi.org/10.1016/j.pmn.2015.03.005">https://doi.org/10.1016/j.pmn.2015.03.005</a> |   |    |     |        |
|   |   | JA | NEI | UKLART |
| 1.  | Har artikkelen en klart formulert problemstilling?  | X  |     |        |
| 2.  | Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? *<br>Kommentar: Deskriptiv fenomenologisk design med semistrukturerte intervjuer bidrar til utdypende svar og forskeren får en forståelse for sykepleiernes erfaringer.  | X  |     |        |
| 3.  | Kan deltagerne svare på problemstillingen? **<br>Kommentar: Forskerne får et inntrykk av sykepleiernes egne erfaringer i arbeid med pasienter med rusavhengighet i smerter. Alle deltakerne er sykepleiere med varierende erfaring av arbeid med pasientgruppen i smerter, og er derfor representative for fenomenet som forskes på.  | X  |     |        |
| 4.  | Er etiske hensyn ivaretatt og dokumentert på en god måte i studien?<br>Kommentar: Forskerne har fått godkjenning fra Etske Komité, og deltakerne har fått skriftlig informasjon og samtykke skjema. Det er ikke blitt beskrevet hvordan data er behandlet eller hvordan anonymitet er blitt ivaretatt.  |    |     | X      |
| 5.  | Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis?<br>Kommentar: Det blir beskrevet at konteksten er på sykehus, og at sykepleiere med variert erfaring er deltakere. Når konteksten og deltakerne er representativt, tyder dette på at funnen kan relateres til klinisk praksis. | X  |     |        |
| 6.  | Er analysemetoden beskrevet?  | X  |     |        |



|    |  |   |  |  |
|----|--|---|--|--|
|    | Kommentar: Analysemetoden blir beskrevet i en tabell. Analysemetoden «Giorgi's Five Stage Approach» er blitt benyttet.   |   |  |  |
| 7. | Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen?<br>Kommentar: Funnene i studien blir kategorisert i ulike avsnitt med en underoverskrift.   | X |  |  |
| 8. | Kan resultatene brukes i praksis?<br>Kommentar: Resultatene viser at sykepleierne opplever det utfordrende å behandle denne pasientgruppen. Studien belyser barrieren mellom sykepleierne og pasientene, og mangel på kunnskap om pasientgruppens utfordringer og behov.             | X |  |  |
| 9. | Er konklusjonen logisk og holdbar? ***<br>Kommentar: Konklusjonen tar for seg studiens resultat og diskusjon. Artikkelen konkluderer med et behov for mer klinisk praksis, forskning og opplæring for å forstå utfordringene ved smertebehandling for pasienter med rusvavhengighet. | X |  |  |
|    | Totalt antall poeng: ****  | 8 |  |  |

\* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernes spørsmål på [kunnskapsbasertpraksis.no](http://kunnskapsbasertpraksis.no)

\*\* I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

\*\*\* Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

\*\*\*\* Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.



## Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

| Artikkel som vurderes:   |  | JA | NEI | UKLART |
|--|--|----|-----|--------|
| Li, R., Undall, E., Andenæs, R. & Nåden, D. (2012). Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus. <i>Sykepleien Forskning</i> , 7(3), 252-260.<br><a href="https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0131">https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0131</a> |  |    |     |        |
| 1.   | Har artikkelen en klart formulert problemstilling?   |    | X   |        |
| 2.   | Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? *<br>Kommentar: Studien er en beskrivende tverrsnittsdesign. Dette er velegnet for å svare på problemstillingen da dette kan brukes for å fastslå utbredelsen av et problem, som i dette tilfellet er lite kunnskap om pasientgruppen.  | X  |     |        |
| 3.   | Kan deltagerne svare på problemstillingen? **<br>Kommentar: Deltakerne svarer på forskningsspørsmålene, men det er ingen tydelig problemstilling i artikkelen. Deltakerne er leger og sykepleiere med ulik erfaring på sykehus, noe som gjør de kvalifisert til å svare på spørsmålene.  |    |     | X      |
| 4.   | Er etiske hensyn ivaretatt og dokumentert på en god måte i studien?  | X  |     |        |
| 5.   | Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis?<br>Kommentar: Ja, konteksten er på sykehus, deltakerne er leger og sykepleiere. Det kan knyttes til klinisk praksis i form av at kunnskapsnivået må økes på sykehusene. | X  |     |        |
| 6.   | Er analysemetoden beskrevet?<br>Kommentar: Analysemetoden var at de brukte et statistikkprogram som heter SPSS 17.0.   | X  |     |        |
| 7.   | Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen?<br>Kommentar: Funnene kommer klart fram både i sammendraget, konklusjonen og i resultater.  | X  |     |        |
| 8.   | Kan resultatene brukes i praksis?  | X  |     |        |



|    |   |   |  |  |
|----|---|---|--|--|
|    | Kommentar: Ja, resultatene viser at det er mangel på kunnskap om temaet, og at smertekartlegging ikke blir gjennomført. Dette er noe som kan læres av, og som kan vises til hvis man skal finne grunner til å gjennomføre kurs om dette på en arbeidsplass.   |   |  |  |
| 9. | Er konklusjonen logisk og holdbar? ***<br>Kommentar: Artikkelen konkluderer med at det behøves mer forskning om temaet, og at helsepersonell trekker pasientens troverdighet i tvil. Dette er logisk da dette er en av de første artiklene om temaet i Norge. | X |  |  |
|    | Totalt antall poeng: ****   | 7 |  |  |

\* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernes spørsmål på [kunnskapsbasertpraksis.no](http://kunnskapsbasertpraksis.no)

\*\* I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

\*\*\* Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

\*\*\*\* Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.