



Høgskulen  
på Vestlandet

# EKSAMENSINNLEVERING

---

Emnenavn: **Sjukepleie, forskning og fagutvikling -  
Bacheloroppgave**

Emnekode: **SYKHB3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 27.04.17, kl. 14.00

Kandidatnr.: 514

Antall ord: 8963

# EN ROSE I ET SPRUKKET KRUS ER ENDA ALLTID EN ROSE

*- OM BEDRE SMERTELINDRING TIL RUSMIDDELAVHENGIGE  
PASIENTER*



FOTO: ELENA HAUGEN KYRIAKOU / HENTET FRA [HTTP://HABLOGGEN.H-A.NO/MEDIA/JEG-SER/HUD](http://habloggen.h-a.no/media/jeg-ser/hud) / BRUKT MED TILLATELSE

Bachelorgrad i Sykepleie, avdeling for helsefag, Haugesund 2017

Kull: 2014

Antall ord: 8963

## **SAMMENDRAG**

**Tittel:** En rose i et sprukket krus er enda alltid en rose – om bedre smertelindring til rusmiddelavhengige pasienter

**Bakgrunn:** Det finnes mange opiatavhengige i Norge, hvorav flere blir innlagt i sykehus av ulike grunner der et behov for smertelindring kan oppstå. Mitt inntrykk er at dette behovet ikke blir ivaretatt tilstrekkelig, og er hovedårsaken til at oppgaven omhandler smertelindring til rusmiddelavhengige.

**Problemstilling:** Hvordan bidra til bedre smertelindring hos opiatavhengige pasienter innlagt i sykehus?

**Hensikt:** Få økt kunnskap om hva som må til for å bedre smertelindringen hos opiatavhengige pasienter innlagt i sykehus.

**Metode:** Oppgaven er en litteraturstudie. Relevant forskning, litteratur og teori vil benyttes til å belyse problemstillingen.

**Funn:** Et av hovedfunnene er at sykepleierne har negative holdninger til pasientgruppen. De negative holdningene er et problem da de rusmiddelavhengige ikke opplever å bli møtt med respekt og ikke oppnår tillit. Det andre hovedfunnet er lavt kunnskapsnivå. Sykepleierne innrømmer at de ikke har tilstrekkelig kunnskap om rusmiddelavhengighet og smertelindring, samtidig som pasientene uttrykker et behov for mer kunnskap hos helsepersonell.

**Oppsummering:** I oppgaven konkluderes det med at det er behov for en holdningsendring hos helsepersonell når det kommer til rusmiddelavhengige. Bakgrunnen for dette er at negative holdninger ser ut til å påvirker tilliten og respekten sykepleier har til denne type pasienter i en slik grad at deres behov ikke blir ivaretatt. Et kunnskapsløft innen både smertekartlegging, smertelindring og rusmiddelavhengighet, samt hvordan disse påvirkes av hverandre vil også være nødvendig, når manglende kunnskaper kan se ut til å ha en sammenheng med holdninger som fremkommer, samt at det påvirker sykepleieres vurderinger og handlingsvalg.

**Nøkkelord:** rusmiddelavhengighet, smertelindring, sykehus, holdninger, kunnskap

## **ABSTRACT**

**Title:** A rose captured in a broken glass is still a rose - how to better pain management for substance dependent patients

**Background:** There are many opiate addicts in Norway, where several get hospitalized for various reasons and a need for pain relief can occur. My impression is that this need is not adequately taken care of, and this is the main reason why my thesis is about pain relief for drug addicts.

**Research question:** How to contribute to better pain relief for hospitalized opiate dependent patients?

**Purpose:** Increase the knowledge about what is needed to improve pain management for hospitalized patients with opiate dependence.

**Method:** The thesis is a literature study. Relevant studies, literature and theories will be used to highlight the research question.

**Results:** One of the main findings is that nurses have negative attitudes towards the patient group. The negative attitudes are problematic because the substance dependents can feel that they are not being treated with respect and do not achieve trust. Another finding is a low level of knowledge. The nurses admitted that they did not have sufficient knowledge about drug addiction and pain, while patients expressed a need for a higher level of knowledge among health professionals.

**Summary:** The thesis concludes that there is a need for a change in attitudes among health professionals when it comes to substance dependents. The reason for this is that attitudes seem to affect the trust and respect nurses have towards this type of patients to such an extent that their needs are not being addressed. Increased knowledge within both pain assessment, pain management and addiction, as well as how these are affected by each other will also be required, as lack of knowledge appears to be correlated with attitudes that emerges, as well as affecting nurses' assessments and choices of action.

**Keywords:** substance dependence, pain management, hospital, attitudes, knowledge

# INNHOLDSFORTEGNELSE

<b>1</b>	<b>INTRODUKSJON</b>	<b>1</b>
1.1	BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	1
1.2	HENSIKT	2
1.3	SYKEPLEIEFAGLIG PROBLEMSTILLING	2
1.4	PRESISERING OG AVGRENsing	2
<b>2</b>	<b>BEGREPSMESSIG RAMMEVERK</b>	<b>3</b>
2.1	RUS OG AVHENGIGHET	3
2.1.1	<i>OPIOIDER</i>	3
2.1.2	<i>AVHENGIGHET OG MISBRUK</i>	3
2.2	SMERTELINDRING	3
2.2.1	<i>HVA ER SMERTE?</i>	3
2.2.2	<i>SYKEPLEIE VED SMERTER</i>	4
2.3	SYKEPLEIEFAGLIG OG TEORETISK PERSPEKTIV	6
2.3.1	<i>STIGMA, STEREOTYPIserING OG HOLDNINGER</i>	6
2.3.2	<i>JOYCE TRAVELBEE – ET MENNESKE-TIL-MENNESKE-FORHOLD</i>	7
<b>3</b>	<b>METODE</b>	<b>9</b>
3.1	HVA ER METODE	9
3.2	KVALITATIV OG KVANTITATIV METODE	9
3.3	LITTERATURSTUDIE	9
3.4	LITTERATURSØK	10
3.4.1	<i>INKLUSJONS- OG EKSKLUSJONSKRITERIER</i>	10
3.5	KILDEKRITIKK	10
3.6	FORSKNINGSETIKK	11
<b>4</b>	<b>FUNN</b>	<b>13</b>
4.1	PRESENTASJON AV FORSKNINGSARTIKLER	13
4.2	HOVEDFUNN I ARTIKLENE	19
<b>5</b>	<b>HVORDAN BIDRA TIL BEDRE SMERTELINDRING HOS OPIATAVHENGIGE PASIENTER INNLAGT I SYKEHUS?</b>	<b>20</b>
5.1	NEGATIVE HOLDNINGER OG MANGEL PÅ RESPEKT OG TILLIT	20
5.2	KUNNSKAPSMANGEL	24

<b>6 AVSLUTNING</b>	<b>28</b>
<b>7 REFERANSELISTE</b>	<b>29</b>
VEDLEGG I: OVERSIKT OVER SØK	I
VEDLEGG II: SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING	III
VEDLEGG III: SJEKKLISTE FOR VURDERING AV PREVALENSSTUDIE	VII

# 1 INTRODUKSJON

## 1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA

Det er umulig å finne nøyaktig statistikk på hvor mange som er avhengig av eller misbruker rusmidler. I 2008 ble det anslått å være rundt 8000 mennesker som injiserer heroin i Norge (Bretteville-Jensen & Amundsen, 2009). Heroin er bare et av alle rusmidler som finnes, men jeg velger å referere til denne statistikken da oppgaven vil omhandle pasienter med økt toleranse for opioider, og heroin er et opiat (Mørland, 2009). Legemiddellassistert rehabilitering (LAR) er behandling med opioideholdige legemidler, altså substitusjonsbehandling, for opioidavhengige som er avhengige av heroin, morfin m.m. (Helsedirektoratet, 2014). I 2013 var 7055 pasienter registrert i LAR nasjonalt (Waal, Bussesund, Clausen, Håseth & Lillevold, 2014). Disse pasientene går også inn under kategorien opioidavhengige og kan derfor tas med for å få et noe skissert bilde av omfanget opioidavhengige i Norge.

En studie viser at kun 20,8% av sykepleierne som deltok i studien var enige i eller nokså enige i at opiatavhengige forteller sannheten ved formidling av smerte. 56,1% av de samme sykepleierne følte seg også ofte manipulert av denne pasientgruppen (Nåden, Li, Andenæs & Undall, 2012).

Da jeg var i medisinsk og kirurgisk praksis opplevde jeg å møte rusmiddelavhengige med sterke smerter relatert til blant annet gallesteinsanfall, betennelser og andre kirurgiske og medisinske diagnoser. Samtidig møtte jeg et helsepersonell som uttrykte usikkerhet rundt smertebehandlingen til denne pasientgruppen. Mye av det som ble sagt om pasientene var også tilsynelatende farget av fordommer, og jeg fikk inntrykk av at mange ikke trodde pasientene, samt at de hadde lite kunnskap om hvordan man skulle tolke og håndtere pasientgruppens smerter. Mange var også redde for å behandle med opiater av ulike årsaker. Flere av pasientene uttalte at de ikke fikk lindret smertene. På bakgrunn av dette har jeg forhørt meg litt rundt med andre studenter for å se om andre har opplevd lignende. Det viser seg at flere sitter igjen med de samme erfaringene som meg. Vi lærer om likeverdig sykepleie til alle pasienter, og når man opplever at en pasientgruppe ikke blir behandlet på lik linje med andre, er det grunn til å undersøke dette nærmere.

## **1.2 HENSIKT**

Hensikten med oppgaven er å få økt kunnskap om hva som skal til for å kunne gi bedre smertelindring til opiatavhengige pasienter. Kunnskapen jeg tilegner meg gjennom å arbeide med oppgaven vil tas med videre ut i mitt arbeid som sykepleier, slik at jeg har en større forutsetning for å møte rusmiddelavhengige med smerter.

## **1.3 SYKEPLEIEFAGLIG PROBLEMSTILLING**

Hvordan bidra til bedre smertelindring hos opiatavhengige pasienter innlagt i sykehus?

## **1.4 PREISERING OG AVGRENŚING**

Smertelindring kan omhandle lindring av ulike typer smerter. I oppgaven vil både akutte og kroniske smerter inkluderes. Det er også en forskjell på avhengighet og misbruk. Her er det snakk om pasienter som har utviklet en økt toleranse for opiater, og begge begrepene kan derfor inngå i oppgaven. Oppgaven omhandler likevel ikke pasienter som har utviklet økt toleranse eller avhengighet i forbindelse med behandling av kreft eller lignende. Aldersgruppa er avgrenset til voksne, som vil si fra 18 år og oppover. Begge kjønn vil bli inkludert. Sykepleierne som blir omtalt har regelmessig kontakt med pasienter som er avhengig av eller misbruker rusmidler. Pasientene som omtales er innlagt i sykehus på enten kirurgisk eller medisinsk avdeling. Fokuset vil ikke ligge på selve den medikamentelle behandlingen, men på hvilke faktorer som påvirker smertelindringen, og hva som må til for å kunne forbedre den.



## **2 BEGREPSMESSIG RAMMEVERK**

### **2.1 RUS OG AVHENGIGHET**

#### **2.1.1 OPIOIDER**

Opioider er stoffer som binder seg til opioidreseptorer i sentralnervesystemet. Det kan enten være stoffer som forekommer i opium, blant annet morfin, kjemisk fremstilt fra disse, som kodein, eller endorfiner som finnes naturlig i kroppen. Opioider og opiater er to forskjellige begrep og må skilles mellom. Opiater er kun legemidler fremstilt fra opium, den melkehvite saften i planten *Papaver Somniferum*, mens opioider inkluderer kroppens naturlige opioider, og de helsyntetiske opioidene som ikke er fremstilt fra opiumsvalmuen. Stoffer som er fremstilt fra opiumsvalmuen, men som ikke virker på opioidreseptorene i sentralnervesystemet, vil ikke klassifiseres som opioider, men som opiater (Mørland, 2015).

#### **2.1.2 AVHENGIGHET OG MISBRUK**

I Norge brukes den internasjonale sykdomsklassifikasjonen ICD-10 til å diagnostisere rusproblemer. I følge ICD-10 er det å ha rusmiddelavhengighet en rekke fysiologiske, atferdsmessige og kognitive fenomener der en eller flere substanser blir prioritert høyere enn annen atferd som tidligere har vært viktig. Kjennetegn er sterk trang eller lyst til å innta et rusmiddel, samtidig som man har problemer med å kontrollere inntaket og stoppe før man mister kontrollen. Man vil også kunne utvikle sterke fysiologiske og medisinsk farlige abstinenssymptomer om man forsøker å avslutte rusmiddelinntaket (Lossius, 2010, s. 437). Rusmisbruk, eller skadelig bruk, skiller seg fra avhengighet ved at bruken av rusmiddelet gir alvorlige fysiske og/eller psykologiske skader (Lossius, 2010, s. 436).

Ingen er immune mot avhengighet, men rusmiddelavhengighet er komplekst og involverer genetiske, nevrologiske, fysiske og miljømessige forhold. Det vil si at enkelte er mer sårbare for å utvikle en ruslidelse enn andre (Lossius, 2010, s. 437).

### **2.2 SMERTELINDRING**

#### **2.2.1 HVA ER SMERTE?**

Å ha smerter er en sammensatt opplevelse. Flere faktorer kan påvirke smerteopplevelsen enten ved å redusere eller forsterke den. Opplevelsen av smerte er høyst subjektiv, og er

derfor lite tilgjengelig for andres kontroll. Man kan beskrive smerte til andre, men beskrivelsen kan ofte bli ufullstendig da opplevelsen rommer mer smerte enn det man får gitt uttrykk for med ord (Berntzen, Danielsen & Almås, 2010, s. 357).

Det finnes ulike typer smerter, både kroniske og akutte. De akutte smertene oppstår ved plutselig vevsskade som brudd, kuttskade, fødsel, og lignende, men kan også utløses av psykiatriske lidelser. De kjennetegnes ved at de avtar når årsaken leges, samt at de har kort varighet, som vil si mindre enn tre måneder (Berntzen et al., 2010, s. 368). Kroniske smerter defineres som smerter som har vart i minst tre måneder uten at det en har håp om at de skal forsvinne av seg selv. Mange opplever å ha smerter ikke bare i måneder, men år. Det er vist å være et omfattende problem blant befolkningen (Berntzen et al., 2010, s. 387).

### **2.2.2 SYKEPLEIE VED SMERTER**

Et godt redskap for å utøve god og individualisert sykepleie ved smerter er sykepleieprosessen, som er en planleggingsmetode. Denne innebærer en datasamling, målsetting, tiltak og intervensjon, samt en evaluering av iverksatte tiltak. Man kan benytte seg av kartleggingsverktøy som guider, skalaer eller ferdigutviklede spørreskjema for å gjøre dataene mer nøyaktige (Rustøen, 2007, s. 129). Informasjon om smertens lokalisasjon, kvalitet, intensitet, variasjon og varighet, samt hva den fører til av nedsatt funksjon, vil være viktig (Berntzen et al., 2010, s. 362).

Smerter kan også til en viss grad observeres gjennom fysiologiske reaksjoner og atferdsmessige reaksjoner. Akutte fysiologiske smertereaksjoner er ofte synlige som hypertensjon, tachykardi, økt respirasjonsfrekvens og dillaterte pupiller. De atferdsmessige reaksjonene kan være at pasienten har økt fokus på smerten, snakker mye om smerten, gråter og ynker seg, gnir seg der det er smertefullt, har økende muskelspenninger, rynker pannen og lager grimaser. Om smertene vedvarer vil pasientene til en viss grad kunne tilpasse seg dem til tross for at de ikke minker i intensitet. Dette vil kunne føre til at de fysiologiske og atferdsmessige reaksjonene avtar (Berntzen et al., 2010, s. 362-363).

Målsettingen skal skissere ønskede resultater som kan virkeliggjøres. Det å la pasienten delta i målsettingen vil kunne føre til at pasienten ser muligheter i stedet for problemer og begrensninger (Rustøen, 2007, s. 133).

Tiltak ved smerte trenger ikke kun å innebære bruk av legemidler. Det finnes også ikke-medikamentelle metoder (Berntzen et al., 2010, s. 365). Sykepleier må ha kunnskap om ulike former for smertelindring. Det er også viktig at sykepleier holder seg faglig oppdatert (Rustøen, 2007, s. 135, 141). Eksempler på ikke-medikamentelle metoder er akupunktur, varme- og kuldebehandling og hemming av nociseptive impulser, som går på å hjelpe pasienten til best mulig tankemessig og følelsesmessig kontroll over smertene (Berntzen et al., 2010, s. 366-367).

Evaluering av tiltak er nødvendig for å se hva som har effekt og ikke. Det kan også være nødvendig å gjøre flere evalueringer av samme tiltak for å få en helhetlig vurdering (Rustøen, 2007, s. 139-140).

Gjensidig tillit er viktig i sykepleie ved smerter. Sykepleier må ha tillit til pasientenes opplevelse av smerte, samt at pasienten må stole på at sykepleier ønsker å hjelpe (Berntzen et al., 2010, s. 362).

### *Lindrende sykepleie*

I de yrkesetiske retningslinjene til NSF, står det i punkt 2.9 at sykepleier har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse (NSF, 2016).

I en studie hvor de studerer betydningen av begrepet lindre, så de et fellestrekk som gikk igjen fra alle teoriene de lette gjennom. Dette var at lindring og det å lindre er en humanistisk aktivitet, som beskrives som en helt sentral del av sykepleierens virksomhet nært tilknyttet essensen i sykepleie. Alle sykepleieteoriene hadde også pekt på viktigheten av å ta utgangspunkt i den enkelte pasient og pasients situasjon ved lindrende sykepleie (Winter & Madsen, 2006). Kristoffersen, Breivne & Nordtvedt sier at det å kjenne igjen og reagere på lidelse er en forutsetning for å utvikle ferdigheter i det å lindre lidelse. Videre forteller de at man som sykepleier står overfor utfordringen å møte lidelse, samt å lindre den uavhengig av årsak til en persons lidelse. Å lindre lidelse er en del av god sykepleie (Kristoffersen, Breivne & Nordtvedt, 2011, s. 251).

## **2.3 SYKEPLEIEFAGLIG OG TEORETISK PERSPEKTIV**

### **2.3.1 STIGMA, STEREOTYPISERING OG HOLDNINGER**

Mine erfaringer er at rusmiddelavhengige ofte blir omtalt i negativ forstand. Bare fordi de kommer inn under betegnelsen rusmisbruker eller rusmiddelavhengige, blir alt ved dem problematisert og de blir tillagt egenskaper som sjeldent er positive. Mange ser forbi ressursene og de positive sidene hos den enkelte, og forholder seg til antakelser de har til pasientene som er bestemt ut i fra gruppen de går innunder. I forhold til dette, tenker jeg at det er viktig å vite noe om hva begrepene stigma, stereotypisering og holdninger innebærer.

Stigma er et begrep som ble skapt av grekerne. Begrepet hadde som hensikt å referere til kroppslige tegn som hadde en bestemt funksjon til å avsløre uvanlige og dårlige moralske tegn hos mennesket (Goffman, 2000, s. 13). Å stigmatisere betyr å merke noen negativt i en sosial sammenheng (Malt, 2017). Om forventningene vi har til et menneske er negative, vil det automatisk falle fra å være et normalt menneske til et nedvurdert et i vår bevissthet. Å stemple et menneske på denne måten er å stigmatisere. Man kan si at et stigma er en uvoerenstemmelse mellom den tilsynelatende og den faktiske sosiale identiteten til et menneske, der man har negative antakelser (Goffman, 2000, s. 14-15).

Begrepet stereotypisering, som kan defineres som en prosess hvor vi tillegger mennesker egenskaper ut i fra deres gruppetilhørighet, kan ses i sammenheng med stigma. Mennesker har et behov for å organisere og strukturere informasjonen man inntar fra omverdenen, og stereotypisering trenger ikke være problematisk i seg selv. Problemene oppstår når kategoriseringen og de felles indre egenskapene vi har tillagt kategoriene påvirker måten vi behandler og oppfører oss mot andre (Renolen, 2015, s. 224-225).

Stigmatisering og stereotypisering kan være en konsekvens av negative holdninger. En ”holdning” har i følge Renolen mange definisjoner. En endimensjonal tilnærming vil være at en holdning er en generell og varig positiv eller negativ følelse ovenfor en person, et objekt eller tema (Renolen, 2015, s. 231). Om man skal ta med holdningers tankemessige og atferdsmessige sider, definerer Raaheim (sitert i Renolen, 2015, s. 231) det som: ”En underliggende tendens til å tenke, føle og handle på bestemte måter overfor et bestemt fenomen, en bestemt hendelse eller bestemte objekter (personer)”. Nye kunnskaper kan endre holdninger, selv om de ikke alltid vinner gjennom i de holdningene som er etablert. Endring

kan for eksempel skje ved at mennesker som rammes av negative holdninger forteller sin historie. Man får ny kunnskap om noe som kan fortrenge den gamle, og derfor gi rom for holdningsendring (Ohnstad, 2010, s. 236-237).

### **2.3.2 JOYCE TRAVELBEE – ET MENNESKE-TIL-MENNESKE-FORHOLD**

Joyce Travelbee er en sykepleieteoretiker som har hatt, og fortsatt har, stor innflytelse på sykepleierutdanningen i Norge. Begrepet empati og uttrykket ”terapeutisk bruk av seg selv” har en sentral plass i Travelbees sykepleietenkning (Kristoffersen, 2011, s. 213). I forhold til menneskesyn, forholder hun seg til ethvert menneske som en unik person (Kristoffersen, 2011, s. 216). Valget falt ut i fra dette på Travelbee, da hennes teori om å se alle som et unikt individ strider i mot det pasientgruppen som omtales i denne oppgaven ser ut til å oppleve.

Travelbee er klar på at begreper som omhandler en gruppe mennesker, gjør det enkelt å se alle som en, og dermed overse det spesielle med hvert individ. Dette kommer klart frem under hennes tolkning av begrepet pasient, hvor hun sier at vi har en tendens til å kategorisere individer, og at vi derfor vil reagere på kategorien i stedet for på individet. Hun mener da at det man legger i og forbinder med begrepet pasient, blir en bred generalisering som dekker alle pasienter, og at sykepleieren da kan overse eller se bort fra de unike forskjellene mellom pasientene (Travelbee, 1999, s. 61).

Definisjonen til Travelbee av et menneske-til-mennesket-forhold er at det primært er en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom en sykepleier og de hun har omsorg for. Hovedkjennetegnet er at den syke eller dens pårørende får sine behov ivaretatt (Travelbee, 1999, s. 177).

Erfaringene som hun trekker inn i definisjonen, er en bestemt form for erfaringer, nemlig de som er betydningsfulle for begge parter i forholdet. Menneske-til-mennesket-forholdet er en gjensidig prosess. Dette betyr at ikke sykepleieren alene etablerer det, men sykepleier og pasient sammen. Ansvar for at forholdet blir etablert og opprettholdt er imidlertid sykepleieren sitt (Travelbee, 1999, s. 178).

Travelbee sier også at en spesiell atferd, en måte å oppfatte, tenke, føle og handle på, karakteriserer denne type forhold. Pasient og sykepleier responderer på hverandre som

individer. Sykepleieren må se pasienten som et unikt menneskelig individ, og ikke som en sykdom, et romnummer eller en jobb som må gjøres. Pasienten må heller ikke oppfattes som en stereotyp personifisering av alle pasienter sykepleieren har møtt, da alle er unike fra hverandre. For at det skal være mulig for pasient og sykepleier å oppfatte og respondere til hverandre som menneske, må status og posisjoner overskrides (Travelbee, 1999, s. 178).

### **3 METODE**

#### **3.1 HVA ER METODE**

I følge Dalland forteller metoden oss om hvordan man skal gå frem for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap, samt at én bestemt metode vil kunne gi gode data og belyse spørsmål på en faglig og interessant måte. Den er et redskap for å hjelpe oss i møtet med det vi ønsker å undersøke (Dalland, 2012, s. 111-112).

#### **3.2 KVALITATIV OG KVANTITATIV METODE**

Kvalitativ metode benyttes når man vil beskrive eller forstå noe (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015, s. 53). Den har som mål å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2012, s. 112).

Kvantitativ metode er tallenes tale. De som undersøkes kalles enheter eller populasjonen. Det som undersøkes betegnes som variabler som igjen består av verdier, og disse kan klassifiseres i forskjellige målenivåer (Christoffersen et al., 2015, s. 171). Når dataene er gitt i målbare enheter, gir det mulighet for å foreta regneoperasjoner, som for eksempel gjennomsnitt eller prosent av noe (Dalland, 2012, s. 112).

#### **3.3 LITTERATURSTUDIE**

Denne oppgaven er en litteraturstudie. Det vil si at oppgaven i hovedsak bygger på allerede eksisterende skriftlige kilder. Utgangspunktet for oppgaven kan være noe man har erfart i praksis eller noe man har lest som har fanget ens interesse. Det kan handle om å forstå noe eller og avdekke noe som kan forbedres innenfor eget fagfelt (Dalland, 2012, s. 223).

Litteraturstudier kan gjøres på forskjellige måter, og det finnes ingen metodemal. De kravene som må være oppfylt er problemstilling og formål, litteratursøk, gjennomgang, analyse og diskusjon av funnene, samt en rapport/konklusjon (Christoffersen et al., 2015, s. 63). I den litterære oppgaven er det kildekritikk som blir det metodiske redskapet (Dalland, 2012, s. 223).

### **3.4 LITTERATURSØK**

Et vel gjennomført litteratursøk er i følge Olsson & Sørensen selve fundamentet for arbeidet med en studie (Olsson & Sørensen, 2003, s. 22). Ved å gjøre et systematisk litteratursøk innenfor det man ønsker å undersøke nærmere, vil man kunne finne frem til forskning som allerede er gjort på området, og dermed finne frem til ulike resultater man kan bruke til å besvare egen problemstilling (Christoffersen et al., 2015, s. 62-63). Litteratursøket kan også være til hjelp for å finne ut hva man faktisk ønsker å besvare i egen oppgave (Dalland, 2012, s. 223).

Jeg startet med å prøve ut ulike kombinasjoner av søkeord. Flere av søkene gav mange treff, men få eller ingen som hadde relevans for min problemstilling. Dette førte til at jeg valgte å gå inn i søkshistorikken til bacheloroppgaver med lignende tema. Ut i fra dette og ved å se på temasøkeord til artikler som var relevenate har jeg bruk søkeordene substance-related disorder\*, substance abuse (alene og med trunkering), nurs\*, nurse, nursing care, perception\*, stereotyp\*, hospital\*, pain management, drug abuse og drug use\*. I kombinasjonene benyttet jeg AND for å begrense søket, og OR for å utvide. Samtidig brukte jeg trunkeringer for å få opp flere versjoner eller endelser av ord som begynner med det samme som f.eks nurs\* som kan gi ord som nurse, nurses og nursing.

#### **3.4.1 INKLUSJONS- OG EKSKLUSJONSKRITERIER**

For å kunne finne frem til hvilke faktorer som kan påvirke smertelindring til opiatavhengige innlagt i sykehus, har jeg valgt å søke etter studier som både undersøker sykepleiere og rusmiddelavhengiges erfaringer og perpektiver. Dette for å avdekke holdninger, kunnskaper og opplevelser knyttet til møte mellom rusmiddelavhengige og sykepleiere i forhold til smertelindring, samt graden av smertelindring. Jeg ønsket i hovedsak kvalitative studier, men tillot meg å benytte kvantitative for å kunne vise til statistikk som kan støtte opp under det som kommer frem i de kvalitative.

### **3.5 KILDEKRITIKK**

For å vise at du er i stand til å forholde deg kritisk til det du finner av materiale til bruk i oppgaven, må man benytte seg av kildekritikk. Man skal vite hvilke kriterier man har benyttet under utvelgelsen av litteratur. I kildekritikken skal man redegjør for sine kilder slik at leseren



forstår hvilke type kilder du har benyttet, samt at man må overbevise om at kilden er tilstrekkelig for å besvare problemstilling i form av relevans og pålitelighet. Fagstoff og pensum er ofte sekundærlitteratur, som betyr at teksten kan være både oversatt og fortolket før du leser den. Dette kan bidra til at det opprinnelige perspektivet er endret. Det kan derfor være lurt å også ta en kritisk vurdering av kilden om man har benyttet seg av sekundærlitteratur (Dalland & Tygstad, 2012, s. 72-73).

Studiene relevans ble i første omgang vurdert ut i fra tittel og sammendrag opp mot inklusjonskriteriene. Ved å videre se på hele innholdet, falt valget på to kvantitative, fire kvalitative, og én mixed method.

Kvalitative artikler er vurdert ved hjelp av ”Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning” fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2014) og ligger ved oppgaven som vedlegg 2. Vurderingen tok utgangspunkt i 10 spørsmål med svaralternativene ”ja”, ”uklart” og ”nei”. De kvantitative studiene ble vurdert utifra ”Sjekkliste for vurdering av prevalensstudie” laget av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2006) og er vedlagt som vedlegg 3. Her ble artiklene vurdert ut i fra 12 spørsmål med samme svaralternativ som på kvalitativ sjekkliste.

Noen av studiene er gjort i andre land, noe som kan bety at det vil være kulturelle forskjeller i holdninger, verdier og klinisk praksis. Ettersom det finnes lite forskning på området her i Norge, ble det nødvendig å ta i bruk studier fra andre deler av verden for å belyse temaet. De utenlandske studiene har dessuten flere funn som også blir belyst i de norske. Jeg vil også nevne at to av studiene er fra 2006, altså over 10 år gamle, noe som kan bety at funnene i artiklene kan være annerledes i forhold til hva nyere forskning ville vist. Likevel ser det ut til at nyere forskning belyser de samme problemene i dag som i 2006, noe som forsterker behovet for bedring i smertelindringen til rusmiddelavhengige.

### **3.6 FORSKNINGSETIKK**

Etikk handler om normer for riktig og god livsførsel. I forskningen handler det om å ivareta personvernet, samt å sikre troverdigheten av forskningsresultater. Å komme frem til ny kunnskap og innsikt, skal ikke skje på bekostning av enkeltpersoners integritet og velferd. Forskningsetikken omhandler planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning (Dalland, 2012, s. 96).

Det finnes flere forskningsetiske komitéer som har som mål å ivareta enkeltpersoners og samfunnets interesser innen forskning. Det skal søkes om en forhåndsgodkjenning fra en etisk komité før man setter i gang et forskningsprosjekt som involverer mennesker, menneskelig biologisk materiale eller helseopplysninger (Dalland, 2012, s. 98).

I utvelgelsen av studier, var et av kriteriene mine at de skulle være godkjent av en etisk komité. Det står ikke noe sted i Morgans (2006) studie at den er vurdert, men studien er gjort i forbindelse med en doktorgradsavhandling, noe som gir sannsynlighet for at den er godkjent gjennom universitetet.

## **4 FUNN**

### **4.1 PRESENTASJON AV FORSKNINGSARTIKLER**

#### **Artikkel 1 - Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus**

*Forfatter:* Nåden, Li, Andenæs & Undall (2012)

*Hensikt:* Å undersøke handlinger, kunnskaper og holdninger hos helsearbeidere når det kommer til opioidavhengige med smerter innlagt i sykehus.

*Metode og målgruppe:* Studien er kvantitativ og har et beskrivende tverrsnittdesign med hensiktsmessig utvalg. Deltakerne var sykepleiere og leger ved seks medisinske, tre kirurgiske og tre intensiv- eller anestesivdelinger ved fire norske sykehus i fire ulike helseregioner. De måtte ha fulltids- eller deltidsstilling, jobbe på en av de nevnte avdelingene og ha erfaring med rusmisbrukere. 274 sykepleiere og 38 leger deltok.

*Funn/resultat:* Kun en fjerdedel oppga at de svært eller ganske ofte benyttet seg av smertekartleggingsverktøy og 38% kartla rusmisbruket til pasientene (flere leger enn sykepleiere). 46,9% erstattet daglig bruk av opioider. At langvarig bruk av opioider gav overfølsomhet for smerte var det 45,3% som ikke visste. Kun 20,8% av sykepleierne og 26,3% av legene sa seg enig i eller nokså enig i at opioidavhengige forteller sannheten når de formidler smerte og 56,1% av sykepleierne og 15,8% av legene følte seg ofte manipulert av pasientgruppen. Eget kunnskapsnivå ble vurdert som lavt til middels når det gjaldt smertelindring. Legene vurderte seg høyere enn sykepleierne. Et mindretall oppga å være usikre eller uenige i at rusmiddelavhengighet er en sykdom. Få sykepleiere opplevde legene positive til smertelindring av rusmisbruker, mens legene opplevde i større grad positivitet hos sykepleierne. Resultatene kan antyde at mangelfull smertelindring ikke alene forårsakes av kunnskapsmangel, men at også stereotype holdninger og intensjoner kan påvirke handlingsvalget.

#### **Artikkel 2 – Substance users' perspective of pain management in the acute care environment**

*Forfatter:* Blay, Glover, Bothe, Lee & Lamont (2012)

*Hensikt:* Å undersøke rusmisbrukeres perspektiv på akutt smertelindring ved akuttinnleggelse i sykehus.

*Metode og målgruppe:* Studien benytter en blandet metode hvor kvalitative data får frem deltakernes subjektive opplevelser, meninger og erfaringer, mens de kvantitative blant annet identifiserer forskrevne analgetika, samt hvor mange som følte smertelindring etter visse antall timer i prosent. 22 menn og 5 kvinner deltok. Inklusjonskriterier var at de måtte ha benyttet et rusmiddel minst tre ganger ukentlig i tre måneder sammenhengende. Samtidig var det pasienter som hadde blitt innlagt gjennom akuttmottak grunnet skade eller traume. De ble intervjuet 24, 48, 72 og 96 timer etter innleggelse. Ikke alle var tilgjengelige for intervju ved alle de fire tidspunktene.

*Funn/resultat:* Enkelte opplevde at dosene smertestillende ikke var adekvat nok til å dekke deres smertenivå, samt at behovet for høyere doser opioider grunnet økt toleranse ikke ble møtt. De var altså misfornøyd med medisineringsen. Andre kjente behov for en mer tidsnøyaktig administrering av medisinene, og mistenkte at forsinkelser kunne være en konsekvens av helsepersonells negative holdninger. Gjennomsnittlig var 54,9% fornøyde med smertebehandlingen. Likevel var det forskjeller i tid, og etter 96 timer, var det lavest prosent (43,8%) på tilfredshet i forhold til smertebehandlingen. De som mottok behandling ved hjelp av opioater opplevde større grad av smertelindring enn pasientene som fikk andre typer smertestillende.

### **Artikkel 3 – Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study**

*Forfatter:* Krokmyrdal & Andenæs (2015)

*Hensikt:* Å undersøke sykepleieres kunnskap om smerte og kompetanse om smertelindring til pasienter med et rusmisbruk.

*Metode og målgruppe:* Studien benytter et beskrivende tverrsnittsdesign som metode. Deltakerne var 64 sykepleiere fra medisinsk avdeling og 34 sykepleiere fra ortopedisk avdeling ved to sykehus i Vest-Norge. Alderen var 22 til 54 år. Inklusjonskriteriet var at sykepleierne som skulle delta måtte ha regelmessig ansvar for pasienter som misbruket opioider. Det var ingen eksklusjonskriterier.

*Funn/resultat:* 80,3% av sykepleierne svarte at de kunne gjenkjenne smerte, mens 65,3% sa de kunne evaluere årsak til smerte. Kun 54,1% av sykepleierne mente de kunne vurdere graden av smerte. Å evaluere effekten av smertestillende var det 84,7% som mente de kunne. Flertallet, så mye som 87,8%, mente de ikke hadde tilfredsstillende kunnskap om

smertelindring. I forhold til rusmiddelavhengighet og rusmisbruk var det 30% som mente at smertelindring ved bruk av opioider kunne forverre avhengigheten til opioider. 62% mente at opioidavhengige pasienter overdrev smertene sine for å få mer smertestillende medisin, samt at 56,1% hadde en formening om at denne pasientgruppen ikke var ærlige i tilbakemeldingen om effekt av smertestillende. 54,6% svarte at de var enige i at opioidavhengige pasienters smerteopplevelse ikke blir behandlet tilstrekkelig.

#### **Artikkel 4 – Knowing How to Play the Game: Hospitalized Substance Abusers' Strategies for Obtaining Pain Relief**

*Forfatter:* Morgan (2006)

*Hensikt:* Å bringe frem ny teori som kan bidra til en større forståelse av problemet med smertelindring hos opioidavhengige.

*Metode og målgruppe:* Dette er en kvalitativ studie. Studien benytter en "grounded theory"-tilnærming som metode for å utvikle en teoretisk modell som skal kunne forklare rusmisbrukeres problemer med å oppnå tilstrekkelig smertelindring ved innleggelse i sykehus. Modellen ble kalt "Knowing How to Play the Game" og underkategorier som "Feeling respected/not respected", "Treating me like a junkie" og "Strategies to get pain relief" ble til underveis. Deltakerne var 14 menn og 4 kvinner fra 32 til 60 år. Alle benyttet seg av flere rusmidler, hvor 16 foretrakk heroin. 17 av 18 var aktive rusmisbrukere. Deltakerne måtte være fylt 18 år, være engelsktalende, ha en medisinsk tilstand som inkluderte akutte og/eller kroniske smerter, samt ha en dokumentert bakgrunn som rusmisbruker, hvor rusmisbruk blir betegnet som aktive problemer med rus eller edruelighet i mindre enn 5 år. Deltakerne måtte også være villige til å prate rundt temaet. Eksklusjonskriteriene var mental helse som innebar fravær av samtykkekompetanse og alkoholmisbruk alene. Pasientene ble ikke intervjuet om de var psykotiske, ruset eller hadde intense smerter når intervjuet skulle foregå. En fokusgruppe på fem sykepleiere var også med for å vurdere modellen underveis.

*Funn/resultat:* Deltakerne beskrev en konsekvent prosess med å analysere samhandlingen med sykepleierne for å vurdere hvilke strategi som kunne benyttes for å oppnå smertelindring, og at hvorvidt de ble møtt med respekt spilte inn på valg av strategi. Alle uttalte at de hadde hatt negative erfaringer med smerte og helsepersonell i ulike settinger tidligere. Lang ventetid på etterspurte medisiner så flere som en konsekvens av at de var rusmiddelavhengige. Noen beskrev at å bli lyttet til og/eller trodd gav en form for lettelse i seg selv. Enkelte deltakere følte de ikke ble møtt med respekt og at de ikke fikk lindret smertene, og så på det som

umulig og håndtere problemet på egenhånd. Å ikke bli lyttet eller respondert til førte til sterk frustrasjon som igjen kunne føre til krancling, truende oppførsel, søken etter rusmidler fra andre kilder, samt utskrivelse på eget ansvar. Deltakerne beskrev et behov for å bli møtt med respekt og økt kunnskap om smertelindring og rusmiddelavhengighet blant helsepersonell. Studien konkluderer med at en realistisk målsetting i lindringen av smerte, samt bruk av alternative metoder kan være nyttig hos alle pasienter som lider av smerte, spesielt med tanke på rusmiddelavhengige.

### **Artikkel 5 – Routines and rituals: a grounded theory of the pain management of drug users in acute care settings**

*Forfatter:* McCreaddie, Lyons, Watt, Ewing, Croft, Smith & Tocher (2010)

*Hensikt:* Å undersøke rusmiddelavhengiges og sykepleieres perspektiver på smertelindring i forhold til rusmiddelbruk i akuttmedisinske avdelinger på sykehus.

*Metode og målgruppe:* Studien er kvalitativ og benytter en konstruktiv ”grounded theory”-tilnærming for å besvare studiens hensikt. Deltakerne i studien var fra tre sykehus i Storbritannia. De representerte 11 pasienter med rusproblematikk, samt 5 fokusgrupper med 22 deltakere som var sykepleiere og tidligere rusmisbrukere. Inklusjonskriteriene for pasientene i studien var at de måtte være engelsktalende, nåværende eller tidligere rusmiddelavhengige, bruke flere typer rusmiddel hvor hovedsubstans var heroin, ha en medisinsk tilstand som medførte akutt smerte og nylig ha vært innlagt i akuttmedisinsk avdeling. Ekskluderingskriterier var innleggelse grunnet overdose og med intense smerter, en mental tilstand hvor samtykkekompetanse ikke eksisterer, psykologiske kriser, og alkohol som eneste misbruk.

*Funn/resultat:* Teorien studien kommer frem til er at sykepleiere og rusmisbrukere sliter med moralsk relativisme og deres respektive rutiner og ritualer i smertebehandlingen i akuttmedisinske sammenhenger. Moralsk relativisme vil føre til at alle har sin egen oppfatning av rutiner og ritualer som passer med sine egne perspektiv, og at det da ikke finnes noen objektiv standard. Sykepleierne og rusmisbrukerne uttrykte kontrastfylte forventninger og perspektiver til det terapeutiske forholdet. De rusmiddelavhengige trodde de skulle bli møtt av et sykehus som ønsket å hjelpe og et pleiepersonell som formidlet medlidenhet, ikke et pleiepersonell som så ned på dem og dømte dem. Flere rusmisbrukere opplevde at de ble behandlet ulikt i sammenligning med andre ikke-rusmiddelavhengige pasienter. Pleiepersonellet ble enten kategorisert som ”gode” eller ”dårlige” av pasientene i studien.

Sykepleierne mente at noen pasienter var ”vanskelige”. De mente også at pågående dårlig oppførsel fra de rusmiddelavhengige kunne føre til nedsatt toleranse, samt en nedgradering av etikk oppi det hele. Dette kan være med å forverre stigma og følsomhet. Det var ikke overenstemmelse mellom sykehusets og sykepleiernes rutiner og pasientenes forventninger. Flere pasienter kjente på en frustrasjon rundt at de ønsket medisinene til andre tider enn det sykehusets rutiner gav rom for.

### **Artikkel 6 – Challenges in Nursing Practice: Nurses’ Perceptions in Caring for Hospitalized Medical Surgical Patients With Substance Abuse/Dependence**

*Forfatter:* Neville & Roan (2014)

*Hensikt:* Å undersøke sykepleieres perspektiver på å ha omsorg for pasienter innlagt i sykehus grunnet en medisinsk eller kirurgisk diagnose som i tillegg lider av rusmisbruk eller rusmiddelavhengighet.

*Metode og målgruppe:* Studien er kvalitativ og benytter en induktiv tilnæringsmetode i utformingen av studien. 24 sykepleiere deltok, hvor et klart flertall av deltakerne var kvinner. Hele 75% hadde mellom 11 til 30 års erfaring i yrket, og kun 3 hadde mindre enn 5 års erfaring.

*Funn/resultat:* Noen var av oppfatning at pasientens rusbakgrunn ikke påvirket deres omsorgsevne, og at de behandlet dem på lik linje med andre pasienter. Likevel hadde flertallet negative perspektiver til omsorg for pasienter med rusproblematikk. Meningene gjenspeilte intoleranse, sinne, og opplevelser av at rusmisbrukeres etterspørsel etter oppmerksomhet og sykepleie er krevende. Flere mente også at pasientene var manipulerende og på søk etter rus, samt at flere var redde for å bli utsatt for fysisk skade da denne pasientgruppen ofte kunne ha aggressiv og truende oppførsel. En del uttrykte også et behov for undervisning om denne type pasienter og generelt rundt psykiske diagnoser. Det ble også uttrykt sympatisk bekymring av sykepleierne, der de formidlet at de hadde bekymringer for pasienter og familier som står overfor et rusmisbruk eller en rusmiddelavhengighet. I forhold til smertelindring opplevde flere sykepleiere et gap mellom sin faglige vurdering og pasientenes ønsker om og/eller krav til smertestillende og andre medisiner. De uttrykte også usikkerhet rundt troverdigheten til pasientene.

## **Artikkel 7 – Illicit drug users in Northern Ireland: perceptions and experiences of health and social care professionals**

*Forfatter:* McLaughlin, McKenna, Leslie, Robinson & Moore (2006)

*Hensikt:* Å undersøke helse- og sosialprofesjoners perspektiver på og kliniske erfaringer med rusmiddelavhengige som benytter seg av ulovlige rusmidler.

*Metode og målgruppe:* Studien er kvalitativ og består både av fokusgruppeintervjuer og en-til-en-intervjuer. For å kunne delta måtte man være innen for helse- eller sosialyrket, ha klinisk erfaring med rusmiddelavhengige og godta å være med i studien, samt at intervjuene ble tatt opp på tape.

*Funn/resultat:* Det kom klart frem at enkelte ikke ønsket å involvere seg i behandlingen til og omsorgen for rusmiddelavhengige pasienter. Likevel hadde ikke alle negative syn på denne pasientgruppen. Mangelfull kunnskap ble også nevnt, mens andre mente at det å ha økt kunnskap kunne være skremmende. Dette begrunnet de med at å anses som mer profesjonelle på området kanskje kunne føre til at rusmiddelavhengige letter ble sendt over til dem, samt at kollegaer ville ta avstand fra pasientgruppen, og overlate dem til de med mest kompetanse. Noe annet som kom tydelig frem var pessimisme rundt å behandle og ha omsorg for rusmiddelavhengige, selv om det fantes noen som hadde positive erfaringer. Det ble uttrykt at de, spesielt heroinmisbrukere, utelukkende burde bli behandlet av spesialister som hadde større erfaring med denne type pasienter. Dette fordi de var utfordrende å jobbe med. Ingen uttalte at de syntes pasientgruppen hadde noe å gjøre i de generelle delene av helsevesenet. Mange klarte ikke å forestille seg at en rusmiddelavhengige kunne klare å ha empati med en helsearbeider. Studien viser det samme som andre studier, at mange er negative til å ha omsorg for pasientgruppen, og at kun en minoritet ser dette som noe positivt.



## **4.2 HOVEDFUNN I ARTIKLENE**

- Sykepleiere har negative holdninger til rusmiddelavhengige
- Mangel på respekt fra sykepleiere i møte med rusmiddelavhengige
- Pasientgruppen oppleves som utfordrende og krevende
- Manglende tillitt til denne pasientgruppens uttalelser om smerte
- Usikkerhet rundt administrering av smertestillende
- Manglende rutiner for smertekartlegging
- Sykepleierne og sykehusets rutiner kolliderer med pasientenes forventninger og behov
- Behov for økt kunnskap om smertelindring og rusmiddelavhengighet
- Rusmiddelavhengige benytter ulike strategier i samhandling med helsepersonell for å oppnå smertelindring
- Pasientene opplever ulik grad av smertelindring

## **5 HVORDAN BIDRA TIL BEDRE SMERTELINDRING HOS OPIATAVHENGIGE PASIENTER INNLAGT I SYKEHUS?**

I dette kapittelet tar jeg for meg de mest fremtredende funnene i artiklene, negative holdninger og kunnskapsmangel, og drøfter dem opp mot det begrepsmessige rammeverket, annen relevant teori og litteratur, samt retningslinjer og lover.

### **5.1 NEGATIVE HOLDNINGER OG MANGEL PÅ RESPEKT OG TILLIT**

Vi ser i både Nåden et al. (2012), Neville & Roan (2014) og Krokmyrdal & Andenæs (2015) at sykepleiere ikke tror på rusmiddelavhengiges beskrivelse av smerte. Flere mener også at denne type pasienter er uærlige i tilbakemeldingen om effekten av smertelindring, samt at de opplever pasientene som manipulerende. For det første kan dette forklare hvorfor de rusmiddelavhengige i Morgans (2006) studie ikke følte at de ble trodd da de fortalte om sin smerteopplevelse. For det andre hvorfor pasientene i Blays et al. (2012) studie opplevde at behovet for høyere doser opioider grunnet økt toleranse ikke ble møtt. Man kan også hevde at sykepleiere ikke ønsket å imøtekomme behovet for høyere doser smertestillende, da de kan være av oppfatning av at pasientene bare er på søk etter rus. Dette var nemlig noe sykepleierne i Neville & Roans (2014) studie beskrev at pasientgruppen tilsynelatende var. Travelbee (1999, s. 178) sier at man må unngå å se pasienten som en sykdom, noe jeg får inntrykk av at flere gjør når de antar at det er rusmiddelavhengigheten som snakker.

I følge Berntzen et al. (2010, s. 362) er gjensidig tillit viktig i smertelindring. Med grunnlag i dette kan man anta at mangel på tillit er en av grunnene til at enkelte i Blays et al. (2012) og Morgans (2006) studier ikke fikk tilstrekkelig smertelindring. Sykepleier må ha tillit til pasientens opplevelse av smerte, samt at pasienten må stole på at sykepleier ønsker å hjelpe (Berntzen et al., 2010, s. 362).

Deltakerne i Morgans (2006) studie sa at det å bli lyttet til og/eller trodd gav en form for lindring i seg selv. Dette forsterkes av Berntzen et al. (2010, s. 357) som påpeker at flere faktorer kan påvirke smerteopplevelsen ved å enten redusere eller forsterke den. En sykepleier jeg møtte i praksis uttrykte at hun ikke trodde på pasientens uttalelse av smerte, fordi hun ikke kunne se det på henne, og fordi hun kun hadde sagt at hun hadde vondt uten noe videre forklaring. I følge Berntzen et al. (2010, s. 357) vil derimot beskrivelsen av smerte ofte være

ufullstendig, da opplevelsen rommer mer smerte enn det man får gitt uttrykk for med ord, samt at smerter dessuten er en subjektiv opplevelse, som ikke er tilgjengelig for andres kontroll.

Det som er interessant er at studiene til Nåden et al. (2012), Krokmyrdal & Andenæs (2015), Neville & Roan (2014) og McCreaddie (2010) omhandler holdninger til, kunnskaper om og perspektiver på smertelindring til en gruppe mennesker, og ikke enkeltindivider. Travelbees (1999, s. 61) teori beskriver hvordan kategorisering kan påvirke oss. Hun mener at begreper som omhandler mennesker kan få oss til å overse eller se bort fra det unike hos hvert individ. Sett i et slikt lys vil negative holdninger som knyttes til kategorien rusmiddelavhengig kunne bidra til at pasientens positive sider og ressurser overskygges. Om man ikke tenker på pasienten som et unikt individ, men som en rusmiddelavhengig, og i tillegg har antakelser på forhånd om at de ikke forteller sannheten ved formidling av smerter, kan vi med utgangspunkt i Travelbees (1999, s. 61) teori anta at dette vil påvirke hvordan vi reagerer på pasientenes uttalelser om smerte. Dette støttes opp av Goffman (2000, s. 14-15) som sier at negative forventninger til et menneske, vil føre til at det automatisk nedrangeres fra et normalt et til et nedvurdert et i vår bevissthet. Mine tanker er at rusmiddelavhengigheten får for stort fokus hos enkelte sykepleiere, og at pasienten bak lidelsen blir glemt. Selv erfarer jeg stadig at det blir lagt stor vekt på om pasienten har, eller tidligere har hatt, et rusproblem under rapport på avdelingen jeg jobber i. Dette er ikke i forhold til hvilken innvirkning rusmiddelavhengigheten har på behandlingen, men i forhold til at de for eksempel er aggressive, manipulerende eller uærlige.

I studiene til McCreaddie et al. (2010), McLaughlin et al. (2006), Nåden et al. (2012) og Neville & Roan (2014) kommer det frem at flere av deltakerne har negative holdninger til rusmiddelavhengige. I McCreaddies et al. (2010) studie hadde pasientene som ble intervjuet en forventning om å bli møtt med respekt, men opplevde derimot å bli sett ned på og dømt. En av deltakerne i studien sa: "I think they've judged the cover before they've read the book". Det er rimelig å si at dette kan være en konsekvens av de negative holdningene som eksisterer. Sykepleierne som ble intervjuet av McCreaddies et al. (2010) kategoriserte også noen av disse pasientene som "vanskelige". At pasienten føler seg ivaretatt er kjennetegnet ved et menneske-til-menneske-forhold, og for at dette skal kunne etableres, sier Travelbee (1999, s. 178) at status og posisjoner må overskrides for at vi skal kunne se hverandre som

mennesker. Med andre ord kan man si at antakelsene man har til kategorien rusmiddelavhengig må legges til side for at man skal kunne se mennesket bak lidelsen.

Sykepleierne i Neville & Roans (2014) studie uttrykte redsel for å bli utsatt for fysisk skade grunnet truende og aggressiv oppførsel. Fekjær sier at menneskers bekymringer for rusmisbruk er en reaksjon på atferden til misbrukeren og ikke dens helsetilstand (Fekjær, 2016, s. 36). Det er mulig at helsepersonell bekymrer seg mer for sin egen trygghet i møte med rusmiddelavhengige, enn de bekymrer seg for den rusmiddelavhengiges helsetilstand. På en side skal man ikke utsette seg selv for fare, men på en annen side så deltakerne i Morgans (2006) studie på krangling og truende oppførsel som en konsekvens av å ikke bli lyttet og respondert til. Man kan derfor hevde at sykepleiere som skynder seg inn og ut av pasientrom og ikke gir av sin tid, selv er med på å skape den uønskede atferden.

Jeg har erfart at flere rusmiddelavhengige uttrykker misnøye med måten de blir behandlet på, men jeg fikk virkelig øynene opp da en ikke-rusmiddelavhengig pasient som lå på samme rom som en med et rusproblem reagerte på at medpasienten ble behandlet med mindre respekt enn henne, og da til tross for at hun anså medpasienten som sykere enn seg selv. Pasient- og brukerrettighetsloven har som formål og bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001). En pasient skal kunne forvente å få noe av sykepleierens tid uavhengig av om sykepleieren liker pasienten eller ikke. Sosial status skal ikke ha noe å si (Kristoffersen & Nortvedt, 2011, s. 86). Pasientene i McCreaddies et al. (2010) studie opplevde å bli behandlet ulikt i sammenligning med ikke-rusmiddelavhengige pasienter, noe som strider i mot norsk lov og ikke minst de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, punkt 2.7, hvor det heter at sykepleieren skal beskytte pasienten mot krenkende handlinger som ulovlig og unødvendig rettighetsbegrensning og tvang (NSF, 2016).

Deltakere i McLaughlins et al. (2006) studie går så langt som å si at de ikke ønsker å involvere seg med rusmiddelavhengige pasienter i det hele tatt. For det første forsterker dette sannsynligheten for at uttalelsene fra rusmiddelavhengige om å ikke bli møtt med respekt, som vi blant annet ser i McCreaddies et al. (2010) studie, har rot i virkeligheten. For det andre strider også dette i mot lov og yrkesetiske retningslinjer.

McLaughlins et al. (2006) og McCreaddies et al. (2010) studier er ikke utført i Norge, men man ser også i norske studier, gjort av Nåden et al. (2012) og Krokmyrdal & Andenæs (2015),

at det blir avdekket negative holdninger til rusmiddelavhengige blant sykepleiere. Da jeg var i praksis hørte jeg dessuten selv en sykepleier sette spørsmål ved hvorfor rusmiddelavhengige som har valgt å ødelegge livet sitt med rus, og som utnytter samfunnets goder, har rett på samme behandling som ”den vanlige mannen i gata” som bidrar til at landets goder eksisterer. På den ene siden er ingen immune mot rusmiddelavhengighet i følge Lossius (2010, s. 437), men på en annen side sier hun også at enkelte er mer sårbare grunnet genetiske, nevrologiske, fysiske og miljømessige forhold.

En deltaker i McLaughlins et al. (2006) studie sa følgende om rusmiddelavhengige: ”... really after you worked with them for quiet a while you realise most of them seemed to come from backgrounds of either abuse themselves or quiet horrific backgrounds where you could really, you could feel sorry for them and realise why they ended up where they did, so it was quiet good”. På den ene siden kan man hevde at deltakeren hadde negative antakelser om pasientgruppen på forhånd som ikke stemte overens med pasientenes faktiske sosiale identitet, noe som betyr at et stigma var etablert, slik Goffman (2000, s. 14-15) beskriver det. På en annen side ser vi at deltakeren i studien oppdaget at de rusmiddelavhengiges bakgrunn førte til at han/hun fikk større forståelse og empati for pasientene. For så vidt er det dette Ohnstad (2010, s. 236-237) sier om holdningsendring. Nye kunnskaper kan fortrenge gamle holdninger og skape rom for endring, selv om kunnskapen ikke alltid vinner gjennom allerede godt etablerte holdninger. Uttalelsen støtter også opp om at miljømessige og genetiske forhold spiller inn på rusmiddelavhengighet og rusmisbruk slik Lossius (2010, s. 437) skriver.

Nåden et al. (2012) antar at stereotype holdninger og intensjoner kan påvirke handlingsvalget til helsepersonell. Renolen (2015, s. 224-225) hevder at stereotypisering ikke trenger å være problematisk i seg selv, men at problemene oppstår når kategoriseringen og de felles indre egenskapene vi har tillagt kategoriene påvirker måten vi behandler og oppfører oss mot andre. Rusmiddelavhengige i både Blay et al. (2012) og Morgan (2006) sine studier var av oppfatning at forsinkelser i utleveringen av medisiner var en konsekvens av negative holdninger hos sykepleierne, og Blay et al. (2012) hadde også pasienter som ikke ble møtt på sitt behov for høyere doser opiater grunnet økt toleranse. Det er rimelig å anta at dette henger sammen med kunnskapsmangel, men på en annen side viser det også at sykepleierne ikke tilstreber å møte pasientenes behov. Med grunnlag i dette forsterkes Nådens et al. (2012) antakelse om at stereotypiske holdninger påvirker handlingsvalget, og dette viser at stereotypiseringen blir et problem slik Renolen (2015, s. 224-225) beskriver det.

## 5.2 KUNNSKAPSMANGEL

Sykepleiere innrømmer å ha mangelfull kunnskap om smertelindring i både Nåden et al. (2012), Krokmyrdal & Andenæs (2015) og Neville & Roan (2014) sine studier, hvor det i Krokmyrdal & Andenæs (2015) sin studie var hele 87,7% som ikke vurderte sin kunnskap om smertelindring som tilfredsstillende. Kravet om å lindre lidelse som kommer frem i punkt 2.9 i de yrkesetiske retningslinjene (NSF, 2016), henger over alle sykepleiere. Om man ikke har tilstrekkelig kunnskap om smerte og lindring av den, gir det grunnlag for å tro at kravet ikke kan innfris. Man kan hevde at mangelfull kunnskap ligger til grunn for at pasienter i Morgans (2006) studie ikke fikk lindret sine smerter og at enkelte pasienter i Blays et al. (2012) studie ikke var fornøyde med smertelindringen.

I Krokmyrdal & Andenæs (2015) sin studie var det 80,3% som mente de kunne gjenkjenne smerte, og så lite som 65,3% svarte at de kunne evaluere graden av smerter. For meg er det noe som skurrer når disse tallene er lavere enn prosenten som svarte at de kunne evaluere effekten av smertestillende som var så mye som 84,7%. Kristoffersen et al. (2012, s. 251) påpeker at å kjenne igjen og reagere på lidelse er en forutsetning for å utvikle ferdigheter innen behandling av smerter. Da blir det vanskelig å tro at sykepleiere som ikke kan gjenkjenne smerte og ikke kan vurdere graden av smerte, har grunnlag for å kunne vurdere om smertene til en pasient er av samme eller en annen karakter etter inntak av smertestillende.

Ferdigheter utvikles ikke kun gjennom teoretiske kunnskap, men også gjennom erfaring, men på en annen side ser jeg det som vesentlig å ha teoretisk kunnskap om ulike typer smerter og årsaken til dem, samt hvordan man kan vurdere dem, for at man skal utvikle et bedre vurderingsgrunnlag gjennom praktisk erfaring.

Rustøen (2007, s. 129) påpeker at bruk av smertekartleggingsverktøy kan bidra til mer nøyaktige data. I Nådens et al. (2012) studie var det kun en fjerdedel som oppga at de benyttet seg av smertekartleggingsverktøy. Selv har jeg kun erfart i noen få tilfeller at scoringsskalaer blir benyttet i kartleggingen av smerter. Når Nåden et al. (2012), Krokmyrdal & Andenæs (2015) og Neville & Roan (2014) avdekker at sykepleiere har vanskeligheter med å tro på pasientenes uttalelse av smerte, finner jeg det rart at ikke hjelpemidler til å få kartlagt smerter benyttes i større grad.

Det var også 45,3% av Nådens et al. (2012) deltakere som ikke visste at langvarig bruk av opioider gir overfølsomhet for smerte. Man kan anta at dette har en sammenheng med hvorfor sykepleierne i samme studie og i studien til Krokmyrdal & Andenæs (2015) mente at rusmiddelavhengige overdrev smertene sine. Sykepleiere opplever også de rusmiddelavhengige på søk etter rus, slik det fremkommer i McCreaddies et al. (2010) studie. Berntzen et al. (2010, s. 362-363) gjør rede for fysiologiske og atferdsmessige reaksjoner som kan bli synlige ved smerte. Om man i smertekartleggingen av rusmiddelavhengige tviler på uttalelsene, vil man kunne nyttiggjøre seg av å supplere observasjonene med fysiologiske parametere, samtidig som man observerer pasientens atferd. Likevel må man først og fremst ta med i vurderingen at fysiologiske og atferdsmessige reaksjoner kan avta om smerten har vedvart lenge til tross for at smerten er like intens (Berntzen et al., 2010, s. 363). For det andre er det pasienten som sitter med den viktigste opplysningen om smerte, nemlig hvordan det oppleves. Dette støttes opp av Winter & Madsens (2006) studie hvor det kom frem at alle sykepleieteoriene de studerte pekte på viktigheten av å ta utgangspunkt i den enkeltes pasients opplevelse og situasjon i lindring av lidelse.

Morgan (2006) konkluderer med at realistisk målsetting i forhold til smertelindring vil være spesielt viktig i behandlingen av smerter hos rusmiddelavhengige. Rustøen (2007, s. 133) sier at pasientdeltakelse i målsettingen kan hjelpe pasienter til å se muligheter i stedet for problemer og begrensninger. Når sykepleiere uttaler at de ikke ønsker å ha noe med rusmiddelavhengige å gjøre slik det kommer frem i McLaughlins et al. (2006) studie, samt at deltakere i Neville & Roans (2014) studie uttrykker redsel for pasientgruppen, kan man hevde at målsetting sammen med pasienten ikke blir prioritert. At pasientdeltakelsen i målsetting kan antas å være lav også i Norge, forsterkes av mine egne erfaringer fra sykehuspraksis. Behandlingsplaner, herunder målsetting, til alle pasienter, rusfri som rusmiddelavhengig, ble utelukkende laget av sykepleiere alene på kontorene. Samtidig falt valget stort sett på ferdigutviklede maler, hvor generelle mål blir lagt til behandlingsplanen uten at de justeres med hensyn til pasienten. På en annen side avdekker også egne praksiserfaringer at sykepleierne jobber under et konstant tidspress, og mangel på tid kan nok til dels forsvare sykepleiernes prioriteringer. Likevel kan man med grunnlag i Morgans (2006) og Rustøens (2007, s. 133) uttalelser anta at realistisk målsetting og samarbeid med pasienter kan hindre at de rusmiddelavhengige føler seg alene i håndteringen av smerter slik det kommer frem i Morgans (2006) studie. Kanskje vil dette igjen kunne føre til mindre frustrasjon og færre

episoder med uønsket atferd? Diskusjoner, krangling og uønsket atferd kan også raskt stjele mange minutter av sykepleierens dyrebare tid, og jeg har flere ganger erfart at å bruke tid kan spare tid.

Å sette seg ned med pasienter for å skissere hvilke mål de har, forutsette også at man lytter til pasientene, og det vil gi de rusmiddelavhengige en mulighet til å faktisk bli hørt. I Blays et al. (2012) og Morgans (2006) studier kom det frem at pasientene ikke følte de ble det. Pasienter har en rett til medvirkning ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001). Dette er en rett pasientene har som sykepleierne må være bevisst. Med grunnlag i dette kan man hevde at økt kunnskap rundt viktigheten av pasientdeltakelse og realistiske mål i målsetting faktisk vil kunne føre til at uønskede hendelser eller uønsket atferd reduseres, samt at en rettighet pasientene har i større grad blir ivaretatt.

Mangel på kunnskap ble også nevnt i McLaughlins et al. (2006) studie. Det jeg finner oppsiktsvekkende er at deltakere også beskriver økt kunnskap som skremmende, da de tror det vil føre til at de rusmiddelavhengige lettere blir overlatt til dem. Dette strider i mot de yrkesetiske retningslinjene hvor det i punkt 1.4 står at sykepleiere skal holde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde og bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis (NSF, 2016). Med grunnlag i dette kan vi si at det henger et krav over sykepleiere om å jobbe kunnskapsbasert, som vil si at man som fagutøver bevisst bruker ulike kunnskapskilder i praksis (Nordtvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinar, 2012, s. 16). Hva som hindrer bruk av forskning i praksis, kan i følge Polit og Becks tabell (sitert i Nordtvedt et al., 2012, s. 164) være flere. Noen av punktene i tabellen som jeg ser som relevante i forhold til uttalelsene i McLaughlins et al. (2006) studie går på egenskaper hos helsepersonell, hvor to av punktene er at helsepersonell ikke ønsker å endre sin egen praksis og at helsepersonell ikke har kultur for å formidle og anvende forskning i praksis. Samtidig kan det være egenskaper ved organisasjonen, som i dette tilfellet blir en avdeling, hvor manglende kultur for endring og utvikling og manglende system for anvendelse i avdelingen helsepersonellet jobber i blir nevnt som mulige årsaker. I Spesialisthelsetjenesteloven (2001) står det at virksomheter som yter helsetjenester som omfattes av loven, noe sykehus gjør, skal sørge for at de ansatte har et kunnskapsnivå som er tilstrekkelig for at de skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig. Helsepersonell har et krav om å utføre sitt arbeid i så faglig forsvarlig grad man kan forvente ut i fra den enkeltes kvalifikasjon (Helsepersonelloven, 2001). Når det i



flere studier blir avdekket et lavt kunnskapsnivå både rundt smertekartlegging, smertelindring og rusmiddelavhengighet, samt hvordan det ene påvirker det andre og motsatt, samt at dette påvirker behandlingen til pasientene, gir det grunnlag for å tro at rusmiddelavhengige med smerter ikke får behandling i så forsvarlig grad som kan forventes ut i fra yrkesetiske retningslinjer og lovverk.

## 6 AVSLUTNING

I litteraturstudien blir det gjort to hovedfunn som kan anses som ødeleggende for smertelindringen av rusmiddelavhengige pasienter innlagt i sykehus. Sykepleiere uttaler selv at de har negative holdninger til pasientgruppen, og de negative holdningene kan synes å komme av både redsel, stigmatisering og stereotypisering. Disse holdningene når frem til pasientene, som opplever å ikke blir møtt med respekt, samt at tilliten til dem er svekket. Det kommer også frem at de negative holdningenes konsekvenser i verste fall kan ende med brudd på yrkesetiske retningslinjer og lovverk. Konklusjonen blir derfor at en holdningsendring må til. En holdningsendring vil kreve at ny kunnskap fortrenger den gamle, og slik gir rom for nye holdninger. Jeg tenker derfor at vi kan trekke en linje mellom negative holdninger og mangelfull kunnskap som var det andre funnet som kom klart frem. Kunnskaper om hva et langvarig inntak av opioider kan føre til i forbindelse med smerter vil være essensielt. Jeg tror at om flere sykepleiere var klar over at langvarig bruk av opioider kan føre til økt smerteintensitet, ville tilliten til smertebeskrivelsene fra pasientgruppen vært større. Samtidig er det grunn til å tro at bredere kunnskap om ulike kartleggingsverktøy og hvilke faktorer som spiller inn på smerter, vil være med å gi grundigere vurderinger av smertene til pasientene. Et behov for mer kunnskap hos helsepersonell er derfor også nødvendig for at smertelindringen av pasienter med økt toleranse for opioider skal kunne bedres. Kunnskap ser jeg som første ledd i en forbedringsprosess, da kunnskap også er en nøkkel til holdningsendring.

Videre i min praksis som sykepleier vil jeg videreformidle kunnskapen jeg har tilegnet meg gjennom oppgaven i situasjoner jeg ser behov for det. Det har også vært interesse for oppgaven fra andre bekjente som jobber innenfor helse- og omsorgstjenester, og jeg vil tilstrebe å få presentert funnene der det måtte være ønskelig.

## 7 REFERANSELISTE

- Berntzen, H., Danielsen, A., & Almås, H. (2010). Kapittel 11: Sykepleie ved smerter. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie: Bind 1* (ss. 355-398). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Blay, N., Glover, S., Bothe, J., Lee, S., & Lamont, F. (2012). Substance users' perspective of pain management in the acute care environment. *Contemporary Nurse: A Journal For The Australian Nursing Profession*, 42(2), 289-297. doi:10.5172/conu.2012.42.2.289
- Bretteville-Jensen, A. L., & Amundsen, E. J. (2008). *Heroinforbruk og heroinbeslag i Norge*. (SIRUS-Rapport nr. 8/2009). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A., & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt Forlag AS.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, O., & Tygstad, H. (2012). Kapittel 4: Kilder og kildekritikk. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (5. utg., ss. 63-81). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Fekjær, H. O. (2016). *Rus – Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historie* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Goffman, E. (2000). *Stigma: Om afvigernes sociale identitet*. Oslo: Pensumtjeneste AS
- Helsedirektoratet. (2014). *Helsenorge.no*. Hentet 14.01.2017 fra Legemiddelassistert rehabilitering (LAR): <https://helsenorge.no/rus-og-avhengighet/legemiddelassistert-behandling-lar>
- Helsepersonelloven. (2001). *Lov om helsepersonell m.v.* Hentet 14. april 2017 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/>



- care settings. *Journal Of Clinical Nursing*, 19(19/20), 2730-2740. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03284.x
- McLaughlin, D., McKenna, H., Leslie, J., Moore, K. & Robinson, J. (2006). Illicit drug users in Northern Ireland: perceptions and experiences of health and social care professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13: 682–686. doi:10.1111/j.1365-2850.2006.01015.x
- Morgan, B. (2006). Knowing how to play the game: hospitalized substance abusers' strategies for obtaining pain relief. *Pain Management Nursing*, 7(1), 31-41.
- Mørland, J. (2009). *Store Medisinske Leksikon*. Hentet 13.01.2017 fra Heroin: <https://sml.sn.no/heroin>
- Mørland, J. (2015). *Store Medisinske Leksikon*. Hentet 13.01.2017 fra Opioider: <https://sml.sn.no/opioider>
- Neville, K., & Roan, N. (2014). Challenges in Nursing Practice: Nurses' Perceptions in Coring for Hospitalized Medical-Surgical Patients With Substance Abuse/Dependence. *Journal Of Nursing Administration*, 44(6), 339-346. doi:10.1097/NNA.0000000000000079
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graveholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert – En arbeidsbok*. Oslo: Akribe AS.
- NSF. (2016). *Norsk Sykepleierforbund*. Hentet 27.03.2017 fra Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Nåden, D., Li, R., Andenæs, R. & Undall, E. (2012). Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus. *Sykepleien Forskning*, 7(3), 252-61. <http://dx.doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0131>

- Ohnstad, A. (2010) Kapittel 10: Holdninger – i et skeivt lys. I T.-J. Ekeland, O. Iversen, G. Nordhelle, A. Ohnstad, *Psykologi for sosial- og helsefagene*. (2. utg., s. 231-245). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen: Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet 31. mars 2017 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Renolen, Å. (2015). *Forståelsen av mennesker – innføring i i psykologi for helsefag* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Rustøen, T. (2007). Kapittel 9: Sykepleie, smerte og smertelindring. I A. Aambø (Red.), *Smertes: Smerteopplevelse og atferd* (ss. 127-142). Oslo: J. W. Cappelens Forlag AS.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (2001). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* Hentet 14. april 2017 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Waal, H., Bussesund, K., Clausen, T., Håseth, A. & Lillevold, P. H. (2014). *Helseforetakene - et godt sted å være?* (SERAF-Rapport 1/2014). Oslo: Senter for rus- og avhengighetsforskning.
- Winter, B. & Halskov Madsen, K. (2006). "Lindrende sykepleje" – en begrebsafklaring. *Vård i Norden*, 26(4):41-3. <http://dx.doi.org/10.1177/010740830602600409>

## VEDLEGG I: OVERSIKT OVER SØK

Søk	Dato	Database	Søkeord/avgrensing	Treff	Artikkelfunn	Artikkeltype	År
#1	10/1-2017	SveMed+	Substance-related disorder* OR substance abuse AND nurs* OR nursing care	52	Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus	Kvantitativ	2012
#2	16/1-2017	Cinahl	Substance abuse* AND hospital* AND pain management  Avgrensing årstall: 2005-2017	21	Substance users' perspective of painmanagement in the acute care enviroment	Mixed method	2015
#2	16/1-2017	Cinahl	Substance abuse* AND hospital* AND pain management  Avgrensing årstall: 2005-2017	21	Knowing how to play the game: Hospitalized substance abusers' strategies for obtaining pain relief	Kvalitativ	2006
#2	16/1-2017	Cinahl	Substance abuse* AND hospital* AND pain management  Avgrensing årstall: 2005-2017	21	Routines and rituals: a grounded theory of the pain management of drug users in acute care settings	Kvalitativ	2010

#2	16/1-2017	Cinahl	Substance abuse* AND hospital* AND pain management  Avgrensing årstall: 2005-2017	21	Challenges in Nursing Practice: Nurses' Perceptions in Caring for Hospitalized Medical-Surgical Patients With Substance Abuse/Dependence	Kvalitativ	2014
#3	13/3-2017	Cinahl	Drug abuse AND pain management AND nurse  Avgrensing årstall: 2005-2017	5	Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross- sectional survey study	Kvantitativ	2015
#4	27/3-2017	PubMed	Substance-related disorder* AND perception* AND stereotyp* AND drug use*	10	Illicit drug users in Northern Ireland: perceptions and experiences of health and social care professionals.	Kvalitativ	2006



## VEDLEGG II: SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

### SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING

Målgruppe: studenter og helsepersonell  
Hensikt: øvelse i kritisk vurdering

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

*Kan vi stole på resultatene?  
Hva forteller resultatene?  
Kan resultatene være til hjelp i min praksis?*

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

Referanse:

1. Critical Appraisal Skills Programme. [www.casp-uk.net](http://www.casp-uk.net)

## INNLEDENDE SPØRSMÅL

<p><b>1. Er formålet med studien klart formulert?</b></p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er det oppgitt en problemstilling for studien?</li> </ul>	<p><b>Ja</b></p> <p>O</p>	<p><b>Uklart</b></p> <p>O</p>	<p><b>Nei</b></p> <p>O</p>
<p><b>2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</b></p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?</li> </ul>	<p><b>Ja</b></p> <p>O</p>	<p><b>Uklart</b></p> <p>O</p>	<p><b>Nei</b></p> <p>O</p>

## KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

<p><b>3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</b></p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er utvalg, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet og begrunnet?</li> </ul>	<p><b>Ja</b></p> <p>O</p>	<p><b>Uklart</b></p> <p>O</p>	<p><b>Nei</b></p> <p>O</p>
	<p><b>Kommentar:</b></p>		
<p><b>4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?</b></p> <p><i>TIPS:</i></p> <p><i>I strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor? Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (rekrutteringsstrategi)?</li> <li>• Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta?</li> <li>• Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks.kjønn, alder, osv.)?</li> </ul>	<p><b>Ja</b></p> <p>O</p>	<p><b>Uklart</b></p> <p>O</p>	<p><b>Nei</b></p> <p>O</p>
	<p><b>Kommentar:</b></p>		
<p><b>5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</b></p> <p><i>TIPS:</i></p> <p><i>Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er metoden som ble valgt god for å belyse</li> </ul>	<p><b>Ja</b></p> <p>O</p>	<p><b>Uklart</b></p> <p>O</p>	<p><b>Nei</b></p> <p>O</p>
	<p><b>Kommentar:</b></p>		

<p>problemstillingen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel <b>feltstudier</b> (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), <b>intervjuer</b> (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), <b>dokumentanalyse</b>.</li> <li>• Er måten data ble samlet inn på beskrevet (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)?</li> <li>• Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?</li> </ul>	
--	--

<p><b>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</b></p> <p><i>TIPS:</i> En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er det redegjort for hvilken type analyse som er brukt (for eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.).</li> <li>• Er det tydelig redegjort for hvordan analysen ble gjennomført (f. eks. de ulike trinnene i analysen)?</li> <li>• Er motstridende data tatt med i analysen?</li> <li>• Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskeren har kommet fram til?</li> </ul>	<p><b>Ja</b></p> <p><input type="radio"/></p> <p><b>Uklart</b></p> <p><input type="radio"/></p> <p><b>Nei</b></p> <p><input type="radio"/></p> <p><b>Kommentar:</b></p>
<p><b>7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</b></p> <p><i>TIPS:</i> Forskningsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor påvirke resultatene.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor?</li> <li>• Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn?</li> </ul>	<p><b>Ja</b></p> <p><input type="radio"/></p> <p><b>Uklart</b></p> <p><input type="radio"/></p> <p><b>Nei</b></p> <p><input type="radio"/></p> <p><b>Kommentar:</b></p>
<p><b>8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?</b></p> <p><i>TIPS:</i> Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller å få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilde gir helt likt uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller forklares</p>	<p><b>Ja</b></p> <p><input type="radio"/></p> <p><b>Uklart</b></p> <p><input type="radio"/></p> <p><b>Nei</b></p> <p><input type="radio"/></p> <p><b>Kommentar:</b></p>

<p>tilfredsstillende.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?</li> </ul>			
<p><b>9. Er etiske forhold vurdert?</b></p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ble studien forklart for deltagerne (f.eks. gjennom informert samtykke)?</li> <li>• Dersom relevant, ble studien forelagt Etisk komite?</li> </ul>	<p><b>Ja</b></p> <p>O</p>	<p><b>Uklart</b></p> <p>O</p>	<p><b>Nei</b></p> <p>O</p>
	<p><b>Kommentar:</b></p>		

### HVA ER RESULTATENE?

<p><b>8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kan du oppsummere hovedfunnene?</li> <li>• Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien?</li> </ul>	<p><b>Ja</b></p> <p>O</p>	<p><b>Uklart</b></p> <p>O</p>	<p><b>Nei</b></p> <p>O</p>
	<p><b>Kommentar:</b></p>		

### KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

<p><b>Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</b></p> <p>TIPS:</p> <p>Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. Isteden kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i?</li> <li>• Drøft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse?</li> </ul>	<p><b>Kommentar:</b></p>
--	--------------------------

# VEDLEGG III: SJEKKLISTE FOR VURDERING AV PREVALENSSTUDIE

Kritisk vurdering - prevalensstudie

## SJEKKLISTE FOR VURDERING AV PREVALENSSTUDIE

(Tverrsnittstudie, spørreundersøkelse, survey)

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

Kan vi stole på resultatene?  
Hva forteller resultatene?  
Kan resultatene være til hjelp i praksis?

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

Basert på EBMH Notebook. Guidelines for evaluating prevalence studies. May 1998, Vol 1, No 2 pp 37-9. URL: [http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/journal/contents/1\(2\)/37-9.html](http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/journal/contents/1(2)/37-9.html)

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

### INNLEDENDE SPØRSMÅL

1. Er problemstillingen i studien klart formulert?	Ja O	Uklart O	Nei O
2. Er en prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen / spørsmålet?	Ja O	Uklart O	Nei O

### KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE

<p>3. Er <u>befolkningen</u> (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert?</p> <p>TIPS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Er det gitt opplysninger om befolkningsgruppen som alder, kjønn, språk, etnisk tilhørighet og sosio-økonomiske forhold?</li> <li>- Er det gjort rede for subgrupper i befolkningen som ikke dekkes av studien?</li> </ul>	Ja O	Uklart O	Nei O
<p>4. Ble <u>utvalget</u> inkludert i studien på en tilfredsstillende måte?</p> <p>TIPS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En god studie inkluderer et utvalg som nøyaktig representerer en definert befolkningsgruppe. Dette sikres ved bruk av statistiske utvalgsmetoder og ved en vurdering av respondentenes karakteristika</li> <li>- Var utvalget representativt for en definert befolkningsgruppe?</li> </ul>	Ja O	Uklart O	Nei O

<p><b>5. Er det gjort rede for om <u>respondentene</u> skiller seg fra dem som ikke har respondert?</b></p> <p><i>TIPS: Ikke-respondenter er frafall i utvalget.</i></p>	<p><b>Ja</b> O</p>	<p><b>Uklart</b> O</p>	<p><b>Nei</b> O</p>
<p><b>6. Er svarprosenten høy nok?</b></p> <p><i>TIPS: I spørreundersøkelser er det vanligvis OK med en svarprosent på &gt; 70, så lenge forfatterne viser at respondenter og ikke-respondenter har like karakteristika som befolkningen de er utvalgt fra.</i></p>	<p><b>Ja</b> O</p>	<p><b>Uklart</b> O</p>	<p><b>Nei</b> O</p>
<p><b>7. Bruker studien <u>målemetoder</u> som er pålitelige (valide) for det man ønsker å måle?</b></p> <p><i>TIPS Er det brukt spørreskjemaer som er valide, testet og anvendt i tidligere studier? Ble spørreskjemaet pilottestet, evt validert?</i></p>	<p><b>Ja</b> O</p>	<p><b>Uklart</b> O</p>	<p><b>Nei</b> O</p>
<p><b>8. Er <u>datainnsamlingen</u> standardisert?</b></p> <p><i>TIPS Er datainnsamlingen identisk for alle utvalgte individer? Alle avvik fra en standard kan gi skjevhet når dataene samles inn. (F.eks intervjuetoder og personer) Skres ved opplæring av intervjuer, veiledning, metode for å sikre data fra respondenter, spørreundersøkelsens utforming (avkryssing, Liker- skala etc) Standardiserte og valide målemetoder ved tester</i></p>	<p><b>Ja</b> O</p>	<p><b>Uklart</b> O</p>	<p><b>Nei</b> O</p>
<p><b>9. Er <u>dataanalysen</u> standardisert?</b></p> <p><i>TIPS Analysen skal kunne skille individuelle forskjeller som er reelle fra forskjeller som er tilfeldige. Se på hvordan " åpne spørsmål" er behandlet. Er analysering av data gjort av to uavhengige personer?</i></p>	<p><b>Ja</b> O</p>	<p><b>Uklart</b> O</p>	<p><b>Nei</b> O</p>

## HVA FORTELLER RESULTATENE?

<p><b>10. Hva er resultatet i denne studien?</b></p> <p><i>TIPS</i>  Hva er hovedkonklusjonen?  Kan du oppsummere resultatene i én setning?</p> <p><b>Kan resultatene skyldes tilfeldigheter?</b>  <i>Presenterer studien resultatene med konfidensintervall for statistiske estimater?  Er det oppgitt p-verdier?</i></p>	
--	--

## KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS

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