

Kandidatnummer 10049

Smertelindring til pasienter med ruslidelser

- Hvilken betydning har sykepleiers holdning?

Litteraturbachelor
Antall ord: 7830

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2022

Kandidatnummer 10049

Smertelindring til pasienter med ruslidelser

- Hvilken betydning har sykepleiers holdning?

Litteraturbachelor

Antall ord: 7830

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn: Pasienter med ruslidelser er en sårbar gruppe i samfunnet. God behandling til denne pasientgruppen er et helsepolitisk mål. Likevel står pasienter med ruslidelser i fare for å underbehandles for smerter når de er innlagt på sykehus. Tidligere litteratur peker på at sykepleiere kan ha negative holdninger mot denne pasientgruppen og at dette kan påvirke kvaliteten på smertebehandlingen deres.

Hensikt: Å undersøke hvilken betydning holdninger har for smertebehandlingen til pasienter med ruslidelser, samt konsekvenser og årsakssammenhenger.

Metode: Et litteraturstudium basert på 8 forskningsartikler funnet gjennom systematisk databasesøk. Kunnskap suppleres med pensumlitteratur fra sykepleierstudiet og annen relevant faglitteratur.

Resultat: Relasjonen mellom sykepleier og pasientgruppen er preget av mistillit. Pasienter opplever ofte stigmatisering og underbehandling av smerter og abstinenser i møte med sykepleiere. Konsekvenser av dette kan være konflikt og rusmiddelbruk under innleggelse. Det kan også påvirke hvordan pasienter oppsøker helsehjelp i fremtiden. Majoriteten av sykepleiere i studiene har negative holdninger mot pasienter med ruslidelser, men noen beskriver et etisk ansvar ovenfor pasientgruppen. Konflikt med voldsutøvelse forekom, og kan gi konsekvenser for både sykepleiers arbeidshelse og kvaliteten av pasientens behandling. Det blir også avdekket kunnskapsmangel på feltet hos sykepleiere som påvirker pasientens behandlingskvalitet.

Konklusjon: Pasientgruppen opplever ofte å få behandling som ikke er i samsvar med lovverk, yrkesetikk, sykepleieteori og sykepleiens etiske grunnverdier. Det er behov for et kunnskapsløft, samt at sykepleiere er kritisk til egne holdninger og stigma.

Nøkkelord: Ruslidelser, omsorg, sykepleie, smertelindring

Abstract

Background: Substance abuse patients is a vulnerable group. Proper care is a goal for health policy. Despite this, substance abuse in-patients are at risk for undertreatment of pain. Literature on this subject suggest that nurses have negative attitudes towards this patient group and that this can affect their pain management.

Objective: To examine how nurses attitudes affect pain management in substance abuse patients, as well as consequences and how they affect each other.

Method: A literature review of 8 research articles, found through systematic database searches. Supplemental knowledge is found in literature from nursing curriculum and other relevant nursing literature.

Results: The relationship between patients and nurses are often based around distrust. Patients often experience stigmatization and undertreatment of pain and withdrawal. Consequences can be conflict and in-hospital drug use. Most nurses in the research articles held negative attitudes towards patients with substance abuse, but some describe an ethical duty towards the patient group. Violent conflicts could occur, and this can affect the nurse's mental health and the patient's quality of treatment. Nurses had a lack knowledge on this topic, and this in turn affected the quality of patient treatment.

Conclusion: Substance abuse patients often receive treatment that goes against legislation, ethical guidelines, nurse theory and the ethical values of which the nurse profession is based in. There is a need for education, and nurses need to be critical towards their own attitudes and stigmas.

Keywords: Substance abuse, care, nursing, pain management

Forord

Dette har vært en krevende men veldig meningsfull oppgave å arbeide med. Takk til veileder for hjelp gjennom oppgaven, og spesiell takk til min samboer som bidro med hjelp til struktur, korrekturlesing, motivasjon og støtte.

Innhold

1.	Introduksjon.....	8
1.1.	Teoretisk perspektiv og begrepsavklaring	8
1.1.1.	Rusmidler og rusavhengighet.....	8
1.1.2.	Abstinenser	9
1.1.3.	Smerter og smertelindring.....	9
1.1.4.	Holdninger og stigmatisering.	10
1.1.5.	NSF yrkesetiske retningslinjer og pasient – og brukerrettighetsloven	10
1.1.6.	Kari Martinsens omsorgsteori.....	10
1.2.	Formål og problemstilling	12
2.	Metode	13
2.1.	Beskrivelse av metode.	13
2.2.	Inklusjons – og eksklusjonskriterier.....	13
2.3.	Søkestrategi	13
2.4.	Søketabell	14
2.5.	Vurdering og utvelgelse av artikler.	17
2.6.	Analyse.....	17
3.	Resultater	19
3.1.	Artikkelmatrise	19
3.2.	Presentasjon av resultater	24
3.2.1.	Mangel på tillit	25
3.2.2.	Stigma.....	25
3.2.3.	Kunnskapsmangel	26
3.2.4.	Konsekvenser	26
3.2.4.1.	Pasienter opplever dårlig smertelindring og håndtering av abstinenser	26
3.2.4.2.	Distansering og lengere ventetider	26
3.2.4.3.	Konflikt, selvmedisinering, utskrivelse og unngåelse av å oppsøke helsehjelp.	27
3.2.4.4.	Psykisk belastning for sykepleiere	27
4.	Diskusjon	28
4.1.	Stigma	29
4.2.	Mistillit.....	30
4.3.	Etisk ansvar for å gi sykepleie.....	31
4.4.	Kunnskapsmangel	31
4.5.	Konsekvenser	32
4.6.	Metoderefleksjon.....	35

4.7. Implikasjoner for sykepleie.....	36
4.8. Konklusjon	37
5. Referanser	38
Vedlegg	42

Tabeller

Tabell 2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	13
Tabell 2.2 Konsept tabell	14
Tabell 2.3 Søketablell	14
Tabell 2.4 Analyse	18
Tabell 3.1 Artikkelmatrise	19

1. Introduksjon

Verdens helseorganisasjon antar at 35 millioner mennesker i verden lider av ruslidelser (Verdens Helseorganisasjon, u.å), og folkehelseinstituttet estimerer at antallet fortsetter å stige (Folkehelseinstituttet, 2019). Bruk av rusmidler bidrar betydelig tapte leveår, og kan føre med seg både psykiske og kroppslige helseplager (Folkehelseinstituttet, 2019). Enkelte rusmidler og legemidler kan føre til økt toleranse over lengere tids bruk, blant annet opioider (Danielsen et al., 2016, s. 404), noe som kan gjøre smertelindring med opioider utfordrende.

Vadivelu og medarbeidere peker i sin oversiktsartikkel på at pasienter med ruslidelser er i høy risiko for å få akutte smerter underbehandlet som følge av at pasientene, spesielt dersom de er opioidavhengige, kan ha høyere toleranse for legemidler og økt sensitivitet for smerter (hyperalgesi). I tillegg er klinikere redd for overdosering, å bli manipulert og å gi pasienten tilbakefall i rus (Vadivelu et al., 2016). Samtidig kan også dårlig smertelindring øke faren for tilbakefall på grunn av påfølgende selvmedisinering for disse smertene.

Biong og Ytrehus peker på viktigheten av god smertelindring til pasienter med ruslidelser i sykehus. Dette for å holde pasienten smertefri og i avdelingen. De mener også at det er en misoppfatning at personer med ruslidelser «manipulerer» for å oppnå rus (Skoglund & Biong, 2018, s.186-187).

Tidligere forskning viser at sykepleiere kan ha negative holdninger mot pasienter med ruslidelser, og pasienter med ruslidelser opplever å bli sett ned på av helsepersonell (McLaughlin et al., 2000; McLaughlin et al., 2006). I en norsk fagartikkel peker Veverdana og medarbeidere på at sykepleieres holdninger påvirker hvordan pasienter med ruslidelser blir smertelindret (Veverdana et al., 2018).

Dagens regjering uttrykker at personer med ruslidelser har «rett til verdige liv med god tilgang på behandling og oppfølging [...]» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021). Regjeringen har i tillegg varslet en rusreform i 2023, der de ønsker å gi bedre behandling og oppfølging til personer med ruslidelser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022).

Dagsaktualitet og opplevelser fra praksisstudier på sykehus satte i gang tanken om å utforske dette temaet nærmere.

1.1. Teoretisk perspektiv og begrepsavklaring

1.1.1. Rusmidler og rusavhengighet

Fekjær definerer rusmidler som kjemiske stoffer som på ulike måter kan fremkalle endringer i bevisstheden. Stoffer som alkohol, hallusinogener, morfinlignende stoffer, ecstasy, hasj og medikamenter brukes for å påvirke mentaltilstanden sin, ofte for å regulere negative følelser. (Fekjær, 2007, gjennom Håkonsen, 2014, s.378).

Biong og Ytrehus problematiserer begrepsbruken rundt rus, rusmidler og misbruker (Biong & Ytrehus, 2018, s. 15). De peker blant annet på den manglende

enstydige og uklare begrepsbruken som anvendes på feltet og i samfunnet.

WHO skiller gjennom sitt klassifikasjonssystem mellom skadelig bruk av rusmidler og avhengighet. Førstnevnte defineres som et mønster av bruk som fører til fysisk eller psykisk helseskade. Sistnevnte defineres som et adferdsmessig, kognitivt og fysisk fenomen som oppstår etter gjentatt rusbruk som fører til et sterkt ønske om rus, vansker med å kontrollere bruk, økt prioritering av rus, fortsettende bruk tross skadelige konsekvenser, økt toleranse og noen ganger abstinenser (Verdens Helseorganisasjon, 2010). Rusmiddelmissbruk brukes ofte i dagligtale om begge disse begrepene (Helsedirektoratet, 2012).

Ifølge Aarre kan det være vanskelig å skille mellom hva som er skadelig bruk og hva som er avhengighet, og peker til det amerikanske diagnoseverktøyet DSM som har gått bort fra dette skillet og kaller begge for rusmiddelbrukslidelse (Aarre, 2018, s. 263)

I denne oppgaven bruker jeg Fekjærs definisjon av rusmidler og jeg bruker begrepet «ruslidelse», et samlebegrep for både avhengighet, skadelig bruk og misbruk brukt i Helsedirektoratets retningslinje for ROP-lidelser (Helsedirektoratet, 2012). Oppgaven vil ikke omhandle alkoholavhengighet da sykepleieres holdninger til alkohol og andre rusmidler kan være ulike i forhold til smertelindring.

1.1.2. Abstinenser

Fysisk avhengighet av et rusmiddel innebærer toleranseutvikling og ubehagelige symptomer når man ikke får jevnlig tilførsel (Håkonsen, 2014, s. 388). Det er dette som er abstinenser. Disse symptomene varierer fra mindre alvorlige (uro, nedstemthet, energimangel og irritabilitet) til alvorlige symptomer (forhøyet blodtrykk og puls, svetting, smerter, kvalme og psykose) (Skoglund & Biong, 2018, s. 182). Skoglund og Biong poengterer viktigheten av pasientens egen kunnskap og erfaring med abstinenser, å være i forkant med abstinenslindring, og at det er viktig å ta pasienten på alvor. Oppgaven kommer ikke til å diskutere hvordan abstinenser bør behandles da hovedfokus kommer til å ligge i relasjonen mellom sykepleier og pasient, men det finnes en nasjonal faglig retningslinje som tar for seg dette (Helsedirektoratet, 2016).

1.1.3. Smerter og smertelindring.

Smerte er ifølge International Association for the Study of Pain (IASP) «... en ubehagelig sensorisk eller emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse» (The International Association on the Study of Pain, 2011). Det er en personlig opplevelse som påvirkes av biologiske, psykologiske og sosiale faktorer, og som bør respekteres.

Denne oppgaven kommer til å fokusere på akutte smerter, som innebærer en funksjonelt aspekt og har kort varighet (Kristoffersen, Breievne & Nortvedt, 2011, s. 246; Danielsen et al., 2016, ss. 394). Behandling av akutte smerter er viktig for å unngå komplikasjoner etter skader og kirurgiske inngrep, og dårlig behandlet akutte smerter kan føre til kroniske smertetilstander (Danielsen et al., 2016, s. 395).

Smertelindring hos pasienter med ruslidelser betegnes i legeforeningens retningslinjer som utfordrende blant annet fordi legemiddelbruken kan vekke medikamentlengsel hos personer som tidligere har avsluttet en bruksperiode (Den norske legeförening, 2009). De sier at opplevelse av avvísning eller dårlig behandling i seg selv kan gi en trang til å ruse seg. Videre er hyperalgesi, psykiske vansker og toleranseutvikling momenter som bør vektlegges. Ved opioidavhengighet mener de at pasientens basale opioide-behov bør

dekkes, og at opioidavhengige trenger betydelig høyere doser opioider for smertelindring enn opioid-naive.

Sykepleierens funksjon ved smertebehandling innebærer datasamling, klinisk observasjon, kartlegging og vurdering av smerter, å medikamentelle og ikke-medikamentelle utføre tiltak og evaluering av effekt (Danielsen et al., 2016, s. 382).

Medikamenter som brukes kan deles inn i opioider og ikke-opioide legemidler som NSAIDS og Paracetamol (Slørdal, 2021, ss. 327-330).

Denne oppgaven tar ikke for seg spesifikke medikamentelle eller ikke-medikamentelle tiltak, men kommer til å ha hovedvekt på holdninger hos sykepleier og erfaringer hos pasienter. Når det i diskusjonsdelen brukes begreper som smertestillende eller smertelindrende legemidler, så menes opioide analgetika.

1.1.4. Holdninger og stigmatisering.

Holdninger er en tilbøyelighet til å handle på bestemte måter, og består av en tankemessig, følelsesmessig og adferdsmessig del (Håkonsen, 2014, ss. 185-186). Den tankemessige delen er at holdninger og hva vi tenker om et emne henger tett sammen. Den følelsesmessige delen innebærer at det kan utløses positive eller negative følelser basert på holdning. Den adferdsmessige delen innebærer hva vi foretar oss med basis i holdninger. Holdninger kommer tydeligst fram i handlinger, men det trenger ikke å være samsvar mellom det vi tenker og føler og handlingene vi gjør.

Holdninger er vanskelig å endre og er med oss over tid. De kan læres gjennom for eksempel miljøet rundt oss, men de kan også læres gjennom klassisk betinging (Håkonsen, 2014, s. 186).

Stigma er ifølge Erving Goffman en negativ egenskap ved noen som går imot vår stereotype forestilling om hvordan et individ burde være (Goffman, 2009, s. 45). Personen kan ha egenskaper som faller utenfor «det forventede» og kan bli redusert fra et alminnelig menneske til et nedvurdert menneske (Goffman, 2009, s. 44). Med utgangspunkt i dette utøves diskriminering og man tillegger personen egenskaper som den ikke nødvendigvis har (Goffman, 2009, s. 47). Reaksjonen på denne diskrimineringen kan videre forsterke og rettferdiggjøre stigmatiseringen.

1.1.5. NSF yrkesetiske retningslinjer og pasient – og brukerrettighetsloven

Grunnlaget for sykepleieryrket bygger på altruistiske og humanistiske verdier, altså å uegennyttig være til hjelp for andre, og å ha respekt for menneskets personlige integritet og ukrenkelighet (Kristoffersen & Nortvedt, 2011, s. 89). Disse verdiene kommer til uttrykk i NSF's yrkesetiske retningslinjer; Sykepleieren skal ivareta pasientens verdighet og integritet, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Videre sier retningslinjene at sykepleieren skal holde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis på eget fagområde.

Pasientenes rett til lik tilgang på tjenester er forankret i pasient – og brukerrettighetsloven (forkortet PBRL) (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

1.1.6. Kari Martinsens omsorgsteori

Ifølge Kari Martinsen har omsorg tre sider; det er et relasjonelt, et praktisk og et moralsk begrep (Martinsen, 1990, s. 62).

Den *relasjonelle* siden går ut på at omsorg skjer i relasjoner mellom mennesker og at vi er avhengig av hverandre (Martinsen, 1990, ss. 64-65). I relasjoner med andre er utgangspunktet at en viser hverandre barmhjertighet, tillit, åpen tale osv...

Den *praktiske* siden av omsorg viser seg gjennom praktisk handling, som har utgangspunkt i at man har mange erfaringer til felles, og gjennom dette kan man forstå den syke eller gjenkjenne dens behov (Kristoffersen, 2011, ss. 255-256).

Den *moralske* siden omfatter å handle til den andres beste. Dette kan gjøres spontant eller som norm (Martinsen, 2003a, s. 73). «Det er først når det har skjedd et sammenbrudd i moralen, når det har kommet ut for en krise, at vi trenger normer og regler for å ta vare på kjærligheten» (Martinsen, 2003a, s. 73). Innen sykepleie kreves samspill mellom den spontane moralen og normmoralen.

Ifølge Martinsen innebærer omsorg å ha forståelse for den andre og å ha en anerkjennende holdning. Uten disse forutsetningene er ikke omsorgen ekte (Martinsen, 2003b, ss. 71, 81).

Tillit er ifølge Martinsen sentralt for sykepleie (Martinsen, 1990, s. 70). Tillit er i utgangspunktet til stede mellom mennesker. Om man står ovenfor hverandre med mistillit, må det ha en årsak. Tillit fordrer å bli imøtekommet. Å stille seg likegyldig, latterliggjøre eller misbruke informasjon er med på å ødelegge tillitsforholdet (Martinsen, 1990, s. 71). Tilliten krever en grunnholdning fra sykepleieren, blant annet at sykepleieren er villig til å engasjere seg i pasientens situasjon.

Martinsen nevner noen fallgruver som kan føre til overtramp. Blant annet kan omsorgen bli sentimental, altså at sykepleieren er mer opptatt av egne følelser enn situasjonen pasienten er i, eller paternalistisk i form av bedrevitenhet fra sykepleieren (Martinsen, 1990, s. 73). Hun mener likevel at sykepleier-pasient-relasjonen innebærer en *autoritetsstruktur* ved at sykepleieren har fagkunnskap pasienten ikke har, og *svak paternalisme* som må overordnes prinsippet om autonomi. Ifølge Martinsen kan det etiske prinsippet om autonomi føre til holdninger som at «pasienten vedkommer ikke meg». Det er altså sykepleierens ansvar å ta vare på den andre, herunder å påse at pasienten ikke skader seg (Martinsen, 1990, s. 74). Sykepleieren er avhengig av faglig skjønn for å ikke gå i fallgruvene. En skal i bunn og grunn handle til pasientens beste. For å kunne gjøre dette trenges en empatisk holdning, understreker Martinsen.

1.2. Formål og problemstilling

Formålet med denne litteraturstudien er å gjennomføre et strukturert litteratursøk for å undersøke hvilke holdninger sykepleiere har til smertelindring av pasienter med ruslidelser, konsekvenser av dette og årsakssammenhenger som ligger bak. Jeg har valgt følgende problemstilling:

«Hvilken betydning har sykepleiers holdninger for smertelindringen til pasienter med ruslidelser?»

Jeg kommer i denne oppgaven til å forholde meg hovedsakelig til sykepleiere og pasienter på kirurgiske og medisinske avdelinger. Jeg kommer ikke til å forholde meg til kroniske smerter.

2. Metode

2.1. Beskrivelse av metode.

Denne oppgaven er et litteraturstudium, og inkluderer et systematisk søk av forskningslitteratur i søkedatabaser basert på en klart formulert problemstilling. Videre blir artikler funnet, kvalitetsvurdert og analysert (Forsberg & Wengström, 2015, s. 27). Det ble søkt i tre databaser, og åtte artikler ble valgt. Fremgangsmåte, analysemetode og resultat blir presentert i dette kapittelet.

2.2. Inklusjons – og eksklusjonskriterier.

Tabell 2.1 Inklusjons – og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none">• Fagfellevurderte artikler<ul style="list-style-type: none">• Ikke eldre enn 10 år.• Pasienter over 18 år.• Etisk vurderte og godkjente studier.• Omhandlet sykepleiere og/eller pasienter på medisinske eller kirurgiske avdelinger på sykehus.• Omhandlet fortrinnsvis akutte smerter.<ul style="list-style-type: none">• Studier fra vestlige land, fortrinnsvis Norge.• Relevans for å belyse problemstilling.• Tilgjengelig på norsk eller engelsk språk.• Tilgjengelig via NTNU tilgang	<ul style="list-style-type: none">• Studier som omhandlet psykiatriske avdelinger eller hjemmebasert omsorg• Studier som omhandlet kroniske, og ikke akutte smerter

2.3. Søkestrategi

Før jeg gikk i gang med søkeprosessen valgte jeg ut søkeord basert på meningsbærende elementer i problemstillingen. Jeg endte opp med fire begrep som er presentert i tabell 2.2. Jeg valgte å inkludere «sykepleiers holdning» og «pasienterfaring» for å finne artikler som både omhandler sykepleiere og pasienter. Deretter søkte jeg i databasene Cinahl, PubMed og SweMed+.

Ifølge NTNUs bibliotek for medisin og helse inneholder Cinahl sykepleieforskning og PubMed helseforskning generelt (NTNU Universitetsbibliotek, u.d.). SweMed+ sluttet å publisere artikler f.o.m 2019 (Karolinska Institutet, u.d.), men den ble inkludert da den inneholder nordisk forskning og kan ha god overføringsverdi for denne oppgaven (NTNU Universitetsbibliotek, u.d.).

I Cinahl søkte jeg på søkeordene i tabell 2.2. I tillegg får man forslag til både søkeord og emneord. Det ble valgt ut et stort antall av disse. I de neste databasene ble det begrenset til kun søkeordene for å lettere holde oversikt. Oversikt over databasesøk gis i tabell 2.3.

Tabell 2.2 Konsept tabell

Norske begrep	Rusavhengighet	Sykepleiers holdning	Smertelindring	Pasienterfaring
Engelske oversettelse	Substance abuse	Nurse* attitude*	Pain management	Patient experience

2.4. Søketabell

Tabell 2.3 Søketabell

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Antall lest	Valgte artikler
Cinahl	20/4/22	S1.	Søkt på: substance abuse or substance use or drug abuse or drug addiction or drug use Foreslåtte emneord: Substance Dependence, Substance Use Disorders, Substance Abusers, Substance Abuse, Recreational Drug Use, Street Drugs	Fagfellevurdert	155,681		
		S2.	Søkt på: nurse attitudes or nurse perceptions or nurse opinions or nurse views Foreslåtte emneord: Nurse Attitudes, Staff Nurses, Nursing Staff, Nurses, Nursing Units, Medical-Surgical Nursing, Nursing Care.	Fagfellevurdert	362,082		
		S3.	S1 AND S2		5,160		
		S4.	Søkt på: pain management or pain relief or pain control or pain	Fagfellevurdert	105,704		

			reduction or managing pain or analgesia Foreslåtte emneord: Pain Management, Acute Pain Control (Saba CCC), Postoperative Pain, Pain (Saba CCC), Pain (NANDA), Acute Pain (Saba CCC), Analgesia, Analgesics, Hyperalgesia, Analgesics, Opioid, Analgesics, Nonnarcotic, Analgesics				
		S5.	S3 AND S4		433		
		S6.	Søkt på: patient experience or patient perception or patient opinions or patient attitudes or patient views or patient feelings Foreslåtte emneord: Patient Attitudes, Surgical Patients, Inpatients, Patients, Patient Satisfaction, Patient Autonomy, Nurse-Patient Relations, Patient-Reported Outcomes	Fagfellevurdert	351,913		
		S7.	S5 AND S6	År 2012-2022	80	11	2 (A, B)
PubMed	28/4/22	S1.	Nurse* attitude*		61,911		
		S2.	Substance abuse*		79,136		
		S3.	Pain management		155,776		
		S4.	Patient* experience*		642,219		

		S5.	S2 AND S3		957		
		S6.	S1 OR S4		695,460		
		S7.	S6 AND S5	2012-2022	76	7	5 (C, D, E, F, G)
SweMed +	2/5/2 2	S1.	Substance abuse	Fagfelleverdert, År 2012-2019	478		
		S2.	*nurse*	Fagfelleverdert, År 2012-2019	638		
		S3.	*patient experience*	Fagfelleverdert, År 2012-2019	307		
		S4.	Pain management	Fagfelleverdert, År 2012-2019	93		
		S5.	S2 OR S3		869		
		S6.	S5 AND S1		17		
		S7.	S6 AND S4		2	2	1 (H)

Inkluderte artikler:

- A. Monks, R., Topping, A., Newell, R. (2012). The dissonant care management of illicit drug users in medical wards, the views of nurses and patients: a grounded theory study. *Journal of advanced nursing*, 2013 (volume 69, issue 4), ss. 935 – 946. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06088.x>
- B. Krokmyrdal, K.A., Andenæs, R (2015). Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study. *Nurse education today*, 2015 (Volume 35, issue 6, ss. 789-794. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.02.022>
- C. Biancarelli, L.D., et al. Strategies used by people who inject drugs to avoid stigma in healthcare settings. *Drug and Alcohol Dependence*, 2019, (volume 198, ss. 80-86). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.01.037>
- D. Chan Carusone, S., Guta, A., Robinson, S. et al. "Maybe if I stop the drugs, then maybe they'd care?"—hospital care experiences of people who use drugs. *Harm Reduction Journal* **16**, 16 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12954-019-0285-7>
- E. Summers, P.J., et al. (2018). Negative experiences of pain and withdrawal create barriers to abscess care for people who inject heroin. A mixed methods analysis. *Drug and Alcohol*

Dependence, 2018, volume 190, ss. 200-208. DOI:
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.06.010>

F. McNeil, R., et al. (2014). Hospitals as a 'risk environment': An ethno-epidemiological study of voluntary and involuntary discharge from hospital against medical advice among people who inject drugs. *Social Science & Medicine*, 2014 (volume 105), ss. 59-66. DOI:
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.01.010>

G. Neville & Roan (2014). Challenges in nursing practice: nurses' perceptions in caring for hospitalized medical-surgical patients with substance abuse/dependence. *The Journal of Nursing Administration*, 2014 (volume 44, issue 6), ss. 339-346. DOI:
<https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000079>

H. Li, R., Undall, E., Andenæs, R., Nåden, D. (2012). Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus. *Sykepleien.no*. DOI: <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0131>

2.5. Vurdering og utvelgelse av artikler.

Utvelgelse av artiklene ble gjort gjennom å lese overskrifter, abstrakt og hele artikler. Alle overskrifter ble lest, og dersom de virket relevante for problemstillingen, ble abstraktet lest. Primærstudier ble prioritert. Deretter ble artikkelen lest i fulltekst. Her ble inklusjonskriterier vurdert, og det ble brukt en forenklet versjon av sjekklister fra NTNU for kvalitetssjekk (vedlegg A), samt vurdering av om artikkelen var etisk vurdert og godkjent. NSD publiseringskanaler ble brukt for å undersøke om tidsskriftene var fagfellevurdert (Norsk senter for forskningsdata, u.d.). Det var ønskelig å få et variert utvalg av artikler som så på pasientgruppens - og sykepleieres erfaringer. Utvalget består av både kvalitative og kvantitative studier, noe som kan gi en dypere forståelse av fenomenet (Andersen, 2017).

2.6. Analyse

Artiklene ble analysert slik beskrevet av Evans (Evans, 2002). Stegene i denne metoden består av fire steg som presenteres i tabell 2.3.

Tabell 2.4 Analyse

1)	<i>Samle artiklene som skal analyseres.</i> Dette ble gjort gjennom systematisk litteratursøk som beskrevet ovenfor.
2)	<i>Indentifiser nøkkelfunn fra hver studie.</i> Under dette temaet ble artiklene lest flere ganger, spesielt resultat-delen. Hovedfunn og funn som var relevante for å belyse problemstillingen ble skrevet i et eget Word-dokument, dette inkluderte også eventuelle sitat som funnene baserte seg på. Like funn innad i studien ble samlet til felles begrep/meningsbærende elementer for å lettere kunne brukes og for å holde oversikt.
3)	<i>Redegjør for felles temaer og undertemaer.</i> De felles begrepene/elementene ble notert ned i et nytt Word-dokument. Her ble de sammenliknet, og likheter ble fargekodet for å danne oversikt. Basert på dette ble laget temaer og undertemaer. Temaene ble sammenliknet med funnene i originalartiklene for å sikre at tolking ble korrekt. Dette bidro også til å holde oversikt over hvilke artikler som sa hva.
4)	<i>Beskriv fenomenet.</i> Basert på disse funnene ble følgende temaer dannet: Mangel på tillit, stigma, kunnskapsmangel og konsekvenser. Temaet «konsekvenser» ble videre gruppert i fire underkategorier som presenteres i resultatdelen.

3. Resultater

3.1. Artikkelmatrise

Tabell 3.1 Artikkelmatrise

Referanse	Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Metode	Resultat	Kommentar og relevans for problemstilling
<p>A) Monks, R., Topping, A., Newell, R. (2012). The dissonant care management of illicit drug users in medical wards, the views of nurses and patients: a grounded theory study. <i>Journal of advanced nursing, 2013 (volume 69, issue 4), ss. 935 – 946.</i> https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06088.x</p>	<p>Å utforske hvordan sykepleiere på medisinske avdelinger planla og utførte sykepleie til pasienter innlagt på grunn av komplikasjoner relatert til ruslidelser og utforske pasientenes syn og erfaringer.</p>	<p>Grounded theory-design ved hjelp av 41 semistrukturerte intervju.</p> <p>8 medisinske avdelinger i Nordvest-England.</p> <p>29 sykepleiere og 12 pasienter.</p>	<p>Forskerne kom fram til to kategorier: «Lack of knowledge to care” og “Distrust and detachment”. Sykepleiere mente de manglet kunnskap om pasientgruppens behov, de distanserte seg fra pasienter for å unngå konflikt. Sykepleiere og pasienter beskrev liten tillitt i relasjonen. Erfaring med personer med ruslidelser fra privatlivet virket positivt inn på holdning og relasjon.</p>	<p>Belyser faktorer eller temaer som virker positivt eller negativt inn på sykepleien til denne pasientgruppen.</p> <p>Kritikk: Sykepleieutdanningen i England er annerledes enn i Norge og er delt/spesialisert i sykepleie hos voksne, barn, psykiatri og ved lærevansker. I Norge mangler man dette skillet.</p>

<p>B) 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, 2015 (Volume 35, issue 6, ss. 789-794. DOI: https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.02.022</i></p>	<p>Pilotstudie med formål å evaluere sykepleieres selvvurdering av kompetanse; kunnskap om smertelindring, kompetanse i smertelindring hos opioidavhengige og hvor de henter kunnskap fra.</p>	<p>Tverrsnittstudie med utsendt spørreundersøkelse.</p> <p>98 deltok, sykepleiere fra medisinske og ortopediske avdelinger på sykehus i Vest-Norge.</p> <p>Spørreskjema basert på tidligere brukt spørreskjema fra en studie om smertelindring til nyfødte.</p>	<p>De fleste sykepleierne følte de hadde for lite kompetanse om smertelindring til opioidavhengige. Majoriteten mente at opioidavhengige overdrev og feilrepresenterte smerte og var uærlig angående effekt av smertestillende. 1/3 av sykepleierne mente at opioider som smertelindring forverret avhengigheten deres. Arbeidserfaring som kunnskapskilde virket mest positivt inn på kompetanse, men denne trenden gikk ned etter 5 års erfaring. Kursing virket også positivt inn. De fleste fikk kunnskap fra kollegaer, men dette ga ikke økt kompetanse. Få brukte internett, tidsskrift og bøker for å tilegne seg kunnskap.</p>	<p>Norsk studie. Sier noe om sykepleieres holdninger til rusavhengige og hvordan dette kan påvirke sykepleien. Nevner også kunnskap som en faktor som påvirker smertelindring til rusavhengige.</p> <p>Begrensninger som blir beskrevet i studien: Skjema var ikke validert eller testet med en test-retest-metode. Utført i et geografisk område. Få deltakere.</p>
<p>C) Biancarelli, L.D., et al. Strategies used by people who inject drugs to avoid stigma in healthcare settings. <i>Drug and Alcohol Dependence, 2019, (volume 198, ss. 80-86). DOI: https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.01.037</i></p>	<p>Ingen hensikt beskrevet. Denne artikkelen er basert på funn fra en annen studie som omhandler HIV-relatert risikoadferd og prevensjon hos rusavhengige som injiserer narkotika. I arbeidet med den studien ble denne artikkelens tema ofte tatt opp av deltakerne.</p>	<p>Kvalitativt studiedesign.</p> <p>Amerikansk studie med 33 deltakere rekruttert gjennom «community-based organizations» (CBO).</p> <p>Det ble utført semistrukturerte intervju à ca 45 minutter.</p>	<p>Mange av deltakerne hadde opplevelser med stigmatisering fra helsepersonell, spesielt i sykehus-settinger. Mange opplevde å få dårligere helsehjelp på grunn av sin ruslidelse.</p> <p>Deltakerne dannet seg strategier for å unngå diskriminering og for å få bedre behandling; utsette å oppsøke behandling, å ikke fortelle om sitt bruk av rusmidler, å bagatellisere smerter og oppsøkte helsehjelp andre steder. Pasientene opplevde mindre stigmatisering ved CBO'er (lokale organisasjoner som tilbyr f.eks brukerutstyr, HIV-tester mm.)</p>	<p>Beskriver rusavhengiges opplevelser med helsevesen og helsepersonell, deriblant opplevelser med at smerter ikke blir tatt på alvor. Pasienter opplever at helsepersonell mener pasienter med ruslidelser er «drug seeking». Tar også opp konsekvenser av opplevd stigmatisering og dårlig behandling.</p>

<p>D) Chan Carusone, S., Guta, A., Robinson, S. et al. "Maybe if I stop the drugs, then maybe they'd care?"—hospital care experiences of people who use drugs. <i>Harm Reduction Journal</i> 16, 16 (2019). https://doi.org/10.1186/s12954-019-0285-7</p>	<p>Å utforske erfaringer blant pasienter med samtidig ruslidelser og HIV eller hepatitt C med å motta helsehjelp.</p>	<p>Kvalitativ beskrivende studie gjort i Toronto og Ottawa, Canada.</p> <p>24 informanter ble rekruttert gjennom reklame for studien ved lokale «AIDS service organizations» og et «HIV specialty hospital». Inklusjonskriterier var HIV og/eller Hepatitt C og aktivt rusmisbruk.</p>	<p>Resultatene presenteres i to hovedkategorier eller «domener»: «perceived effect of drug use on hospital care» og «impact of care experiences on future healthcare interactions».</p> <p>Deltakerne fortalte at de ofte følte seg stigmatisert av helsepersonell, og dette påvirket kvalitet og ventetid på behandling. De beskrev spesielt dårlig smertebehandling, og at dette var ofte årsak til at de skrev seg ut tidlig eller brukte rusmidler under innleggelse. De beskrev at de tidligere hadde usatt å oppsøke helsehjelp. De beskrev at de hadde varierte erfaringer med de ulike sykehusene, og var bevisst hvilke sykehus de kom til å få bedre hjelp på.</p>	<p>Tar for seg pasienters erfaringer med smertelindring, holdninger fra helsepersonell og konsekvenser av dårlig smertelindring og abstinensbehandling.</p> <p>Kritikk: Studien er utført med pasienter som har både kroniske virusinfeksjoner og rusmiddelavhengighet, men til tross for dette var de fleste stigmatiserende opplevelsene relatert direkte til rusmiddelbruket deres.</p>
---	---	--	--	--

<p>E) Summers, P.J., et al. (2018). Negative experiences of pain and withdrawal create barriers to abscess care for people who inject heroin. A mixed methods analysis. <i>Drug and Alcohol Dependence</i>, 2018, volume 190, ss. 200-208. DOI: https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.06.010</p>	<p>Å undersøke faktorer som førte til forsinket behandling av hudinfeksjoner hos personer som injiserer heroin.</p>	<p>Mixed-method undersøkelse.</p> <p>Kvantitativ spørreundersøkelse (N = 145) og kvalitative semi-strukturerte intervju (N=12). Deltakerne var rekruttert fra to urbane strøk i USA.</p>	<p>Kvalitative intervju førte til to kategorier som gikk igjen: erfaring med, unngåelse av og frykt for abstinenser og erfaring med dårlig behandlet akutt smerte.</p> <p>Kvantitative intervju støttet funnene i den kvalitative delen.</p> <p>Andre funn som påvirket forsinket behandling var ambivalens, tidsklemme, bekymringer rundt juridiske forhold og «judgment and mistreatment». Transport, økonomiske forhold og bekymring rundt selve det kirurgiske inngrepet var ikke like framtrepende faktorer.</p>	<p>Deltakerne i studien beskriver dårlig smertelindring, dårlig behandling av abstinenssymptomer og å bli møtt med stigmatisering. Dette førte ofte til tidligere utskrivelser, bruk av rusmidler på sykehus og at pasientene utsatte å oppsøke helsehjelp.</p> <p>Deltakerne i den kvalitative delen relaterte dårlig smertelindring til stigma, mangel på empati og dårlig hensyn til toleranseutvikling hos helsepersonell.</p>
<p>F) McNeil, R., et al. (2014). Hospitals as a 'risk environment': An ethno-epidemiological study of voluntary and involuntary discharge from hospital against medical advice among people who inject drugs. <i>Social Science & Medicine</i>, 2014 (volume 105), ss. 59-66. DOI: https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.01.010</p>	<p>Å undersøke hvordan kryssende sosiale, strukturelle og miljømessige krefter påvirker opplevelsen til personer som injiserer rusmidler på sykehus og hvordan dette bidrar til tidlig utskrivelse «against medical advice».</p>	<p>Etno-epidemiologisk studie. kvalitativt design med dybde-intervju.</p> <p>30 deltakere fra Vancouver, Canada.</p>	<p>Forskerne fant at sykehusoppholdet til deltakerne var preget av opplevelser med streng kontroll rundt bruk av rusmidler og negative stereotypier. Deltakerne opplevde abstinenser og smerter som de i liten grad fikk behandling for. Dette kunne føre til risikofyllt rusmiddelbruk under innleggelse og tidlig utskrivelse, både frivillig og ufrivillig.</p>	<p>Pasienter beskriver opplevelser med smerter og abstinenser som ikke ble adressert av helsepersonell. Tar for seg konsekvenser dette fikk for pasientene.</p>

<p>G) Neville & Roan (2014). Challenges in nursing practice: nurses' perceptions in caring for hospitalized medical-surgical patients with substance abuse/dependence . <i>The Journal of Nursing Administration</i>, 2014 (volume 44, issue 6), ss. 339-346. DOI: https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000079</p>	<p>Å utforske sykepleieres meninger om sykepleie til medisinsk-kirurgiske pasienter med ruslidelser.</p>	<p>Kvalitativ induktiv metode.</p> <p>Amerikansk studie der 24 sykepleiere ble bedt om å skriftlig svare på to åpne spørsmål: 1) hvordan de opplever å gi sykepleie til pasientgruppen og 2) hvordan det påvirker sykepleien de ga til pasienter innlagt på sykehus.</p>	<p>Forskerne fant 4 temaer til det første forskningsspørsmålet og 3 temaer til det andre. Temaene i de første var: Etisk ansvar for å gi sykepleie, negative syn på pasienter med rusmisbruk/avhengighet, behov for utdanning og sympati i arbeid med denne pasientgruppen. Temaene i det andre forskningsspørsmålet var lik de første med etisk ansvar for sykepleie og negative syn på pasientene, men i tillegg kom temaet «inkongruens ved vurdering av smerte og behov for smertestillende».</p>	<p>I studiet får vi et innblikk i sykepleieres egenvurderte tanker og meninger rundt sykepleie til pasientgruppen. Her nevnes manglende kunnskap, frykt for egen sikkerhet og frykt for å bli manipulert av pasienten. Smertelindring nevnes som en utfordring, sykepleiernes vurdering og pasientenes ønsker var ikke kongruent. Sykepleierne sa de ga god, etisk behandling til tross for negative syn på pasientgruppen.</p>

<p>H) Li, R., Undall, E., Andenæs, R., Nåden, D. (2012). Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus. <i>Sykepleien.no</i>. DOI: https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0131</p>	<p>Kartlegge helsepersonells handlinger, kunnskaper og holdninger til opioidavhengige med smerte innlagt i norske sykehus.</p>	<p>Kvantitativ studie. Beskrivende tverrsnittstudie basert på spørreundersøkelse. 435 spørreskjema ble sendt ut, 312 ble besvart. Utvalg besto av sykepleiere og leger ved kirurgiske, medisinske, intensiv – og anesthesiavdelinger ved fire norske sykehus i fire ulike helseregioner.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 38 prosent av respondentene oppga at de kartla pasientenes rusmisbruk. • 47 prosent svarte at de ga pasientene opioidsubstitusjon for å forhindre abstinenser. • Femtito prosent anvendte aldri smertekartleggingsverktøy. • Resultatene viste et egenvurdert kunnskapsnivå på under 3,0 (fempunktsskala med 5 som høyeste verdi). • Flertallet (56,1 prosent) av sykepleierne og en sjettedel (15,8 prosent) av legene følte seg manipulert av opioidavhengige pasienter. • Et mindretall (20,8 prosent av sykepleierne og 26,3 prosent av legene) trodde på pasientens smerteformidling. • Godt over halvparten av respondentene (55,7 prosent av sykepleierne og 73,7 prosent av legene) var enige i påstanden om at opioidavhengighet er en sykdom. 	<p>Kan belyse forhold rundt smertelindring av rusavhengige ved norske sykehus og sykepleieres holdninger (samt kunnskap og handlinger) til rusavhengige i smerter.</p>
---	--	--	---	--

3.2. Presentasjon av resultater

Åtte artikler ble valgt, hvorav fire har pasienter som deltakere, tre har sykepleiere som deltakere og én har begge som deltakere. Pasientstudiene består av kvalitative studier, foruten en som var mixed method. Sykepleierstudiene er likt fordelt mellom kvalitative og kvantitative studier. I resultat- og diskusjonskapitlene blir pasienter med ruslidelser og sykepleiere i studiene omtalt som pasienter og sykepleier. Når disse begrepene brukes, henvises det da til deltakere i studiene.

I dette kapitlet presenteres resultater av analysen. Temaene som presenteres er i stor grad knyttet sammen. De beskriver fenomener som påvirker hverandre på tvers av temaer, og fenomener innad i et tema kan påvirke hverandre.

3.2.1. Mangel på tillit

Et gjennomgående trekk i relasjonen mellom pasient og sykepleier i studiene er mistillit. To studier (Monks et al., 2012; Neville & Roan, 2014) skriver dette eksplisitt, men det kan skildres i flere av studiene gjennom kvalitative data om både pasienter og sykepleiere og kvantitative data om sykepleiere (Biancarelli et al., 2019; Carusone et al., 2019; McNeil et al., 2014):

Pasienter opplevde å bli karakterisert som «drug seeking», altså ute etter legemidler for rus-effekt eller å selge de ulovlig (Biancarelli, et al., 2019; Carusone et al., 2019; McNeil et al., 2014; Monks et al., 2012).

Pasienter ble karakterisert av sykepleiere som manipulerende (Li et al., 2012; Neville & Roan, 2014).

Sykepleiere mente at pasienter med ruslidelser var uærlig om smerter og effekt av smertestillende (Krokmyrdal & Andenæs, 2015; Li et al., 2012; Neville & Roan, 2014).

Noen pasienter beskriver streng kontroll og konsekvenser av rusbruk under innleggelse (McNeil et al., 2014).

3.2.2. Stigma

Kategorien stigma ble utarbeidet gjennom opplevelsene beskrevet av pasientene selv og holdninger uttrykt av sykepleierne.

Stigmatisering ble beskrevet av pasienter gjennom følgende erfaringer:

- 1) *Direkte nedsettende kommentarer.* Direkte nedsettende kommentarer ble funnet i tre av studiene (Monks et al, 2012; Biancarelli et al, 2019; Carusone et al, 2019). Monks og medarbeidere kommer med et godt eksempel på dette; «Why should we waste a bed on you, you type of people?» (Monks et al., 2012).
- 2) *Stemnings- og handlingsendring etter rusbruk ble kjent.* Pasienter beskriver en stemningsendring og endring i handlingsmåten når rusmiddelbruk er kjent eller mistenkt av helsepersonell (Biancarelli et al., 2019; Carusone et al., 2019; McNeil et al., 2014; Summers et al., 2018). Pasientene opplever at dette virker inn på kvaliteten av behandlingen de får, spesielt når det kommer til smertelindring (Biancarelli et al., 2019; McNeil et al., 2014; Summers et al., 2018).
- 3) *Hevngjerrig adferd.* Opplevelser med uprofesjonell og hevngjerrig adferd ble beskrevet av pasienter i en studie (Summers et al., 2018). Et eksempel på dette kan sees i følgende uttalelse av en pasient; «I would say, "Where you did the surgery is really hurting." They would say, "Well what did you expect? You put yourself, here didn't you?» (Summers et al., 2018).

Flere pasienter uttrykker positive opplevelser med helsepersonell gjennom å bli møtt med forståelse og en ikke-dømmende holdning, og å bli sett som person. Dette gjaldt helsepersonell med kjennskap til personer med ruslidelser i privatlivet eller

helsepersonell med utdanning innen rusfeltet (Biancarelli et al., 2019; Monks et al., 2012).

Sykepleiere ga også uttrykk for negative syn på pasienter med ruslidelser:

- 1) Flere beskrev pasientene som manipulative og tidvis aggressive og truende, og flere mente at de stjal tid fra andre pasienter (Neville & Roan, 2014; Monks et al., 2012).
- 2) Flere beskrev det som emosjonelt og psykisk tungt å arbeide med pasientgruppen (Neville & Roan, 2014; Monks et al., 2012).
- 3) 55,7 prosent av sykepleiere i en studie mente at opioidavhengighet ikke er en sykdom (Li et al., 2012).

Til tross for dette var det mange sykepleiere som følte et etisk ansvar for å gi god sykepleie (Neville & Roan., 2014; Monks et al., 2012).

3.2.3. Kunnskapsmangel

Sykepleiere mener selv de mangler kunnskap om pasienter med ruslidelser og deres behov (Neville & Roan, 2014; Monks et al., 2012). I en kvantitativ studie vurderer sykepleiere sitt kunnskapsnivå på mellom 2,16 og 3 på en fempunktsskala når det gjaldt smertelindring til opioidavhengige (Li et al., 2012).

På kunnskapsspørsmål svarer 83,5 prosent av sykepleiere og leger at opioidavhengige har økt toleranse for opioider, 47,6 prosent var enig i at langvarig bruk av opioider førte til overfølsomhet for smerter og 70,8 prosent svarte riktig på om opioidavhengige trenger store doser opioider for å få effekt (Li et al., 2012). I Krokmyrdal & Andenæs sin studie er det 60,2 prosent av sykepleierne som er enige i at bruk av opioider kunne gi overfølsomhet for smerter og 91,8 prosent mener at opioidavhengige trenger mer opioider enn opioid-naive for å få effekt (Krokmyrdal & Andenæs, 2015).

3.2.4. Konsekvenser

3.2.4.1. Pasienter opplever dårlig smertelindring og håndtering av abstinenser

I fire av de kvalitative pasientstudiene opplevde pasientene at de ikke var godt nok smertelindret (Biancarelli et al., 2019; Carusone et al., 2019; McNeil et al., 2014; Summers et al., 2018). To av dem tar også opp at pasientenes abstinenser ikke ble tatt hensyn til (McNeil et al., 2014; Summers et al., 2018).

3.2.4.2. Distansering og lengere ventetider

Mange sykepleiere beskriver at de distanserer seg fra pasienter med ruslidelser (Monks et al., 2012). Med distansering menes endringer i sykepleierens handlinger; de begrenset tidsbruk og begrenset interaksjoner med pasienter med ruslidelser sammenlignet med andre pasienter. Sykepleierne relaterer dette til egen kunnskapsmangel og frykt for voldelig konflikt med pasientene. Likevel kunne distanseringen i seg selv lede til konflikt.

Denne begrensningen av tidsbruk og interaksjoner oppleves også av pasienter i to andre studier (Biancarelli et al., 2019; Carusone et al., 2019).

3.2.4.3. Konflikt, selvmedisinering, utskrivelse og unngåelse av å oppsøke helsehjelp.

Som resultat av en relasjon preget av mistillit, opplevd dårlig smertelindring og abstinenshåndtering, samt opplevd stigmatisering oppstod følgende:

- 1) Situasjonen kunne ende i verbal eller voldelig konflikt (McNeil et al., 2014; Monks et al., 2012; Neville & Roan, 2014).
- 2) Pasientene inntok rusmidler under innleggelse. Noen relaterte dette til et sug etter rus, men for majoriteten var det for å få bukt med abstinenser og for å bli smertelindret (Carusone et al., 2019; McNeil et al., 2014; Summers et al., 2019).
- 3) Noen pasienter forlot sykehuset. Dette var relatert til både abstinenser og smertelindring som beskrevet i punktet ovenfor, men for flere spilte også den opplevde stigmatiseringen inn i valget (Carusone et al., 2019; McNeil et al., 2014; Summers et al., 2018). Noen ble ufrivillig utskrevet som konsekvens av rusmiddelbruk eller voldsutøvelse under innleggelse (McNeil et al., 2014; Monks et al., 2012).
- 4) Mange pasienter unngikk eller utsatte å oppsøke helsehjelp for å unngå smerter, abstinenser og å bli stigmatisert av helsepersonell (Biancarelli et al., 2019; Carusone et al., 2019; Monks et al., 2012; Summers et al., 2018). Dette var som følge av tidligere egne erfaringer eller andre personer med ruslidelsers erfaringer.

3.2.4.4. Psykisk belastning for sykepleiere

Flere sykepleiere i Monks og medarbeidere sin studie beskriver en angstfølelse og å føle seg mentalt sliten ved å gi sykepleie til pasienter med ruslidelser (Monks et al., 2012). De anså det som sannsynlig å oppleve truende adferd fra pasienter ruslidelser, og de følte seg maktesløs i situasjoner der det oppstod konfliktfylte eller voldelige situasjoner. Belastning ved å arbeide med pasienter med ruslidelser beskrives også i Neville og Roan sin studie; «Caring for these patients leaves me emotionally and physically drained.» (Neville & Roan, 2014).

4. Diskusjon

Problemstillingen i denne litteraturstudien er å se hvilken betydning holdninger har for smertelindring til pasienter med ruslidelser. I dette kapittlet drøftes resultatene ut i fra problemstilling og relevant teori.

4.1. Stigma

Ifølge Erving Goffman er stigma «en negativ egenskap» som går imot vår forestilling om hvordan et individ burde være (Goffman, 2009, s. 45). Flere sykepleiere i studiene ga uttrykk for å ha et stigma ovenfor pasientene. Dette stigmaet ble gjenkjent av pasientene. Dette stigmaet går ut på at pasientene er: 1) Manipulative og «drug seeking» 2) At de er aggressive (Biancarelli, et al., 2019; Carusone et al., 2019; Li et al., 2012; McNeil et al., 2014; Monks et al., 2012; Neville & Roan, 2014).

Studiene går ikke inn på hva sykepleierne legger i «manipulativ» med tanke på hvilke handlinger pasientene gjør. Men vi kan se dette i lys av fenomenet «drug seeking», altså at pasientene er ute etter legemidler, ikke for smertelindring, men for eksempel å ruse seg eller å selge legemidlene ulovlig. Hvis sykepleierne allerede er forutinntatt om at denne pasientgruppen er "drug seeking", kan enkle forespørsler om legemidler for smerter eller abstinenser validere stigmaet "pasienten er drug seeking" og oppfostre nye negative egenskaper ovenfor pasienten og pasientgruppen i sin helhet. Sykepleieren kan for eksempel føle at de blir manipulert av pasienten og ilegger slik pasienten «den negative egenskapen» manipulerende.

I tillegg kan en reaksjon fra den som stigmatiseres, ifølge Goffman, rettferdiggjøre og forsterke stigmaet videre (Goffman, 2009, s. 47). Hvis pasienten blir nektet smertestillende, og reagerer med å argumentere eller forklare hvorfor de trenger medikamentet, blir dette et bevis på at pasienten faktisk *var* ute etter noe annet enn smertelindring. For Goffman er dette diskriminering ved at en tillegger pasienten egenskaper basert på eget stigma, og ikke pasienten selv. Andre pasienter i en annen pasientgruppe ville ikke bli ilagt disse negative egenskapene gjennom samme forespørsel.

Et annet stigma som knyttes til pasienter med rusproblemer er vold og aggressivitet. I en studie beskriver pasientene episoder med sinne og verbal eller fysisk vold i følgende situasjoner: der de opplevde dårlig behandling som nedsettende kommentarer, dårlig håndtering av abstinenser og distansering fra sykepleiere (Monks et al., 2012).

I en episode der pasienter ble nektet metadon og andre legemidler for å dempe abstinenser førte den økte misnøyen til voldelig utfall. Som Monks og medarbeidere selv skriver: «This dissatisfaction often escalated until a point where the patient 'kicked off'. [...] Kicking off involved displaying uncontrolled aggression towards the nurse(s) and confirmed the view that these patients were disruptive and difficult to manage» (Monks et al., 2012). Eksemplet demonstrerer godt hvordan et allerede eksisterende stigma fører til reaksjoner fra den stigmatiserte, noe som fører til konflikt som igjen både begrunner, videreutvikler og validerer det allerede eksisterende stigmaet.

Dette kan vi knytte opp mot Håkonsens tanker om holdninger. Holdninger består av en følelsesmessig del som kan påvirkes som følge av *klassisk betinging* (Håkonsen, 2014, s. 186). Klassisk betinging går ut på at man blir utsatt for to stimuli samtidig og danner forbindelse mellom disse (Håkonsen, 2014, ss. 81, 138). Dersom sykepleieren

har negative erfaringer med pasienter med ruslidelser, spesielt ved voldssituasjoner, er det naturlig at det får følelsesmessige konsekvenser for sykepleieren. Følelsene en da får kan bli knyttet til pasienter med ruslidelser. Slik kan sykepleieren forbinde pasientene med «vold» og «frykt», som kan påvirke holdningene og forsterke stigma hos sykepleieren.

Man kan nødig klandre sykepleiere for å få negative følelser etter en voldshendelse, men det er viktig for sykepleier å være klar over at pasienten er et individ og representerer ikke andre pasienter med ruslidelser. Sykepleieren har fremdeles et ansvar for å ivareta pasientens behov.

4.2. Mistillit

Mistillit er ofte utgangspunktet i relasjonen mellom sykepleier og pasient. Som nevnt oppfatter mange sykepleiere pasientene som manipulative, «drug seeking» og aggressive (Li et al., 2012; Neville & Roan, 2014; Monks et al., 2012). Frykten for å ikke bli trodd på eller å få dårligere behandling på grunn av sin ruslidelse fører til at pasienter unngår å oppsøke helsehjelp, eller at de lyver til helsepersonell om ruslidelsen sin (Biancarelli et al., 2019; Carusone et al., 2019; Monks et al., 2012; Summers et al., 2018). Relasjonen er preget av mistillit allerede før møtet mellom pasient og sykepleier.

Martinsen mener at tillit er utgangspunktet mellom sykepleier og pasient og en nødvendighet for å gi god omsorg (Martinsen, 1990, s. 70). En forutsetning for god omsorg og dermed smertelindring til pasienter med ruslidelser er da å ivareta denne tilliten; å bli pasientens tillit verdig gjennom å ikke være forutinntatt og å være klar over eget stigma.

Tillit kan bygges opp. Dette ser vi i to studier (Biancarelli et al., 2019; Monks et al., 2012). Her beskriver pasienter å bli møtt med forståelse, en ikke dømmende holdning og å bli sett som person av enkelte sykepleiere og leger som enten hadde personlig kjennskap til pasienter med ruslidelser eller hadde spesialisert seg innen avhengighetsfeltet. Følgende utdrag fra Biancarelli og medarbeidere beskriver dette godt: «The team of doctors were great. They didn't look down on me [or] think I was crying because I wanted more pain meds. They treated me like I was a human...[We] just bonded while I was there, and it was really nice» (Biancarelli et al., 2019).

Pasienten beskriver hvordan legene i avhengighetsmedisin-teamet så på henne «som menneske». En av legene endte opp med å bli pasientens fastlege, og dette viser tilliten og relasjonen som vokste frem dem imellom. Dette sitatet beskriver pasientens erfaring med leger, men her finner vi god overføringsverdi til sykepleiere; Å se personen bak ruslidelsen kan bygge opp tilliten i relasjonen.

«Å se personen bak ruslidelser» kan knyttes til å ha empati med pasienten. Uten en holdning med empati og ønske om å gjøre det beste for pasienten, kan sykepleier gå i fallgruven paternalisme og uekte omsorg, ifølge Martinsen (Martinsen, 1990, ss. 73-75, 2003b, s. 71). Balansegangen mellom paternalisme og svak paternalisme hviler på sykepleierens skjønn og empatiske egenskaper (Martinsen, 1990, s. 74).

Et eksempel på utfordringene ved denne balansegangen finner vi i Neville og Roans studie; Sykepleiere beskriver selv en diskrepans mellom sin egen oppfatning av pasientens smerter og pasientens beskrivelse (Neville & Roan, 2014). Sykepleierens faglige vurdering kan bestå i å være restriktiv med smertestillende til pasienten. Men når vi ser dette i sammenheng med at majoriteten av pasientstudiene beskriver at pasienter

opplever at de ikke blir trodd eller godt nok behandlet for smerter (Biancarelli et al., 2019; Carusone et al., 2019; McNeil et al., 2014; Summers et al., 2018), så kan det virke som at flere sykepleiere i Neville og Roan står i fare for å begå et overtramp, ifølge Martinsen. Smerter er tross alt en subjektiv og personlig erfaring som bør respekteres ifølge IASP (The International Association on the Study of Pain, 2011). Dette understreker viktigheten av å ha tillit til pasientens opplevelse av smerter.

4.3. Etisk ansvar for å gi sykepleie

Grunnlaget for sykepleierket bygger på altruistiske og humanistiske verdier (Kristoffersen & Nortvedt, 2011, s. 89). Det vil si å uegennyttig være til hjelp for andre, og å ha respekt for menneskets personlige integritet og ukrenkelighet. Disse verdiene kommer til uttrykk i NSF's yrkesetiske retningslinjer; Sykepleieren skal ivareta pasientens verdighet og integritet, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

Noen sykepleiere beskriver en dissonans mellom disse verdiene uttrykt i etiske retningslinjer på den ene siden, og hvordan de selv eller kollegaer handlet mot pasientene på den andre, altså at de ikke klarte å se personen bak ruslidelsen (Monks et al., 2012). Likevel, tross negative syn på pasienter med ruslidelser, beskriver sykepleiere i en studie et *etisk ansvar* for å gi god og rettferdig sykepleie (Neville & Roan, 2014). Med dette mener de «å være pasientens advokat» og gi objektiv, ikke-dømmende sykepleie. Her sier ikke forfatterne av studien om det var de sammen sykepleierne som har negative syn på pasientene som også føler på dette etiske ansvaret, men siden majoriteten av sykepleiere i studien uttrykker slike negative syn, så er det stor sannsynlighet for overlapp mellom disse funnene.

Vi kan knytte dette opp mot Martinsens moralske side av omsorg, som er å handle til pasientens beste (Martinsen, 2003a, s. 73). Dersom den spontane moralen ikke er til stede, så kan dette overtas av normer og regler. Dette *etiske ansvaret*, med grunnlag i sykepleiens grunnleggende verdier, kan være et eksempel på hvordan norm overtar for spontan omsorg. Slik kan dette etiske ansvaret være et slags sikkerhetsnett for å sikre at pasienter med ruslidelser får den omsorgen de bør og skal få.

Håkonsen mener at det ikke nødvendigvis er samsvar mellom hva en tenker og føler og hvordan man handler (Håkonsen, 2014, ss. 185-186). Knytter vi dette opp til det etiske ansvaret beskrevet i Neville & Roan's studie, så kan det være at de ytet god omsorg *til tross* for negative tanker og følelser til pasientene. På en annen side, siden det ikke nødvendigvis er samsvar mellom det en tenker og føler og hvordan en handler, så kan det tenkes at sykepleiere *føler* på etisk ansvar og at de gir god sykepleie, men at det kanskje ikke *oppfattes* slik av pasienten. Å føle på dette etiske ansvaret, er ikke nødvendigvis det samme som å gi god omsorg og sykepleie.

En mulighet for å sikre pasienter med ruslidelser omsorgsfull hjelp, kan være å utarbeide normer eller regler slik Martinsen mener. Dette kan for eksempel være retningslinjer på avdelinger eller sykehus.

4.4. Kunnskapsmangel

Flere studier fant kunnskapsmangel hos sykepleiere. Spesifikk kunnskap om smertelindring til opioidavhengige pasienter er undersøkt i to kvantitative studier (Krokmyrdal & Andenæs, 2015; Li et al., 2012). Eksempler på viktig kunnskapsmangler

er at 16,5 prosent av helsepersonell ikke vet at opioidavhengige har økt toleranse for opioider og 38,7 og 52,4 prosent av helsepersonell i to studier vet ikke at opioidavhengighet kan føre til hyperalgesi (Krokmyrdal & Andenæs, 2015; Li et al., 2012). En av studiene omhandlet leger og sykepleiere, og den andre om kun sykepleiere. Altså mangler helsepersonell, deriblant sykepleiere, viktig kunnskap for å gi god smertelindring til pasienter med ruslidelser.

Sykepleiere rapporterte selv om kunnskapsmangel om ruslidelser og pasientenes behov (Li et al., 2012; Monks et al., 2012; Neville & Roan, 2014). Sykepleiere i Monks og medarbeideres studie forteller at de håndterer godt somatiske komplikasjoner ved ruslidelser som infeksjoner eller DVT, men ikke spesifikke rusrelaterte konsekvenser og behov. Flere sykepleiere beskriver at de ser en sammenheng mellom egen kunnskapsmangel og negative holdninger til pasientene. De forteller at de ønsker kunnskap, og foreslår en del organisatoriske tiltak, men ingen foreslår å innhente denne kunnskapen selv (Monks et al., 2012).

Yrkesetikk sier at sykepleiere skal holde seg oppdatert på eget fagfelt (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Flere sykepleiere i Neville og Roans studie mener at rus tilhører psykiatrifeltet (Neville & Roan, 2014). Dette går imot helhetsspektivet som har preget sykepleien i senere tid. De fleste helsepersonell i Li et al møter pasienter med ruslidelser minst en gang i måneden eller oftere ved somatiske avdelinger på sykehus (Li et al., 2012). Ved så hyppig kontakt med pasienter med ruslidelser, bør sykepleiere inneha kunnskaper om pasientgruppen og feltet.

Med Håkonsens tanker om at holdninger inneholder en tankemessig del, så kan vi se at det er en sammenheng mellom kunnskapsmangelen beskrevet i studiene, og holdningene sykepleieren har til pasientene. Dersom en ikke vet hvordan best smertelindre pasientene, hvilke erfaringer pasienter med ruslidelser har i møte med helsevesenet og hvordan abstinenser påvirker pasienten, så er det utfordrende å skulle gi god sykepleie til denne pasientgruppen.

4.5. Konsekvenser

Det er vanskelig å diskutere konsekvenser ettersom det er en del overlappende funn som påvirker hverandre. Konsekvenser av en situasjon eller holdning fører igjen til nye konsekvenser. Eksempelvis kan dårlig smertelindring som følge av stigma og kunnskapsmangel føre til at pasienter forlater sykehuset eller på andre måter utsetter seg for «farlige» situasjoner som igjen får konsekvenser for deres helse.

Vi skal ta for oss smerter og abstinenser, deretter at sykepleiere distanserer seg fra pasientene. Disse konsekvensene leder opp til nye konsekvenser, hvorav noen av de var; 1) Pasientene bruker rusmidler under innleggelse. 2) Pasientene skrives ut, frivillig eller ufrivillig. 3) Pasienter utsetter eller unngår å oppsøke helsehjelp i fremtiden. Til sist tar vi opp den psykiske påkjenningen sykepleiere kunne oppleve som følge av vold. En annen konsekvens var at vold kunne oppstå som følge av dårlig håndterte abstinenser og direkte nedsettende kommentarer, men dette har vi diskutert under «stigma» og blir ikke diskutert videre.

Pasienter beskriver å ikke bli trodd på sine smerter og de opplever utilstrekkelig smertelindring (Biancarelli et al., 2019; Carusone et al., 2019; McNeil et al., 2014; Summers et al., 2018). Dette kan komme fra stigma, mistillit og kunnskapsmangel hos sykepleier. Selve smertelindringen er utfordrende i seg selv som følge av

toleranseutvikling og overfølsomhet for smerter (Den norske legeforening, 2009). Vi så at sykepleiere mangler kunnskap på akkurat disse punktene, noe som kan være en del av forklaringen på hvorfor pasienter ikke er bedre smertelindret på sykehus.

En annen kompliserende faktor er at det ved smertelindring kan vekkes en medikamenttrang hos pasienter som har avsluttet en bruksperiode (Den norske legeforening, 2009). Ifølge en systematisk oversiktsartikkel gjort på pasienter uten ruslidelser som ble behandlet med opioider mellom 7 døgn til 3 måneder, fant de at 4,7% fikk en avhengighetslidelse i etterkant (Higgins et al., 2018). De beskriver ikke hvorvidt dette er et høyt tall eller ikke, og de beskriver det som et noe usikkert tall. Avhengighet kan altså forekomme ved smertelindring generelt, og siden smertelindring kan øke medikamenttrang hos pasienter med ruslidelser, så er det en mulighet for å forverre en avhengighet hos disse pasientene.

I Kari Martinsen øyne kunne det blitt argumentert for at sykepleieren med en slik fagkunnskap kan utøve *svak paternalisme* gjennom å ikke gi smertestillende, for å unngå forverring av avhengighet til pasientens beste. Men dette forutsetter empati og forståelse med pasienten (Martinsen, 1990, s. 74). Pasienter beskriver jo å bli møtt med lite forståelse om sine smerter (Biancarelli et al., 2019; Carusone et al., 2019; McNeil et al., 2014; Summers et al., 2018). Som vi skal komme nærmere inn på i dette kapitlet, fikk dårlig smertelindring i seg selv konsekvenser for pasientenes helse, og det kan ikke regnes å være til pasientens beste.

For å forstå pasientenes opplevelse av smerter må man også ha kunnskap om abstinenser. Abstinenser i seg selv beskrives som smertefullt av pasientene i studiene (McNeil et al., 2014; Summers et al., 2018). En pasient i Summers og medarbeideres studie beskriver det slik:

«[Ved abstinenser] så kommer man seg ikke ut av senga... Hvert ben og ledd i kroppen gjør vondt, nesa renner, du har tårer i øynene, du driter deg nesten i buksa. Det er helt jævlig... Det føles ut som at du kommer til å dø. Du funker ikke... Du er alltid i et kappløp om tiden for å ikke bli syk... Man bruker andres nåler, hva enn man har tilgjengelig for øyeblikket... Folk gjør alt de kan for ikke å bli syk». (Summers et al., 2018)

Beskrivelsen viser hvor ubehagelig abstinenser er for pasientene, og at en slik opplevelse vil kunne forverre smerteopplevelsen. Manglende tillit til og kunnskap om pasienters opplevelse av abstinenser vil kunne gi konsekvenser for pasientenes helsetilstand, som vi skal gå nærmere inn på. Abstinenser er viktig å ha i mente når en skal smertelindre pasienter med ruslidelser i sykehus.

Sykepleiere beskriver å distansere seg fra pasienter med ruslidelser grunnet kunnskapsmangel og frykt for konflikt (Monks et al., 2012). Dette finner vi igjen i pasientstudiene. Her beskriver pasientene å få kortere og færre interaksjoner, at bekymringene deres ikke blir tatt på alvor samt at kvaliteten på behandlingen de mottok var dårligere enn andre pasienter grunnet rusmiddelbruket sitt (Biancarelli et al., 2019; Carusone et al., 2019). Denne distanseringen kunne i seg selv føre til misnøye hos

pasienten og ende i voldelig eller verbal konflikt (Monks et al., 2012).

En slik distansering er utrykk for et stigma, da distanseringen ikke nødvendigvis kommer som følge av opplevd vold fra pasienter, men ideen om at pasienter med ruslidelser er voldelige (Monks et al., 2012). Den vil gå imot grunnleggende verdier i sykepleieyrket, som er bygget på humanistiske og altruistiske verdier og være til hinder for å sikre pasienten lik tilgang på helsetjenester (Kristoffersen & Nortvedt, 2011, s. 89) (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Det er altså mye som taler for at distansering ikke er forenelig med god omsorg og god sykepleie.

De tre nevnte konsekvensene kan i sin tur føre til nye konsekvenser:

Som følge av dårlig smertelindring og håndtering av abstinenser kan pasienter bruke rusmidler under innleggelse for å få bukt med disse behovene (Carusone et al., 2019; McNeil et al., 2014; Summers et al., 2018). Bruk av rusmidler under innleggelse innebærer en helserisiko; Pasientene beskriver utrygge metoder som å gjenbruke sprøytespisser og å låse seg inn på toalett alene (McNeil et al., 2014). Dette kan øke risikoen for infeksjoner og overdose. Da pasientene er på sykehus vil risikoen for sykehuservervede infeksjoner være økt, noe som kan føre til infeksjoner som er vanskeligere å behandle (Akselsen, 2018, s. 30) (Tjade, 2021, s. 272).

Pasienter kan også skrive seg ut og unngå å oppsøke helsehjelp som følge av dårlig håndterte smerter og abstinenser, opplevd dårlig kvalitet på behandling på grunn av rusbruket sitt og som følge av å bli møtt med negativt dømmende holdninger (Carusone et al., 2019; McNeil et al., 2014; Monks et al., 2012; Summers et al., 2018). I McNeil og medarbeideres studie fant de at mange av pasientene som enten forlater sykehuset ofte blir reinlagt med forverret helsetilstand (McNeil et al., 2014). Pasienter i Summers og medarbeideres studie beskriver å føle seg tvunget til å velge mellom å oppsøke helsehjelp eller å unngå abstinenser, noen så lenge som to uker eller mer (Summers et al., 2018).

Her ser vi et eksempel på at stigmatisering og dårlig håndtering av smerter ikke bare gir konsekvenser for pasienten under innleggelsen, men at det også kan gi langtidseffekter for pasientene. Når pasientene føler seg tvunget til å velge mellom å få bukt med smerter og abstinenser eller helsen sin, er det tydelig at behandlingen de får er mangelfull.

Årsaker til at pasienter blir skrevet ut ufrivillig, er som følge av rusbruk under innleggelse eller på grunn av at pasientene er verbalt eller fysisk voldelige (McNeil et al., 2014; Monks et al., 2012). Studiene beskriver at sykehusene hadde enten nulltoleranse-policyer mot vold og rusbruk. Det stilles da tilsynelatende krav til pasientene som betinger deres behandling, og pasientene bryter med disse kravene som følge av opplevd dårlig behandling (for eksempel nedsettende kommentarer) og konsekvenser av sykdommen sin (for eksempel abstinenser).

Vi kan se dette i lys av Kari Martinsens omsorgsteori. For Martinsen handler omsorg om pleie uten å forvente noe tilbake (Martinsen, 2003b, s. 75). En kan tolke det Martinsen sier slik at en ikke skal forvente «lydige» pasienter for å gi omsorg. Slike policyer setter altså krav og forventninger til pasientens oppførsel og gjennom nulltoleranse for vold eller rusbruk, som er konsekvens av å ikke ivareta pasientens særegne behov, så rettfærdiggjøres det å nekte pasienten videre behandling. Det er tross

alt ikke mange andre sykdommer der sykdommen *i seg selv* eller følgene av den er årsak til utskrivelse.

Sykepleiere beskriver at det er emosjonelt og psykisk tungt å arbeide med pasienter med ruslidelser (Monks, Neville & Roan). I Monks og medarbeidere sin studie knyttes dette hovedsakelig til sykepleieres frykt for at det skulle utvikles konflikt (Monks et al., 2012). Som vi har sett tidligere i diskusjonen, kan voldsopplevelser virke forsterkende på et stigma hos sykepleier og slik påvirke pasientene. Men voldsopplevelser kan også påvirke sykepleieres arbeidshelse negativt og forårsake negativt stress, og dette kan ende i utbrenthet (Orvik, 2018, ss. 134, 143-144, 146). En form for utbrenthet er emosjonell distansering, der entusiasme, positive følelser og sympati forsvinner (Orvik, 2018, s. 146). Her er det vanskelig å definere konkrete årsakssammenhenger, men kanskje kan arbeidshelse og utbrenthet spille en rolle i hvordan sykepleiere forholder seg til pasienter med ruslidelser og være med på å forklare den emosjonelle og psykiske belastningen beskrevet av sykepleiere.

4.6. Metoderefleksjon

En styrke i denne oppgaven er at den inneholder to norske studier (Krokmyrdal & Andenæs, 2015; Li et al., 2012). Studier fra varierte land *kan* anses som en styrke, men her er grunn til å være kritisk. På den ene siden kan like funn på tvers av land øke styrken i oppgaven, men ulike land har ulike folkehelseutfordringer, ulik organisering av helsevesen og ulikt innhold i sykepleierutdanningen. En studie er fra Storbritannia der sykepleierutdanningen er firedelt, og pensum for «somatiske sykepleiere» ikke omhandler rus og psykiatri (Monks et al., 2012). Noen studier er fra USA og Canada, der holdninger kan være preget av opioidkrisen (Biancarelli et al., 2019; Carusone et al., 2019; McNeil et al., 2014; Neville & Roan, 2014; Summers et al., 2018). Likevel har studiene overføringsverdi til norske forhold ved at det viser tydelig sammenhenger mellom holdninger og smertelindring, og funn samsvarer med de norske studiene.

En studie ble besvart skriftlig (Neville & Roan, 2014). En annen studie har ikke et forhåndsdefinert forskningsspørsmål, men baserer seg på tilfeldige funn fra et annet forskningsprosjekt. Dette kan ha ført til at noe kunnskap ikke ble med (Summers et al., 2018). Likevel er funnene i disse to studiene kongruent med funn i andre studier, relevant for å svare på problemstillingen og bidrar med god innsikt for denne oppgaven.

En styrke er kombinasjonen av pasient- og sykepleierstudier, som gir et nyansert bilde. Studiene er basert på kvalitative data og spørreundersøkelser. Her kunne observasjonsstudier bidratt med å gi et bedre bilde av hvordan interaksjonen mellom sykepleier og pasienter er. Studiene i denne oppgaven besto av primærkilder, noe som er en styrke ifølge Dalland (Dalland, 2017).

En svakhet er utformingen av temaet «konsekvenser», som var innholdsrikt og hadde mange punkter som påvirker hverandre. Dette gjorde det vanskelig å holde diskusjonsdelen oversiktlig, samt vanskelig å drøfte temaet inngående grunnet plassmangel. Alle studiene utenom én var på engelsk og oversettelse kan føre til feiltolkninger, selv om riktig tolkning og oversettelse var fokus gjennom hele oppgaven. Videre er dette et tema jeg er blitt engasjert i, og personlige meninger kan påvirke hvordan jeg tolker og analyserer funnene i studiene.

Analysen førte til mange og innholdsrike temaer. Dette ga et bredt blikk på stigma, holdninger og konsekvenser, sett fra både sykepleier og pasienters perspektiv. Dette er slik sett en styrke, men det førte til at en del temaer ble drøftet overfladisk.

De fleste artiklene i oppgaven som omhandlet ruslidelser og smertelindring, handlet om opioidavhengige. Det er forskjell mellom opioidavhengighet og andre ruslidelser med tanke på toleranseutvikling for opioider, og dette vil få konsekvenser for effekt av smertelindring og opplevelsen av smerter. Dette er en svakhet ved oppgaven ettersom smertelindring er en stor del av den og dette burde vært et større fokus. Samtidig opplevde jeg det som viktig å belyse holdninger og stigma ovenfor pasienter med ruslidelser generelt. Det er usikkert om hvilken type rusmiddel pasienter bruker påvirker holdninger hos sykepleier, slike forskjeller blir ikke nevnt i studiene. Dette bør forskes videre på.

4.7. Implikasjoner for sykepleie

Det er et helsepolitisk mål å gi bedre behandling og oppfølging av pasienter med ruslidelser. Mine funn viser at sykepleieres holdninger har stort innvirkning på behandlingskvalitet og pasientens opplevelse av å motta helsehjelp. For at sykepleier skal kunne yte god omsorg, må sykepleieren være bevisst egne holdninger og stigma, og kunne kritisk vurdere og forsøke å endre disse. Sykepleier må møte pasienten med tillit som utgangspunkt og forsøke å se personen bak ruslidelsen.

Sykepleiere bør være bevisst sin egen rolle i utvikling av konflikt, som ifølge mine funn kommer fra stigmatisering av pasientene og mangelfull omsorg. Konflikt kan få følger for sykepleieres arbeidshelse, så vel som å forsterke mistilliten mellom sykepleier og pasient.

Dersom pasienten opplever dårlig smertelindring og håndtering av abstinenser, kan det føre til bruk av rusmidler under innleggelse. Dette er viktig for sykepleier å være klar over, da det både kan tyde på at pasientens behov ikke er dekket, og at dersom en ikke er bevisst dette kan det forsterke negative holdninger og stigma hos sykepleier.

Yrkesetiske retningslinjer krever at sykepleier holder seg oppdatert på eget fagfelt. Mine funn viser at sykepleiere på medisinske og kirurgiske avdelinger ofte møter pasienter med ruslidelser. Det er derfor viktig at sykepleiere holder seg oppdater på kunnskap om smertelindring og annen behandling knyttet til pasientgruppens særegne behov. Funnene viser tydelig at det er behov for et kunnskapsløft på slike avdelinger, men dette behovet gjelder sykepleiere generelt. Det bør også foreligge retningslinjer for sykepleiere som kan være støtte i arbeid med pasientgruppen, og som kan bidra til å sikre at pasienten får behandling han har krav på.

Funnene tyder også på at økt kunnskap kan endre sykepleieres negative holdninger om pasienter med ruslidelser, og gi bedre forutsetning for å utøve personorientert sykepleie.

Denne oppgaven kan bidra til å øke sykepleieres kompetanse på området, og forhåpentligvis inspirere til at sykepleiere selv søker mer kunnskap for å øke sin samlede kompetanse og kunne yte bedre omsorg for en allerede sårbar pasientgruppe.

4.8. Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven var å undersøke hvilken betydning holdninger har for smertelindringen til pasienter med ruslidelser, samt konsekvenser og årsakssammenhenger som ligger bak.

I denne oppgaven finner vi at mange sykepleiere har negative holdninger ovenfor pasienter med ruslidelser. Dette kommer til uttrykk gjennom manglende tillit og en oppfatning av pasientene som manipulerende og aggressive. Holdningene til sykepleiere påvirker i stor grad pasientens opplevde behandlingskvalitet, samt den faktiske kvaliteten på behandling. Dette svekker pasientens tillit til helseinstitusjoner og helsepersonell, og fører til at de unngår å oppsøke helsehjelp. Dette i sin tur kan forverre pasientens helse.

Holdninger påvirker i stor grad smertelindringen til pasienter med ruslidelser. Dette kom til uttrykk gjennom at sykepleieren så på pasienten som ute etter legemidler for å bruke til rus eller å selge ulovlig. Dette førte til at pasientenes behov for smertelindring ikke ble dekket. Dette i sin tur førte til misnøye hos pasienter og selvmedisinering. At pasienter etterspør legemidler for å håndtere smerter, kan tolkes av sykepleier som bevis på at pasienten ikke har smerter og er ute etter legemidler, og slik forsterke negative holdninger og stigma.

Å forstå pasientens opplevelse av abstinenser er viktig for å gi god sykepleie til denne pasientgruppen. Mangelfull håndtering av pasientens abstinenser kunne også føre til misnøye og at pasienten bruker rusmidler på sykehus, men også at pasienten forlater sykehuset.

Funnene i denne litteraturstudien viser at sykepleiere mangler kunnskap, noe mange sykepleiere er rapporterte selv. Sykepleiere ønsket også et mer kunnskap om pasientene og deres behov. Kunnskap er en viktig faktor som påvirker holdninger hos sykepleier, så vel som evnen til å gi god sykepleie. Pasientene i studiene beskriver å bli stigmatisert på grunn av sin ruslidelse. Mine funn viser at kunnskap om pasientgruppen gir sykepleieren bedre forutsetninger for å se personen bak ruslidelsen, noe som kan øke tilliten pasienten har til helsevesen og helsepersonell.

Flere sykepleiere i studiene sier at de føler på et etisk ansvar for å gi god sykepleie. Det argumenteres i denne oppgaven for at det å føle på et etisk ansvar ikke nødvendigvis er nok for å yte god omsorg, og det kan være nødvendig med støtte i formelle retningslinjer.

Sykepleiere er opplever også voldshendelser, og dette kan få konsekvenser for sykepleierens egen helse, så vell som forsterke negative holdninger.

Dette er et vanskelig og komplekst tema som det trengs mer forskning på, spesielt hvilke tiltak som kan gjøres for å forbedre holdninger hos sykepleiere. Sykepleiers holdning i forhold til ulike rusmidler bør kartlegges, og det trengs mer forskning på pasienter med ruslidelsers opplevelser ved norske sykehus.

5. Referanser

- Akselsen, P. E. (2018). *Smittevern i helsetjenesten* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Andersen, J. (2017, Desember 27). «Mixed methods»-design i helseforskning. *Sykepleien.no*. doi:<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.64738>
- Biancarelli, D. L., Biello, K. B., Childs, E., Drainoni, M., Salhaney, P., Edeza, A., . . . Bazzi, A. R. (2019, Mai). Strategies used by people who inject drugs to avoid stigma in healthcare settings. *Drug And Alcohol Dependence*, 198, ss. 80-86. doi:<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.01.037>
- Biong, S., & Ytrehus, S. (2018). *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. Oslo: Cappelen Damm.
- Carusone, S. C., Guta, A., Robinson, S., Tan, D. H., Cooper, C., O'Leary, B., . . . Strike, C. (2019, Februar 13). "Maybe if I stop the drugs, then maybe they'd care?"—hospital care experiences of people who use drugs. *Harm Reduction Journal*, 16(16). doi:<https://doi.org/10.1186/s12954-019-0285-7>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Danielsen, A., Berntzen, H., & Almås, H. (2016). Sykepleie ved smerter. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås, *Klinisk Sykepleie Bind 1* (ss. 381-427). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Den norske legeforening. (2009). Retningslinjer for smertelindring. Hentet fra <https://www.legeforeningen.no/contentassets/6d9a7062741b4ef397e6868a31b88dc0/smertelindringshefte-retningslinjer.pdf>
- Evans, D. (2002). Systematic Reviews of Interpretive Research: Interpretive Data Synthesis of Prosessed Data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2).
- Folkehelseinstituttet. (2019, Desember 06). *Rusbrukslidelser i Norge*. Hentet fra www.fhi.no: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/ruslidelser/?term=&h=1>
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier* (4. utg.). Stockholm: Förlaget Natur & Kultur.
- Goffman, E. (1963/2009). *Stigma: Om avvigerens sociale identitet (oversatt av Brian Gooseman)* (2. utg.). Samfundslitteratur.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2021, Oktober 13). *Rusmiddelfeltet*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/innsikt/rusmidler-og-psykiske-lidelser/id2344809/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2022, Mars 23). *Stortingsmelding om forebyggings- og behandlingsreform på rusfeltet*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/stortingsmelding-om-forebyggings-og-behandlingsreform-pa-rusfeltet/id2905279/>

- Helsedirektoratet. (2012, Mars). Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus- og psykisk lidelse – ROP lidelser. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/rop/forside>
- Helsedirektoratet. (2016, Mars 15). Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler. Hentet Mai 31, 2022 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/avrusning-fra-rusmidler-og-vanedannende-legemidler>
- Higgins, C., Smith, B. H., & Matthews, K. (2018, Juni). Incidence of iatrogenic opioid dependence or abuse in patients with pain who were exposed to opioid analgesic therapy: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Anaesthesia*, 120(6), ss. 1335-1344. doi:<https://doi.org/10.1016/j.bja.2018.03.009>
- Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser*. Gyldendal Akademisk.
- Karolinska Institutet. (u.d.). *Karolinska Institutet Universitetsbiblioteket opphør med att uppdatera SveMed+*. Hentet Mai 29, 2022 fra <https://svemedplus.kib.ki.se/UpdateStatus.aspx>
- Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug, *Grunnleggende sykepleie Bind 1* (ss. 207-280). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., & Nortvedt, P. (2011). *Grunnleggende sykepleie Bind 1* (2. utg.). (E.-A. Skaug, Red.) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Breievne, G., & Nordtvedt, F. (2011). Lidelse, mening og håp. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, & E.-A. Skaug, *Grunnleggende sykepleie Bind 3* (ss. 245-293). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Krokmyrdal, K. A., & Andenæs, R. (2015, Juni). Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study. *Nurse Education Today*, 35(6), ss. 789-794. doi:<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.02.022>
- Li, R., Undall, E., Andenæs, R., & Nåden, D. (2012, November 08). Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus. *Sykepleien Forskning*. doi: <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0131>
- Martinsen, K. (1990). Omsorg i sykepleien: En moralsk utfordring. I K. I Jensen, *Moderne omsorgsbilder* (ss. 62-97).
- Martinsen, K. (2003a). *Fra Marx til Løgstrup* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2003b). *Omsorg, sykepleie og medisin* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- McLaughlin, D. F., McKenna, H., & Leslie, J. C. (2000, Oktober). The perceptions and aspirations illicit drug users hold toward health care staff and the care they receive. *Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7(5), ss. 435-441. doi:<https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2000.00329.x>
- McLaughlin, D., McKenna, H., Leslie, J., Moore, K., & Robinson, J. (2006, Desember). Illicit drug users in Northern Ireland: perceptions and experiences of health and social care professionals. *Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(6), ss. 682-686. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2006.01015.x>

- McNeil, R., Small, W., Wood, E., & Kerr, T. (2014, Mars). Hospitals as a 'risk environment': An ethno-epidemiological study of voluntary and involuntary discharge from hospital against medical advice among people who inject drugs. *Social Science & Medicine*, 105, ss. 59-66.
- Monks, R., Toppings, A., & Newell, R. (2012, Juli 08). The dissonant care management of illicit drug users in medical wards, the views of nurses and patients: a grounded theory study. *Journal of Advanced Nursing*, 69(4), ss. 935-946. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06088.x>
- Neville, K., & Roan, N. (2014, Juni). Challenges in Nursing Practice: Nurses' Perceptions in Caring for Hospitalized Medical-Surgical Patients With Substance Abuse/Dependence. *The Journal of Nursing Administration*, 44(6), ss. 339-346. doi:<https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000079>
- Norsk senter for forskningsdata. (u.d.). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Hentet Mai 04, 2022 fra <https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Forside>
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- NTNU Universitetsbibliotek. (u.d.). *Databaser/Artikler*. Hentet Mai 29, 2022 fra <https://www.ntnu.no/blogger/ub-mh/finn-litteratur/databaser-artikler/>
- Orvik, A. (2018). *Organisatorisk kompetanse - innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63), § 1-1*. Hentet fra Lovdata: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_1
- Skoglund, A., & Biong, S. (2018). Sykepleie til personer med rusmiddelavhengighet i somatisk sykehus. I S. Biong, & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med ruslidelser* (2. utg., ss. 178-194). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Slørdal, L. (2021). Legemidler ved smerter. I H. Nordeng, & O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (3. utg., ss. 325-335). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Summers, P. J., Hellman, J. L., MacLean, M. R., Rees, V. W., & Wilkes, M. S. (2018, September 01). Negative experiences of pain and withdrawal create barriers to abscess care for people who inject heroin. A mixed methods analysis. *Drug And Alcohol Dependence*, 190, ss. 200-208. doi:<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.06.010>
- The International Association on the Study of Pain. (2011). *Terminology - pain terms and definitions*. Hentet fra <https://www.iasp-pain.org/>: <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/#pain>
- Tjade, T. (2021). *Medisinsk mikrobiologi og infeksjonssykdommer* (5. utg.). Bergen: Vigmostad & Bjørke AS.
- Vadivelu, N., Lumermann, L., Zhu, R., Kodumundi, G., Elhassan, A. O., & Kaye, A. D. (2016, April 11). Pain Control in the Presence of Drug Addiction. *Current Pain and Headache Reports*.

Verdens Helseorganisasjon. (2010). *ICD-10 Version:2010*. Hentet fra <https://icd.who.int:https://icd.who.int/browse10/2010/en>

Verdens Helseorganisasjon. (u.å). *Drugs (Psychoactive)*. Hentet Mai 03, 2022 fra www.who.int: https://www.who.int/health-topics/drugs-psychoactive#tab=tab_1

Veverdana, J., Hansen, O., & Larsen, C. (2018, Mai 11). Rusmiddelavhengighet: Sykepleieres holdninger påvirker smertebehandling. *Sykepleien.no*. doi: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.70402>

Aarre, T. F. (2018). *Psykisatri for helsefag*. Vigmostad & Bjørke AS.

Vedlegg

Vedlegg A - Sjekkliste vurdering av artikkel

Sjekkliste vurdering av artikkel

Dette er en forenklet sjekkliste som baserer seg på sjekklister fra helsebiblioteket når det gjelder vurdering av forskningsartikler. Målet er at sjekklister kan brukes som verktøy i lesing og utvalgelse av vitenskapelige artikler som er relevant for problemstillingen i bacheloroppgaven.

Søk opp tidsskriftet på NSD-publiseringskanaler, sjekk om det er på nivå 1 eller 2 <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

Se også boka `Jobb kunnskapsbasert` (Nordtvedt et al., 2017) eller sjekklister på helsebiblioteket <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>)

Kvantitativ metode

1. Hva er tema og formål med studien?

- a. **Hva er målet med studien?** - les abstrakt. Les videre på innledning og slutten av innledningen / introduksjonen for å lese formål og forskningsspørsmål / hypoteser
- b. **Hvorfor er studien viktig?**

2. Hvem er populasjonen (f.eks befolkningsgruppe) i studien?

3. Vurder utvalget i studiet

- a. **Antall deltakere**, svarprosent - se på participants, study sample
- b. **Karakteristika** som kjønn, alder og andre faktorer som var viktige for å bli rekruttert til studiet
- c. Hvordan ble deltakere rekruttert?

4. Hvilken metode og design er anvendt i artikkelen?

Les under methods og se på evt beskrivelse av studiedesign

Kvantitativ metode (quantitative methods):

- a. Tverrsnitts design (cross-sectional design): analytisk studie, data samles en gang; ofte bruk av spørreskjema
- b. Prevalensstudie (prevalence study): beskrivende tverrsnittsstudie f.eks utbredelse av en sykdom
- c. Cohort design (kohortstudie): (kohort = gruppe) følger en definert gruppe mennesker over tid

- d. Case-control: Sammenligner eksponering mellom en gruppe med f.eks sykdom og en kontrollgruppe
- e. Randomized control trial (randomisert kontrollert studie): eksperimentell studie med intervensjons- og kontrollgruppe
- f. Hva ble målt i undersøkelsen?
Se under avsnitt `instruments` eller `measures` `study variables` og se etter hvilke spørsmål eller skalaer som ble inkludert og hva de måler. Se også på abstrakt.
Bruk av spørreskjema? Evt. andre kliniske undersøkelser?

Resultater og diskusjon

- a. **Hva er hovedresultatet?** - les resultatdelen i abstraktet, ofte starten av diskusjonen og konklusjon. For mer detaljer, les resultatkapittelet
- b. For kvantitative studier; hvor presise er resultatene og risikoestimat? (p-verdi, bredde på konfidensintervall)
- c. **Er resultatene relevante for din målgruppe/populasjon i oppgaven?**
- d. **Er resultatene tydelige eller er det nyanser?**
- e. **Er resultatene overførbare til praksis?**
- f. **Sammenfaller resultatene med andre studier du har lest eller skiller de seg ut?**

Kvalitativ metode

5. Hva er tema og formål med studien?

- a. **Hva er målet med studien?** - les abstrakt. Les videre på innledning og slutten av innledningen / introduksjonen `the aim of the study` `the objective`
- b. **Har artikkelen en klart formulert problemstilling?**
- c. **Hvorfor er studien viktig?**

6. Hvilken kvalitativ tilnærming er benyttet?

- a. Fenomenologi – undersøker menneskelige opplevde erfaringer
- b. Grounded theory – denne tilnæringsmåten brukes ofte når forskningsspørsmål er utforsket med hensikt å oppnå en dypere forståelse av hva mennesker eller en bestemt gruppe er opptatt av og tillegger betydning i en gitt sammenheng. Forsker går åpent ut (induktivt) og samler data og utvikler teori (deduktivt) basert på data
- c. Case study – inngående studie av et bestemt fenomen, ofte person eller et annet kasus (sykehusavdeling). Kan være beskrivende, fortolkende.
- d. Etnografisk – studerer en kultur eller subkultur på en systematisk måte

Datasamlingsmetode/design

Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut til å delta og antall?

- g. Observasjon (deltagende / ikke-deltagende)
- h. Intervjuer – fokusgruppeintervju, individuelle intervju / dybdeintervju
 - i. Strukturerte intervju / semistrukturerte intervju
 - ii. Bruk av intervjuguide? Bruk av båndopptak, video
- i. Hvordan er data analysert? Innholdsanalyse?
- j. Kommer det klart frem hvordan kategorier/temaer ble utledet?

Resultater

Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?

Er resultatene relevante for din problemstilling?

Oversiktsartikler / review

En systematisk oversikt er en artikkel der forfatterne har brukt en systematisk og åpen framgangsmåte for å finne, vurdere og oppsummere flere enkeltstudier om samme emne. En slik artikkel gir leser oversikt over hva som finnes av forskning om et bestemt emne basert på gitte inklusjons- og eksklusjonskriterier, og informasjon om kvaliteten på denne forskningen. Hovedpoenget med systematiske oversikter er at man kan se forskningsresultater fra alle relevante studier om et spørsmål under ett. Den systematiske oversikten skal derfor gi langt mer tyngde enn en eller noen få enkeltstudier.

- **Er formålet med oversikten klart formulert?**
 - Se etter formulering av spørsmål eller problemstilling i sammendraget og/eller i slutten av innledningen/bakgrunn
- **Søkestrategi med kriterier for inklusjon og eksklusjon av studier**
 - Er det klare kriterier for inklusjon av enkeltstudiene? (se etter populasjon, tiltak og utfallsmål)
 - Forfatterne bør tydeliggjøre hvilken gruppe mennesker artikkelen handler om, hvilket fenomen eller tiltak de vurderer og hvilke utfallsmål de er opptatt av
 - Er det kriterier for vurdering av kvalitet på inkluderte studier?
- **Resultater**
 - **Hva forteller resultatene fra reviewen?** I systematiske oversikter oppsummeres flere enkeltstudier om samme tema; det sentrale er derfor resultatet fra reviewstudiet; ikke enkeltartiklene. Det må være tydelig om de enkelte studiene omhandler spørsmålet som er stilt
 - Sammenstilling av resultatene fra de inkluderte studiene kan bestå av en beskrivende oppsummering og/eller i form av metaanalyser der resultatene fra enkeltstudiene er analysert sammen for å gi et estimat
 - **Kan resultatene brukes i oppgaven?**

