

Ine Malen Schjerven Malerød 10107
Sofie Natås 10039

Smertebehandling av personer med ruslidelser innlagt på sykehus

Litteraturbachelor: Hvilke forhold vil kunne påvirke sykepleie til smertepåvirkede pasienter med ruslidelser?

Bacheloroppgave i Bachelor i Sykepleie
Veileder: Berit Synnøve Molnes Bringsli
Medveileder: Gerd Elisabeth Meyer Nordhus
Juni 2023

Ine Malen Schjerven Malerød 10107
Sofie Natås 10039

Smertebehandling av personer med ruslidelser innlagt på sykehus

Litteraturbachelor: Hvilke forhold vil kunne påvirke sykepleie til smertepåvirkede pasienter med ruslidelser?

Bacheloroppgave i Bachelor i Sykepleie
Veileder: Berit Synnøve Molnes Bringsli
Medveileder: Gerd Elisabeth Meyer Nordhus
Juni 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Ålesund



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn: Pasienter med ruslidelser er en sårbar gruppe i samfunnet. Hvor god behandling er et helsepolitisk mål. Forskning viser at rusavhengige har stor forekomst av somatisk sykkelighet. Faglitteratur viser til at pasienter ofte underbehandles for sin smerte når de er innlagt på sykehus.

Hensikt: Studien har til hensikt å undersøke forhold som påvirker smertebehandling til pasienter med ruslidelser, samt påfølgende konsekvenser og årsakssammenhenger.

Metode: En litteraturstudie basert på syv forskningsartikler hentet gjennom et systematisk litteratursøk fra fagspesifikke databaser.

Resultat: Sykepleier sin kunnskap om smertelindring til pasientgruppen anses for å være lav, hvor sykepleierutdanningen bidrar i mindre grad. Påfølgende konsekvens kan være inadekvat smertebehandling. Negative holdninger ovenfor disse pasientene er fremtredende, og gjelder majoriteten av sykepleiere. Relasjonen mellom sykepleier og pasient preges i flere tilfeller av mistillit. Organisatoriske forhold som økt arbeidspress, dårlig samarbeid og manglende ressurser øker sannsynligheten for forekomsten av uønskede hendelser.

Konklusjon: Pasientgruppen opplever underbehandling av sin smerte under sykehusinnleggelse som ikke samsvarer med sykepleierteori, norsk lov eller sykepleiefaglige grunnverdier. Det eksisterer et behov for kunnskapsløft, endring i organisasjonens oppbygning og holdningsendringer hos sykepleier.

Nøkkelord: Ruslidelser, smertelindring, sykepleie, holdninger, kunnskap, arbeidsforhold.

Abstract

Background: Patients with substance use disorders (SUD) are considered a vulnerable group, where providing adequate healthcare is a health political goal. Previous studies show that individuals with SUD have a high prevalence of somatic illnesses and are often undertreated for their pain while in hospital.

Purpose: Aims to inspect the factors that may influence pain management for patients with SUD, as well as consequences and causation.

Method: A literature review based on seven research articles obtained through a systematic search of databases specific for nursing research.

Result: Nurses knowledge of pain management for patients with SUD is considered to be inadequate, with nursing education being seen as providing a poor foundation. Nurses' attitudes are predominantly negative and apply to most nurses. With mistrust in nursing-patient relationship. Working conditions such as increased workload, poor cooperation with other specialties and a lack of resources increase the likelihood that adverse events may occur.

Conclusion: Patients with SUD experience undertreatment during hospitalization that does not align with existing laws, nursing theory, nor core fundamental nursing values. Addressing these issues requires increased knowledge, bettering working conditions and changes to nurses' attitudes.

Keyword: Substance use disorder, pain management, nursing, attitude, knowledge, working conditions

Forord

*... et barn som selv ble en svikt
mot seg selv og sitt eget liv.
og det finnes jo ingen som liker
en person som er selvdestruktiv*

- Evjen, Kielland & Øiern, 2018, s. 16.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	11
1.1 Introduksjon til bakgrunnen for tema	11
1.2 Hensikt og problemstilling	12
2.0 Teoretiske perspektiver og begrepsavklaring	13
2.1 Rusmidler.....	13
2.2 Ruslidelser og avhengighetsbegrepet.....	13
2.2.1 Skadelig bruk	13
2.3 Smerte og smertelindring	14
2.3.1 Smerte og smerteopplevelsen hos personer med ruslidelser	14
2.3.2 Smertelindring hos personer med ruslidelser	14
2.4 Sykepleier sin lindrende funksjon.....	14
2.5 Joyce Travelbee – Mellommenneskelige forhold i sykepleie	15
2.5.1 En disiplinert intellektuell tilnæringsmåte.....	15
2.5.2 Å være bevisst i sin oppfatning	15
2.6 Holdninger og stigma – Erving Goffman	15
2.6.1 Holdninger	15
2.6.2 Stigma – Erving Goffman.....	15
2.7 Sykepleier sine etiske og juridiske rammeverk.....	16
2.7.1 Sykepleie og jus.....	16
3.0 Metode.....	17
3.1 Beskrivelse av metode	17
3.2 Søkestrategi	17
3.3 Inklusjon- og eksklusjonskriterier	18
3.4 Utvalg.....	19
3.4.1 Design.....	19
3.4.2.Kvalitetsvurdering	19
3.4.3 Forskningsetikk	20
3.5 Analyse.....	20
4.0 Resultat.....	22
4.1 Artikkelmatriks	22
4.2 Hovedtema.....	24
4.2.1 Kunnskap.....	24
4.2.2 Holdning og stigma.....	25
4.2.3 Organisatoriske forhold.....	27

5.0	Diskusjon.....	28
5.1	Kunnskapsbrist.....	28
5.2	Holdninger og stigmatisering.....	29
5.3	Organisatoriske forhold.....	30
5.4	Styrker og svakheter	31
5.5	Konklusjon	32
6.0	Bibliografi.....	33
7.0	Vedlegg	36
	Vedlegg 1: Vedlegg 3.4.2a Kvalitetsvurdering	36
	Vedlegg 2: Vedlegg 3.4.2b Kvalitetsvurdering	36

Antall ord: 7 579

1.0 Innledning

1.1 Introduksjon til bakgrunnen for tema

Mellom 10 og 20 prosent av befolkningen utvikler en ruslidelse i løpet av livet (Ververda et al., 2018). Hvert år henter omtrent 800 000 nordmenn ut vanedannende legemidler, hvor de fleste bruker preparater som forskrevet over kortere tid med god effekt. Enkelte bruker likevel vanedannende legemidler i større mengder over lengre tidsperioder enn anbefalt, og kan utvikle toleranse og avhengighet (Meld. St. 30 (2011-2012), s. 17). Man bør ikke se bort ifra at det kan forekomme mørketall i kartlegging av personer med ruslidelser blant befolkningen. Dette da tabu kan følge den som har et rusmiddelmissbruk, og dette kan sies å forsterke deres usynlighet i det offentlige rom. Personer med ruslidelser assosieres gjerne med svakhet eller lidelse, hvor mange føler seg stigmatisert (Evjen et al., 2018, s. 37). Nyere forskning viser til at dette også er gjeldende for helsevesenet, hvor personer med ruslidelser opplever et indre- og ytre stigma som en utfordring når de søker helsehjelp (McCurry et al., 2023, s. 708). Den Norske Legeforeningen (2009, s. 33) viser til at under sykehusinnleggelse blir ofte denne pasientgruppen underbehandlet for sin smerte. Dette kan ses i sammenheng med at smertelindring til personer med ruslidelser er en av de mest komplekse utfordringene i klinisk praksis for en sykepleier (Ververda et al., 2018). Dette er også noe vi selv har erfart både gjennom betalt arbeid, men også gjennom praksis på sykepleierstudiet.

Rusrelaterte problemer omfatter mer enn kun rusmiddelavhengighet. Hvor misbruk av rusmidler kan føre til traumer, somatiske plager eller skader som kan være opphav til smerte (Meld. St. 30 (2011-2012), s. 27; Den norske legeforeningen, 2009, s. 33). Majoriteten av undersøkelsene gjort av rusmiddelbelastede grupper viser til stor forekomst av somatisk sykkelighet (Mørland & Waal, 2016, s. 315; Evjen et al., 2018, s. 85). Rusmiddelmissbrukere vil kunne oppleve skade av rusmiddelens toksiske virkning, eller de skader som oppstår som følger av situasjoner vedkommende befinner seg i når han eller hun er i aktiv rus (Skjøtskift, 2018, s. 92). Rusmiddelmissbruk kan påvirke kognitiv funksjon, lede til hjerte- og karsykdommer, skade og sykdom på lever og andre endokrine organer. Gastrointestinale sykdommer, infeksjonssykdommer samt skade på nervesystemet kan også ramme denne pasientgruppen (Skjøtskift, 2018, s. 94-95). Enkelte rusmidler, som alkohol, kan gi økt risiko for å utvikle cancer (Skjøtskift, 2018, s. 96). Akutte skader som følge av vold eller ulykke, overdoser og smertetilstander kan være årsaker til innleggelse på sykehus (Skoglund & Biong, 2018, s. 180). Man ser en tydelig økning i sykehusinnleggelse av rusrelaterte årsaker på norske sykehus. Det regnes med at inntil hver tredje pasient på somatiske avdelinger er innlagt som følge av rusrelaterte problemer (Helsedirektoratet, 2017).

Videre er det et helsepolitisk mål å bedre behandlingen som gis til pasienter med ruslidelser, hvor enhver har «[...] rett til den høyest oppnåelige helsestandard både fysisk og psykisk.» (Prop. 92L (2020-2021) s. 19). En kan godt si at likestilte pasientrettigheter til pasientgruppen ikke har vært standardisert lenger enn 19 år, da rusreformen ikke kom på banen før i 2004. Helsetjenesten mottok da et større ansvar for personer med ruslidelser, som igjen er av konsekvens for sykepleier sin ansvarsrolle i møte med disse pasientene (Prop. 92L (2020-2021) s. 8). Sett i lys av eksisterende data om smertelindring til pasientgruppen, forekomst av somatisk sykdom og helsepolitiske mål for personer med ruslidelser anser vi dette som en klinisk relevant problemstilling for sykepleiere.

1.2 Hensikt og problemstilling

«Hvilke forhold vil kunne påvirke sykepleie til smertepåvirkede pasienter med ruslidelser?»

Denne bacheloroppgaven er en litteraturstudie som har til hensikt å belyse forhold som kan påvirke smertestillende sykepleie til pasienter med ruslidelser. Oppgavens struktur har tatt utgangspunkt i IMRaD-strukturen med innledning, metode, resultat og diskusjon (Thidemann, 2019, s. 30). Vi har valgt å supplere dette med et teorigapittel som vil følge oppgavens innledning. I innledningskapittelet har vi gjort rede for hvorfor nettopp dette er en problemstilling for sykepleiere, hvor vi nå vil beskrive oppgavens avgrensninger og innhold. Vi har valgt å inkludere personer i voksen alder, uavhengig av kjønn, nasjonalitet og etnisk bakgrunn. Både somatiske og psykiske lidelser (ROP-lidelser) forekommer hyppig hos pasientgruppen (Bramness, 2022). Samtlige psykiske lidelser er ekskludert, da oppgavens fokus vil ligge på sammenhengen mellom rus og sykdom som vil kunne fremprovosere smertetilstander. Pasientene er innlagt på somatiske sykehusavdelinger, og er en blanding mellom medisinske- og kirurgiske sengeposter. Det avgrenses videre til at innleggelsesårsak er som følge av somatiske problem. Dermed ekskluderes rusbehandling, psykiatriske institusjoner og primærhelsetjenesten i sin helhet. Videre vil oppgaven ha som formål å identifisere forhold som vil kunne påvirke sykepleier sitt handlingspotensiale i møte med pasientgruppen. Avslutningsvis vil vi kort definere sentrale begreper i problemstillingen:

Ruslidelse: skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler (Evjen et al., 2018, s. 82).

Smerte: «[...] en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse» (International Association for Study of Pain i Danielsen et al., 2016, s. 383).

2.0 Teoretiske perspektiver og begrepsavklaring

I oppgavens teorikapittel vil selvvalgte begreper, pensum- og faglitteratur og teoretiske perspektiver presenteres for å gi et generelt bilde av problemområdet i fokus. Dette før inkluderte forskningsartikler anvendes i oppgavens diskusjonskapittel. Teoribakgrunn og litteratur vil være med på å besvare problemstillingen med et helhetlig perspektiv.

2.1 Rusmidler

Rusmidler betegner de kjemiske stoffer som på ulikt vis kan fremkalle endringer i bevisstheten. Dette inkluderer alkohol, hallusinogener, morfinlignende stoffer, ecstasy, hasj og medikamenter som alternerer ens mentale tilstand (Håkonsen, 2014, s. 378). I Norge brukes «rusmidler» typisk for å betegne alkohol, narkotiske stoffer (illegale rusmidler) og vanedannende legemidler (Nesvåg, 2018, s. 22). Nikotin i eksempelvis tobakksrøyk vil dermed ikke regnes som et rusmiddel i denne oppgaven, til tross for at disse er avhengighetsdannende (Skjøtskift, 2018, s. 91; Mørland & Waal, 2016, s. 221).

2.2 Ruslidelser og avhengighetsbegrepet

Begrepene er mye omstridt, det eksisterer likevel en faglig enighet om at problematisk bruk av rusmidler referer til en situasjon som kan innebære helserisiko, men som ikke er et helseproblem i seg selv. Hvor skadelig bruk og rusmiddelavhengighet referer til selve helseproblemet (Biong & Ytrehus, 2018, s. 15). I ICD-10 defineres ruslidelser som skadelig bruk eller avhengighet av et rusmiddel, hvor tilstanden ikke behøver å være livslang (Evjen et al., 2018, s. 82). Håkonsen (2014, s. 380) beskriver avhengighet som «*et fenomen sammensatt av tankemessige, adferdsmessige og fysiologiske forhold der en bestemt adferd (bruk av rusmidler) får en høyere prioritet enn annen adferd som tidligere var av stor verdi*». I DSM-5 er skadelig bruk og avhengighet erstattet med samlebetegnelsen «*substance-related disorders*», på norsk «*ruslidelser*». For å sette diagnosen må to av totalt 11 kriterier være til stede hos pasienten for å konkludere med ruslidelse (Evjen et al., 2018, s. 82).

2.2.1 Skadelig bruk

I oppgavens innledningskapittel presenterte vi en rekke skadevirkninger som kan medfølge dersom man har en rusmisbrukslidelse. Det går gjerne ingen klare grenser for hva skadelig bruk, ikke-skadelig bruk og hva folk flest kaller «*misbruk*» omfatter (Meld. St. 30 (2011-2012), s. 27). Vi vil derfor tydeliggjøre omfanget av skadelig bruk. Bramness (2021) definerer skadelig bruk som «*bruk av et rusmiddel på en måte som gir helseskade*». Skaden omhandler kun somatiske- og psykiske helseskader, som nevnt kan dette eksempelvis være som følge av rusmiddelets virkning på kroppen, eller måten rusmiddelet inntas (Evjen et al., 2018, s. 67). Skadelig bruk og skadevirkninger øker som regel parallelt med økning i dose, og varigheten personen er i aktiv rus (Evjen et al., 2018, s. 80). Negative sosiale konsekvenser og direkte følger av rusen faller utenfor begrepets definisjon (Bramness, 2021). Eksempelvis vil en sosial konsekvens kunne være samlivsbrudd eller oppsigelse av arbeidsforhold som følge av ruslidelsens belastning.

2.3 Smerte og smertelindring

2.3.1 Smerte og smerteopplevelsen hos personer med ruslidelser

Smerte er som tidligere nevnt en sensorisk eller emosjonell opplevelse av ubehag, som følger av faktisk eller mulig vevsødeleggelse. Begrepet kan være utfordrende å definere fordi en opplever vansker med allmenn tilslutning og felles forståelse nettopp fordi smertefenomenet er høyst subjektivt. Altså at det er lite tilgjengelig for andre enn vedkommende som opplever smerten (Danielsen et al., 2016, s. 383). Mange av pasientene med rusmiddelavhengighet kan utvikle økt smertesensitivitet, hvor lett smertestimuli kan være vond og ubehagelig (Den norske legeforening, 2009, s. 33; Dietrichs, 2021). Dette kan ytterligere gi utfordringer for sykepleier når han eller hun skal evaluere pasienten sin smerteopplevelse.

2.3.2 Smertelindring hos personer med ruslidelser

Målet ved all smertelindring skal og bør være å opprettholde eller bedre funksjonsnivå og livskvalitet hos den som opplever smerte (Winger & Leegaard, 2016, s. 187). Smerte er blant de vanligste årsakene til at man oppsøker helsevesenet, hvor mange med ruslidelser ofte blir underbehandlet for sine smerter under sykehusinnleggelse (Danielsen et al., 2016, s. 381; Den norske legeforening, 2009, s. 33).

Smertelindring til personer med ruslidelser kan være utfordrende da det kan lede til tilbakefall for dem som har avsluttet sin bruksperiode. Andre ønsker smertestillende på bakgrunn av misbruk fremfor behandling av smerter (Den norske legeforening, 2009, s. 33). Skoglund & Biong (2018, s. 187) påpeker at avrusning som oftest ikke er mål på somatiske sengeposter, og at god smertelindring bør gå foran frykten for å overmedisinere pasienten. Ved langvarig misbruk av rusmidler, som eksempelvis opioider, kan pasienten utvikle toleranse for legemiddelet. Da må dosen økes betraktelig for å nå ønsket effekt (Meld. St. 30 (2011-2012), s. 17; Slørdal & Spigset, 2018, s. 49).

Inadekvat smertelindring kan føre til at pasienten forlater avdelingen før behandlingen er avsluttet, videre svekke pasient-sykepleier relasjonen samt at en sykere pasient kommer tilbake ved senere tidspunkt (Skoglund & Biong, 2018, s. 187). Det er nevneverdig å poengtere at pasienter med ruslidelser besitter likt krav på smertefrihet som beskrevet i helse- og omsorgstjenesteloven i oppgavens innledningskapittel.

2.4 Sykepleier sin lindrende funksjon

Nortvedt & Grønseth (2016, s. 22) beskriver sykepleier sin lindrende funksjon som fagspesifikke ansvar og funksjoner med formål om å begrense lidelse som følge av sykdom. Dette gjennom å redusere pasienten sine fysiske-, psykiske- og sosiale påkjenninger (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 22). Smertebehandling av pasienter er en del av sykepleier sin lindrende funksjon, hvor mange opplever smertelindring som moralsk utfordrende (Danielsen et al., 2016, s. 382). Smertespesifikke sykepleieroppgaver omhandler etablering av gjensidig tillit mellom pasient og sykepleier, kartlegging og vurdering av smerter, datainnsamling og kliniske vurderinger med mer (Danielsen et al., 2016, s. 388-398). Denne funksjonen er ikke personbetinget, og skal opprettholdes uavhengig av hvilken pasientgruppe sykepleier møter.

2.5 Joyce Travelbee – Mellommenneskelige forhold i sykepleie

Travelbee (1972/1999, s. 29-30) definerer sykepleie som en «*mellommenneskelig prosess*», dette da sykepleier alltid direkte eller indirekte hjelper et menneske. Hjelpen som gis har som formål å forebygge sykdom, eller bidra til mestring av sykdom og lidelse (Travelbee, 1972/1999, s. 29). Et menneske-til-menneske-forhold er i seg selv et middel for å nå mål og hensikt med sykepleie. Dette forholdet er summen av opplevelser og erfaringer mellom sykepleier og den syke. Travelbee (1972/1999, s. 41) mener at sykepleier bør målbevisst etablere og opprettholde et menneske-til-menneske-forhold. Dette gjøres gjennom å bruke en selv terapeutisk, hvor sykepleier bevisst bruker egen personlighet for å etablere en relasjon med pasienten (Travelbee, 1972/1999, s. 44).

2.5.1 En disiplinert intellektuell tilnæringsmåte

I følge Travelbee (1972/1999, s. 45) må evnen til å bruke egen personlighet kombineres med en «*disiplinert intellektuell tilnæringsmåte*». Den som innehar en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte besitter en «*[...] åpen holdning, men uten å være kunnskapsløs*» (Travelbee, 1972/1999, s. 43). Å ha en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte innebærer en logisk tilnærming til problemet, med kunnskap og innsikt i begreper og prinsipper. Travelbee (1972/1999, s. 43) beskriver en tilhørende evne til å anvende en slik kunnskap og innsikt i omsorg i møte med andre. Dette viser sykepleier gjennom å reflektere, resonnere og overveie ulike handlingsalternativer i møte med det aktuelle problemet (Travelbee, 1972/1999, s. 42).

2.5.2 Å være bevisst i sin oppfatning

Travelbee (1972/1999, s. 53 & 57) fremhever at sykepleier bør være bevisst i sin oppfatning da den vil kunne påvirke vedkommende sin adferd. Dette for å unngå at en dømmer andre med utgangspunkt i hva en selv ville og ikke ville ha gjort i en gitt situasjon. Travelbee (1972/1999, s. 198) presiserer at man i møte med negative holdninger og oppfatninger bør være bevisst på hvilken dom en gir andre, samt videre vurdere hvordan dette kan påvirke vedkommende.

2.6 Holdninger og stigma – Erving Goffman

2.6.1 Holdninger

Håkonsen (2014, s. 185) definerer en holdning som å ha en «*spesiell tilbøyelighet til å reagere på en bestemt måte ovenfor andre mennesker [...]*». Denne vurderingen kan både være i positiv og negativ forstand (Håkonsen, 2014, s. 185). Som helsepersonell er det viktig å være oppmerksom på egne holdninger og hvordan disse kan komme til uttrykk i møte med pasienten (Christiansen, 2018, s. 162). Dette da holdninger vil kunne forutse hvilke valg en person tar, det er likevel ikke regelrett at man alltid handler i tråd med egne holdninger sier Håkonsen (2014, s. 185).

2.6.2 Stigma – Erving Goffman

Samfunnet grupperer mennesker i ulike kategorier, hvor man automatisk trekker slutninger om vedkomnes identitet (Goffman, 1963/1975, s. 13-14). Stigmatisering forekommer når en person har egenskaper som faller utenfor «normalen», og kan redusere deres menneskeverd (Goffman, 1963/1975, s. 17). Med utgangspunkt i dette sier Goffman (1963/1975, s. 17) at man utøver diskriminering og begrenser med dette vedkommens utfoldingsmuligheter. En kan si at stigmatisering starter allerede ved et

førsteintrykk hvor det dannes en normativ forventning om hvordan personen er og dens iboende egenskaper (Goffman, 1963/1975, s. 14).

2.6.2.1 Ulike typer stigma

Goffman (1963/1975, s. 16-17) skiller mellom tre forskjellige typer stigma. Den første formen for stigma baseres på fysiske forhold, altså utseendemessige forhold. Dernest karakterviljessvakhet, uærlighet og uvanlige overbevisninger. Disse ses i sammenheng med vedkommens historie som rusmiddelavhengighet, psykiske lidelser, fengselsopphold og lignende. Den siste kategorien omhandler stigmatisering på bakgrunn av personen sin rase, etniske bakgrunn, nasjonalitet eller religion (Goffman, 1963/1975, s. 17).

2.7 Sykepleier sine etiske og juridiske rammeverk

2.7.1 Sykepleie og jus

Forholdet mellom pasient, sykepleier og eksisterende helsetjenester er stadig mer «rettsliggjort», altså regulert av lover og forskrifter (Molven, 2019, s. 20). Det forutsetter at personer som trer inn i sykepleierrollen har innsikt i rettslige rammeverk, da det pålegges sykepleier å utøve helsehjelp i tråd med gjeldende lover og forskrifter (Molven, 2019, s. 20-21).

2.7.1.1 Helsepersonelloven

Molven (2019, s. 29) omtaler helsepersonelloven som sykepleieren sin profesjonslov. Helsepersonelloven (1999, § 1) har til hensikt å yte til økt sikkerhet og kvalitet i helse og omsorgstjenestene, samt øke tillit til helsepersonell. Dette er gjeldende for alle 29 gruppene helsepersonell som kan få autorisasjon, samt ufaglærte og virksomheter som utøver helsehjelp i Norge (Molven, 2019, s. 29). Aktuelle paragrafer vil gjøres rede for ved aktualisering i diskusjonskapittelet grunnet oppgavens omfang og begrensninger.

2.7.1.2 Pasient- og brukerrettighetsloven

Pasient- og brukerrettighetsloven er indirekte gjeldende for helsepersonell, samt helsevesenet, og underlegger seg med dette sykepleiere som pliktsubjekter (Molven, 2019, s. 30). Lovens bestemmelser er gjeldende i møte med pasienten, uavhengig av møteplass. Lovens formål er å sikre lik tilgang til tjenester av god kvalitet, ved å gi pasient og bruker rettigheter i møte med helse- og omsorgstjenester (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-1).

3.0 Metode

3.1 Beskrivelse av metode

Denne bacheloroppgaven er en litteraturstudie der data er innhentet gjennom systematisk søk etter, samt vurdering og utvelgelse av, eksisterende forskningslitteratur. Metoden har til hensikt å systematisere kunnskap fra skriftlige kilder gjennom analyse og syntese av aktuelle funn. Dette vil kunne bidra til å danne ny kunnskap på det aktuelle feltet (Aveyard, 2019, s. 2; Thidemann, 2019, s. 77).

3.2 Søkestrategi

Vi fant de aktuelle databasene gjennom NTNU Oria, hvor CINAHL Complete, Medline, Pubmed og SveMed+ ble brukt. Disse er digitale helsebibliotek som er fagspesifikke for medisinsk forskningslitteratur (Aveyard, 2019, s. 80-81). Det ble gjennomført en rekke testsøk i Oria.no, dette for å kartlegge omfanget på det utvalgte forskningsfeltet. Vi utarbeidet et PICO-skjema (tabell 3.2a) for å omdanne problemstillingen til søkeord. Feltet «*comparison*» var ikke relevant for oppgavens problemstilling, og ble dermed ikke brukt. Søkeordene ble testet gjennom testsøk, dette bidro til å identifisere gode søkeord (Aveyard, 2019, s. 74-75; Helsebiblioteket, 2021). Prosessen med å finne artikler ble gjennomført i tidsrommet 27.03.23 til 18.04.23. Oppgavens søkedokumentasjon oppgis i tabell 3.2b Søkedokumentasjon.

Tabell 3.2a PICO-skjema

P: Problem/patient	I: Intervention	C: Comparison	O: Outcome
Substance abuse	Nursing		Pain management
Substance addiction	Nursing care		Pain control
Substance use disorder	Nurse		Pain relief
Substance misuse	Nurses		Pain reduction
Substance dependance			Analgesi
Substance abusers	Nurs*		

Tabell 3.2b Søkedokumentasjon

Søk nr Søkedato	Database	Søkeord	Avgrensing	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert	Valgte artikler
S1 18.04.23	PubMed	Nurse, substance use disorders, pain management	2013-d.d. All adult: 19+ Norsk, svensk, dansk og engelsk	39	8	4	4	Nr. 3 av 39 Morley, G., Briggs, E., & Chumbley, G. (2015). Nr. 7 av 39 Neville, K., & Roan, N. (2014). Nr. 10 av 39 Morgan, B. D. (2014). Nr. 11 av 39 Krokmyrdal, K. A., & Andenæs, R. (2015).
S2 18.04.23	SveMed+	Nurse, substance use disorders, pain management	Peer reviewed	2	2	2	2	Nr. 1 av 2 Govertsen, A. B., Aanensen, C., & Moi, E. B. (2019). Nr. 2 av 2 Li, R., Andenæs, R., Undall, E., & Nåden, D. (2012).

3.3 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Vi vil nå gjøre rede for kriteriene satt for oppgavens litteratursøk, samt begrunne de enkelte inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Deretter en redegjørelse av kriteriene etter rekkefølgen oppgitt i tabell 3.3 i delkapittelet. Innledningsvis er kriteriene ment for å bidra til å tydeliggjøre hvilke artikler som egner seg til å besvare oppgavens problemstilling (Aveyard, 2019, s. 75; Evans, 2002, s. 25).

Inkludert litteratur skulle være publisert etter år 2013, da vi anså det som hensiktsmessig å inkludere nyere forskning. Vi valgte å kun inkludere kvalitativ- og kvantitativ forskning da det fantes få studier på området. Hvor inklusjon av metaanalyser kunne føre til at oppgaven ikke nådde minimumskravet for antall artikler. Videre ekskluderte vi sekundærstudier da dette ble anbefalt av veileder. Studien måtte være fagfellevurdert for å kunne inkluderes. IMRaD-struktur var ønsket da dette er en anerkjent struktur i vitenskapelige artikler (Thidemann, 2019, s. 30). Oppsettet er også oversiktlig, som vi anså som hensiktsmessig for vår litteraturstudie. Dersom studien opprinner fra land med helsesystem som ble ansett for å være lite overførbart til det norske ble disse ekskludert. Dernest skulle studien finne sted på somatiske sengeposter. Av praktiske årsaker avgrenset vi språk til de vi kunne lese og forstå, norsk, svensk, dansk og engelsk. Ruslidelser ble ikke avgrenset til et bestemt rusmiddel, men det var hensiktsmessig at det aktuelle rusmiddelet byr på utfordringer for smertelindring. Pasienter som behandles med legemiddelassistert rehabilitering (LAR) har gjerne egne behandlingstiltak grunnet substitusjonsbehandling og ble ekskludert på bakgrunn av dette (Den norske legeforening, 2009, s. 33).

Tabell 3.3 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Publisert etter 2013	Publisert før 2013
Kvalitativt og kvantitativt design	Litteraturstudier
Primærstudier	Sekundærstudier
Fagfellevurdert	Ikke fagfellevurdert
IMRaD-struktur	Ikke IMRaD-struktur
Land med helsesystem som anses som overførbart til det norske helsevesenet	Land med helsesystem som ikke anses som overførbart til det norske helsevesenet
Somatiske sengeposter.	Forskning innen primærhelsetjenesten
Norsk, svensk, dansk eller engelsk	Andre språk enn norsk, svensk, dansk eller engelsk
Pasienter med ruslidelser som anses for å være problematisk for smertelindring	Pasienter med ruslidelser som behandles med legemiddelassistert rehabilitering
Sykepleieperspektiv	Pasient- og pårørendeperspektiv

3.4 Utvalg

I denne delen av oppgaven vil vi gjøre rede for utvalg av artikler, hvor vi vil berøre design, kvalitetsvurdering og forskningsetikk. Utvelgelse av artikler ble gjort gjennom å lese overskrifter, abstrakt og artikler i full tekst. Samtlige overskrifter for hvert søk ble lest, dersom disse virket relevant ble abstraktet også lest. Deretter ble studien lest i fulltekst. Det ble foretatt en kontinuerlig vurdering opp mot inklusjonskriteriene satt for litteratursøket. Dette resulterte i at 13 antall artikler ble lest i fulltekst, hvorav seks ble inkludert. Den syvende studien, Horner et al., (2019), ble hentet gjennom et manuelt søk og ble oppdaget ved gjennomgang oppgitte «*related articles*» ved første søk i Pubmed. Artikkelen til Li et al., (2012) ble inkludert da denne studien berører problemområdet til tross for at denne bryter med øvre grense for publikasjon. Det ble oppdaget at to artikler tok for seg andre typer helsefaglige yrkesgrupper (Govertsen et al., 2019; Li et al., 2012). Disse ble likevel inkludert da artiklene tydelig differensierte mellom sykepleiere og andre yrkesgrupper når de refererte til studiens funn. De resterende fem artiklene hadde ingen nevneverdige avvik fra inklusjonskriteriene.

3.4.1 Design

Ved innsamling av data ble det inkludert artikler med ulikt design, både kvantitativ og kvalitativ. Det kan anses som utfordrende å integrere kvantitativ og kvalitativ forskning, da forskningsmetodene presenterer resultater på ulike måter (Thidemann, 2019, s. 99). Det vil likevel bli benyttet begge former for forskning i denne oppgaven. Ved å kombinere metodene utforskes ulike perspektiver for å gi en komplett forståelse av forskningstemaet, enn ved bruk av en enkelt metode alene (Aveyard, 2019, s. 64). De aktuelle perspektivene i dette tilfellet blir hva som påvirker sykepleie til pasienter med ruslidelser og smerteproblematikk, samt tall og statistikk som kan estimere prevalensen av de ulike funnene.

3.4.2. Kvalitetsvurdering

Vurderingen av de inkluderte artiklene ble gjennomført ved bruk av Helsebibliotekets (2016) sjekklister for vurdering av kvalitet og relevans. De kvantitative artiklene ble målt

opp mot den engelskspråklige «*Checklist for Analytical Cross Sectional Studies*», da den norske var under revidering (Moola et al., 2015). Kunnskapsbasert praksis (2020) «*sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie*» ble brukt for de kvalitative studiene. Det ble ikke avdekket markante avvik fra sjekklisene under kvalitetsvurderingen. Et ferdig utfylt eksemplar av begge sjekklisene inkluderes i oppgaven (vedlegg 3.4.2a & 3.4.2b).

3.4.3 Forskningsetikk

Vi har tatt for oss en etisk overveielse av alle de inkluderte studiene da forskningsaktivitet er av stor betydning for samfunnet. Det er derfor vesentlig at de inkluderte artiklene er gjennomført på en etisk forsvarlig måte (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019). Etske forhold ble vurdert i tråd med generelle forskningsetiske retningslinjer, med særlig vekt på etiske prinsipper som frivillighet, anonymitet og informert samtykke hos studiens deltakere (Thidemann, 2019, s. 12). Vurdering av forskningsetikk ble også foretatt under kvalitetsvurderingen som nevnt i 3.4.2.

3.5 Analyse

De inkluderte artiklene i oppgaven ble analysert etter Evans (2002, s. 25) sin fire stegs modell. Vi vil legge frem modellens fire steg parallelt med vår analyses utvikling, disse vil bli oppgitt punktvis.

I synteseprosessen første fase samles det inn datamateriale som skal analyseres (Evans, 2002, s. 25). Dette ble gjort gjennom et systematisk litteratursøk ved bruk av søkeord, inklusjon- og eksklusjonskriterier samt bruk av sjekklister for kvalitetssikring og relevans. Dette ble beskrevet i kapittel 3.2-3.4.3.

I andre fase, skal man identifisere nøkkelfunn i hver studie (Evans, 2002, s. 25). Dette gjorde vi gjennom arbeidet i artikkelmatrisen, hvor nøkkelfunn ble notert ned underveis. I denne fasen ble artiklene lest gjentatte ganger, hvor vi tok utgangspunkt i resultat-delen av studiene. Begreper og elementer ble notert ned i et felles dokument. Disse ble sammenlignet med hverandre, og med bakgrunn i likheter inndelt i nye begreper. Nøkkelfunnene ble ført inn i en egen tabell for tematisk analyse (tabell 3.5).

I analysens tredje fase redegjøres det for felles temaer og påfølgende undertemaer (Evans, 2002, s. 25). Den tematiske analysen bidro til å danne en oversikt over likheter på tvers av artiklene, samt hvilke artikler som inneholdte de ulike temaene. Hovedtemaene ble deretter fargekodet; holdninger – gul, kompetanse – rosa og organisatoriske forhold – blått. Undertema ble streket under med rød kulepenn, andre kommentarer ble skrevet med sort kulepenn i marginen. Dette for å kvalitetssikre funnene med en siste gjennomgang av artiklene.

I analysens siste og fjerde fase beskrives fenomenet (Evans, 2002, s. 25). I denne fasen vil vi presentere analysens funn i en sammenfattet tekst. Funnene vil bli presentert i kapittel 4.

Tabell 3.5 Tematisk analyse

Tematisk analyse	1	2	3	4	5	6	7
Holdninger	X	X	X	X	X	X	X
Kompetanse/kunnskap	X	X	X	X	X	X	X
Tillitt/mistanke	X	X	X	X	X	X	X
Etikk		X			X	X	X
Samarbeid	X	X			X	X	X
Sympati		X			X	X	X
Stigma		X					
Stereotypier							
Pasientadferd		X			X	X	
Erfaring		X			X		
Frykt og egen sikkerhet		X					X
Mangel på tid	X	X				X	

4.0 Resultat

Vi vil nå presentere studiens resultat i et deskriptivt format i tabell 4.1 artikkelmatrise. Hovedfunnene i studiene peker i retning mot tre forhold som kan påvirke sykepleier sin handling til pasienter med ruslidelser. Disse er (1) kunnskap, (2) holdning og stigma og (3) organisatoriske forhold. Studiens hovedtema vil presenteres overordnet i 4.2 hovedtema, hvor sitater, statistikk eller nøkkelfunn også legges frem.

4.1 Artikkelmatrise

Artiklene vil presentere hver for seg, hvor artiklene er nummerert og oppgis med komplett referanse sist i tabellen.

Tabell 4.1 Artikkelmatrise

Nr	Hensikt	Begrep	Metode	Funn	Relevans
1	Studiens hensikt er å synliggjøre spesialsykepleieres erfaringer i smerteteam ved smertelindring av pasienter med ruslidelser.	Ikke oppgitt.	Kvalitativ studie med individuelle intervju med seks spesialsykepleiere. Studien tok sted i november og desember 2015 i Sør-Norge.	Smerteteam har kunnskap om hvordan å etablere tillit, trygghet og god kommunikasjon med pasientgruppen. Smerteteamet er derav en god ressurs for å bidra til å optimalisere smertelindring. Dette gjennom bistand eller undervisning på området hvor det ble oppfanget manglende kompetanse.	Studien har et sykepleieperspektiv, og belyser faktorer som tillit, kommunikasjon og kompetanse. Studien avdekker suksesskriterium for smertelindring av pasientgruppen, som er relevant for problemstillingen.
2	Studien undersøker sykepleier sin oppfatning og holdning ovenfor pasienter med opioidavhengighet og smerter. Har videre til hensikt å avdekke hvilke behov sykepleier har i forhold til kunnskapsutvikling.	Ikke oppgitt.	Kvalitativ studie med en-til-en dybdeintervju ved hjelp av en semistrukturert guide med totalt 22 sykepleiere. Første intervju-runde begynte i april 2017 og fant sted ved Tufts Medical Center i Boston, USA.	Deltakerne opplever utfordringer ved sykehusopphold med pasientgruppen. Det ble gitt uttrykk for hvordan smerte, abstinenser og stigma kan gi utfordringer ved sykepleie til pasientene.	Studien har et sykepleieperspektiv hvor studien skildrer utfordringer med smerte-problematikk og ruslidelser. Videre hvordan dette kan påvirke sykepleiere sitt arbeid.
3	Hensikten med studien var å vurdere den selvopplevde kompetansen om smerte og smertelindring av pasienter med ruslidelser, samt hvor sykepleiere henter informasjon fra.	Nurses Education Knowledge Competence Opioid abuse Pain	Kvantitativ tverrsnittstudie som ble gjennomført gjennom selvadministrert spørreskjema. Data ble innhentet i januar 2010 på Vestlandet i Norge	Pasienter med ruslidelser mottar ikke tilstrekkelig smertelindring som konsekvens av manglende kunnskap hos sykepleier. Da særlig om evaluering- og	Studien har et sykepleieperspektiv. Videre stadfestes konsekvens for behandling når sykepleier mangler kunnskap. Artikkelen berører dermed problemområdet

				behandling av smerte.	og er relevant for problemstillingen.
4	Artikkelen tar for seg helsepersonell sine holdninger, handlinger og kunnskap til smertepåvirkede pasienter med ruslidelser innlagt på sykehus.	Smerte Kvantitativ studie Spørreundersøkelse Rusmiddel Spesialist- helsetjenesten	Kvantitativ studie med et beskrivende tverrsnittdesign. Totalt 312 (274 sykepleiere) besvarte spørreskjema i uke 41 og 42 i 2009 og fant sted i Norge.	Et mindretall av sykepleiere kartlegger bruk av rusmidler, over halvparten kartlegger ikke smerte og flertallet av sykepleiere føler seg manipulert av pasientgruppen. Et mindretall oppgav at de trodde på pasientens smerteformidling. Pasientens troverdighet var til en viss grad opplevd som tvilsom.	Studien har sykepleieperspektiv og tar for seg sykepleier sine holdninger, adferd og kunnskap i møte med smertepåvirkede pasienter med ruslidelser. Artikkelen berører dermed problemstillingen.
5	Studien har til hensikt å kartlegge sykepleier sin holdning og samspill med rusavhengige pasienter med smerter. Samt å produsere teori om forståelsen av fenomenet.	Ikke oppgitt.	Kvalitativ studie hvor grounded theory metodikk ble brukt ved hjelp av en semistrukturert intervjuguide. Totalt 14 deltakere. Studien ble gjennomført i USA. Tidspunkt for studien er ikke beskrevet.	Det er et behov for videre forskning og økt undervisning om rusavhengige til sykepleiere. Det rapporteres lite diskusjon om negative konsekvenser av stigmatisering av pasientgruppen. Utdanningsprogrammer kan tyde på å være av stor nytte.	Studien har et sykepleieperspektiv. Den ser på sykepleier sin holdning i møte med pasientgruppen, og er dermed relevant for problemstillingen.
6	Artikkelen vurderer sykepleiers erfaring i møte med pasientgruppen. Samt mulige barrierer mellom pasient og sykepleier.	Ikke oppgitt.	Kvalitativ studie med en deskriptiv fenomenologisk tilnærming. Det er anvendt en semistrukturert intervjuguide. Intervjuene ble gjennomført i London. Tidspunkt for intervjuene ble ikke oppnevnt.	Det eksisterer en høy risiko for inadekvat smertelindring for pasienter med ruslidelser. Samt et behov for mer arbeid i klinisk praksis, forskning og utdanning. Dette begrunnes med at smertebehandling til pasientgruppen er kompleks.	Sykepleieperspektiv, beskriver risiko ved fraværende kompetanse. Videre mulige konsekvenser for smertebehandling til pasienter med ruslidelser, og er derav relevant for problemstillingen.
7	Studien var ute etter å kartlegge sykepleier sin opplevelse av behandling til pasienter med ruslidelser.	Ikke oppgitt.	Induktiv kvalitativ studie. Totalt 24 sykepleiere deltok i studien. Studien ble gjennomført i den nordøstlige delen av USA. Tidspunkt for intervjuene ble ikke oppgitt.	Sykepleier opplever en etisk plikt til å behandle, det var likevel en negativ oppfatning av pasienter med ruslidelser. Det eksisterte et behov for videre	Sykepleieperspektiv. Tar for seg etikk og holdninger i møte med pasientgruppen, og er dermed relevant for problemstillingen.

				utdanning og sympatisk bekymring for sykepleie til pasientgruppen. Å utøve god sykepleie til pasientene opplevdes som utfordrende.	
<p>(1) Govertsen, A. B., Aanensen, C., & Moi, E. B. (2019). Smerteteam kan være god støtte for helsepersonell ved smertelindring til rusavhengige. <i>Sykepleien forskning (Oslo)</i>(75746), e-75746. https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.75746</p> <p>(2) Horner, G., Daddona, J., Burke, D. J., Cullinane, J., Skeer, M., & Wurcel, A. G. (2019). "You`re kind of at war with yourself as a nurse": Perspectives of inpatient nurses on treating people who present with a comorbid opioid use disorder. <i>PLoS One</i>, 14(10), e0224335-e02243445. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224335</p> <p>(3) Krokmyrdal, K. A., & Andenæs, R. (2015). Nurses` competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study. <i>Nurse Educ Today</i>, 15(6), 789-794. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.02.022</p> <p>(4) Li, R., Andenæs, R., Undall, E., & Nåden, D. (2012) Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus. <i>Sykepleien forskning Oslo</i>, 7(3), 252-260. https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0131</p> <p>(5) Morgan, B. D. (2014). Nursing Attitudes Toward Patients with Substance Use Disorders in Pain. <i>Pain Manag Nurs</i>, 15(1), 165-175. https://doi.org/10.1016/j.pmn.2012.08.004</p> <p>(6) Morley, G., Briggs, E., & Chumbley, G. (2015). Nurses` Experiences of Patients with Substance-Use Disorder in Pain: A Phenomenological Study. <i>Pain Manag Nurs</i>, 16(5), 701-711. https://doi.org/10.1016/j.pmn.2015.03.055</p> <p>(7) Neville, K., & Roan, N. (2014). Challenges in Nursing Practice: Nurses` Perceptions in Caring for Hospitalized Medical-Surgical Patients With Substance Abuse/Dependence. <i>J Nurs Adm</i>, 44(6), 339-346. https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000079</p>					

4.2 Hovedtema

4.2.1 Kunnskap

Kunnskap og kompetanse er et gjennomgående tema i de fleste studiene. Flere artikler viser til at manglende kompetanse til opioidavhengige ser ut til å være opphavet til utfordringer knyttet til smertebehandling (Li et al., 2012; Govertsen et al., 2019; Krokmyrdal & Andenæs., 2015; Neville & Roan, 2014). Noen av de inkluderte artiklene avdekker et behov for kompetanseløft blant sykepleiere på somatisk avdeling (Govertsen et al., 2019; Neville & Roan, 2014). Flere informanter oppgir at pasientgruppen reflekterer en form for spesialkompetanse, hvor mange føler seg uforberedt og har behov for «assistanse» fra andre yrkesgrupper (Neville & Roan, 2014). Utvidede fagkunnskaper om smertelindring til pasienter med rusmiddellidelser anses også som et suksesskriterium (Govertsen et al., 2019). Sykepleiere har noe kunnskap om toleranseutvikling ved opioidmisbruk, og at dette medfører et behov for økt dose smertestillende for lik effekt (Krokmyrdal & Andenæs, 2015; Li et al., 2012). Forskningens informanter har ikke god kjennskap til opioidindusert hyperalgesi eller lignende tilstander (Krokmyrdal & Andenæs, 2015; Li et al., 2012). Vi har valgt å inkludere et sitat fra Govertsen et al., (2019) som ble presenter i studiets samarbeidskapittel, vi velger likevel å inkludere denne under kompetanse da vi anser tidligere erfaring som det avgjørende momentet i utsagnet.

«Det er ingen sykepleier på sengepost som våger å titrere [gradvis øke dosen til ønsket effekt] opp mot 100 mg morfin intravenøst dersom du aldri har gjort det før.» (Govertsen et al., 2019)

Sykepleierutdanning anses som lite bidragsytende til kunnskap tilknyttet smertepasienter med opioidavhengighet. Flere informanter oppgir kollegaer og egen yrkeserfaring som sin primærkilde til kunnskap (Krokmyrdal & Andenæs, 2015). Undervisning, kurs, forskningslitteratur og opplæring var mindre viktige. Mer enn halvparten av studiens informanter oppgir søkemotorer som Google eller faglige nettsider som sin kilde for informasjon (Krokmyrdal & Andenæs, 2015). Studien viste til at sykepleiere hadde et ønske om å lære mer om behandlingsutfordringer tilhørende smertelindring til pasienter med ruslidelser. Det ble foreslått innholds- og metodeendring i undervisning, hvor det var ønskelig med mindre fokus på akademia og heller lære om «rusmisbrukslidelser virkelighet» (egen oversettelse). Andre momenter som substitusjonsbehandling, hvordan formidle behandlingsalternativer samt å gjenkjenne inadekvat behandling var også av interesse (Horner et al., 2019).

I Krokmyrdal & Andenæs (2015) mente 44,9 prosent av informantene at de kunne evaluere graden av smerte. Ytterligere 84,7 prosent følte de kunne evaluere effekten smertestillende hadde hos pasienten (Krokmyrdal & Andenæs, 2015). Enkelte studier løfter likevel frem en uoverensstemmelse mellom sykepleier sin profesjonelle evaluering av smerte og behov for smertestillende, og pasienten sin forespørsel eller krav om analgetika (Morgan, 2014; Neville & Roan, 2014). Når det undersøkes om sykepleier sin bruk av kartleggingsverktøy, rapporterer Li et al., (2012) at et mindretall av informantene oppgir å kartlegge pasienten sitt rusbruk. I Govertsen et al., (2019) stadfestes at det er avgjørende å foreta rusanalyse og smertekartlegging tidlig i pasienten sitt behandlingsforløp.

4.2.2 Holdning og stigma

Seks av syv inkluderte studier viser til holdningsutfordringer hos sykepleier i møte med pasienter med ruslidelser og smerteproblematikk (Horner et al., 2019; Krokmyrdal & Andenæs, 2015; Li et al., 2012; Morgan, 2014; Morley et al., 2015; Neville & Roan, 2014). Negative holdninger korrelerte med tilbakefall etter avsluttede rusperioder (Neville & Roan, 2014). Andre forhold som kulturell bakgrunn, egen erfaring med smerte, utdanning, familiære forhold og verdier oppgis som opphav for holdninger (Morgan, 2014). Frykt for egensikkerhet, konflikt med pasient eller pårørende, manipulasjon og utagering fremheves som en opplevd utfordring for sykepleier i møte pasientgruppen (Neville & Roan, 2014)

Ruslidelse som diagnose er omstridt hvor Horner et al., (2019) viser til at flere sykepleiere var i prosessen med å overføre definisjonen fra eget valg til en sykdomsdefinisjon. Dette for å kunne arbeide mer genuint ved å gi en mer berettiget respons. Studien til Li et al., (2012) viser dog at et mindretall er usikre eller uenige i at opioidavhengighet er en sykdom.

I Horner et al., (2019) beskriver en informant en «cycle of problems». Hvor sykepleier opplever pasienten som irriterende og motbydelig, dette legges merke til av pasienten som gjør at vedkommende ikke viser velvilje tilbake (Horner et al., 2019). Pasienter med ruslidelser og smerter beskrives som uhygieniske, manipulerende, agiterte, krevende, vanskelige og fremstår som uinteressert i andre aspekter med behandlingen enn

smertelindring (Morley et al., 2015). Deler av denne skildringen er også å finne i andre artikler inkludert i denne oppgaven (Govertsen et al., 2019; Krokmyrdal & Andenæs, 2015; Li et al., 2012; Morgan, 2014; Morley et al., 2015; Neville & Roan, 2014). I Neville & Roan (2014) ble informantene spurt om deres tanker eller følelser var i møte med pasienter med ruslidelser, hvor en informant oppga følgende:

«I have no tolerance for substance abuse patients. They are manipulative and needy and drug seeking and takes time away for other patients who are really physically sick and dependent on my nursing» (Neville & Roan, 2014, s. 341).

Sykepleier opplever et mistillitsforhold mellom en selv og pasienten som en stor faglig utfordring i møte med pasientgruppen (Li et al., 2012). I Govertsen et al., (2019) anses manglende tillit som å være gjensidig mellom pasient og sykepleier. Hvor studiens spesialsykepleiere opplevde ansvarliggjøring av pasienten som viktig når en skulle etablere et tillitsforhold. Forskning viser at ærlig og direkte kommunikasjon var avgjørende for å danne en god relasjon med pasienten (Govertsen et al., 2019). Sykepleiere oppgav standardiserte pleieplaner for å enklere fasilitere grensesetting, og gjensidige forventninger om smertebehandling mellom sykepleier og pasienten (Horner et al., 2019).

Sykepleier viser tendenser til å stemple pasientens adferd som russøkende. Eksempelvis ved spørsmål om medikamenter, dosering, høyere doser generelt og forespørsler om behovsmedisin bidro til at sykepleier anså pasienten sin adferd som russøkende og negativ (Morgan, 2014; Morley et al., 2015). Neville & Roan (2014) viser til at når pasientene etterspurte smertestillende ga sykepleier uttrykk for mistanke. Den inkluderte forskningen viser også til tvil tilknyttet pasientens rapporterte smerteopplevelse og behov for smertestillende. Hvor under en fjerdedel av informantene var «*enig*» eller «*nokså enig*» i at opioidavhengige forteller sannheten når de formidler smerte. I underkant av en tredjedel svarte «*både og*» på påstanden om at opioidavhengige prøver å lure dem når de ber om mer smertestillende (Li et al., 2012). I Krokmyrdal & Andenæs (2015) rapporterer i overkant av 60 prosent av informantene at pasientene overdrev sitt smertenivå for å få mer smertestillende. I samme studie oppga 56,1 prosent av deltakerne mistillit til hvordan pasientene oppga at de hadde administrert opioider ved kartlegging av rusbruk.

Til tross for at det forekommer funn som peker til negativ holdning i de fleste studiene, er det også tegn til positive holdninger. Fire av syv studier inneholder tegn til at sykepleier besitter positiv holdning rettet til pasienter med ruslidelser og smerte (Govertsen et al., 2019; Li et al., 2012; Morgan, 2014; Morley et al., 2015). Li et al., (2012) viser til enighet blant sykepleiere i påstanden om at sykepleiere har positiv holdning overfor pasientgruppen. Morgan (2014) viser til at personlige og yrkesrelaterte erfaringer med pasientgruppen kunne være positivt bidragsytende til sykepleier sine holdninger og verdier. Horner et al., (2019) støtter dette funnet gjennom at personlig erfaring med smerte og ruslidelser forsterket deres medlidenhet.

4.2.3 Organisatoriske forhold

Morgan (2014) beskriver flere barrierer på arbeidsplassen som påvirker sykepleier sin evne til å gi god smertelindring til pasienten. Disse utgjorde lav bemanning, vansker med å få kontakt med vakthavende lege, dokumentasjonsproblemer og mangel på ressurser. Dårlig samarbeid med lege resulterte ofte i dårlig smertelindring, samt frustrasjon blant sykepleierne på avdelingen (Govertsen et al., 2019). Enighet og samstemming på tvers av profesjongrensener ble verdsatt i møte med opioidavhengige eller pasienter med mistenkt misbruk av rusmidler (Horner et al., 2019). Det ble ofte ordinert mindre sterke preparater av ordinerende lege, som ofte endte i inadekvat smertelindring (Horner et al., 2019).

I Govertsen et al., (2019) oppga sykepleier økt trygghet hos pasienten når de satt av tid til dem og tok deres smerter på alvor. Manglende ressurser gjør det likevel vanskelig å disponere tid for en-til-en med pasienter som behøver dette av ulike årsaker (Neville & Roan, 2014). Morgan (2014) fremhever redusert bemanning, hvor det ikke var mulig å disponere tid til gode samtaler med pasienten. Dette var særlig «dumt» da pasientgruppen oppleves som tidkrevende med behov for oppmerksomhet, som igjen reflekteres i økt arbeidsmengde (Morgan, 2014). I denne sammenheng oppga en av studiens informanter følgende:

«[...] Oh my God, will I ever finish? So there `s really no time to enjoy the patient, or listening to "what really is your pain?" [...]" (Morgan, 2014, s. 171),

5.0 Diskusjon

I arbeid med oppgavens resultatkapittel 4.0 ble det bemerket tre hovedfunn; (1) kunnskap, (2) holdninger og stigmatisering og (3) organisatoriske forhold. Vi vil nå diskutere studiens resultat opp mot selvutvalgt teori presentert i kapittel 2.0 i forsøk på å besvare oppgavens problemstilling best mulig. Videre vil vi beskrive betydningen av studiets funn for sykepleierfaget. Dernest vil vi ta for oss litteraturstudiets styrker og svakheter. Avslutningsvis vil vi presentere en kort oppsummering av oppgavens funn, konklusjon og videre anbefalinger vil bli formulert.

«Hvilke forhold vil kunne påvirke sykepleie til smertepåvirkede pasienter med ruslidelser?»

5.1 Kunnskapsbrist

Vår litteraturstudie avdekker at sykepleiere har lav kunnskap om smertelindring til pasienter med ruslidelser. Dette kan føre til at sykepleier ikke har tilstrekkelig innsikt i sentrale momenter som toleranseutvikling og smertesensitivitet hos rusavhengige, særlig personer med opioidavhengighet (Li et al., 2012; Krokmyrdal & Andenæs, 2015). Kunnskap om slike momenter anses som en form for spesialkompetanse, og utvidede fagkunnskaper er essensielt for å håndtere behandlingsutfordringene til smertepasienter med ruslidelser (Neville & Roan, 2014; Govertsen et al., 2019). Studiens funn viser til at sykepleiers profesjonelle funn i større eller mindre grad avviker fra pasienten sin opplevelse av smertelindring (Neville & Roan, 2014; Morgan, 2014). Dette samsvarer med tidligere forskning som stadfester at pasienter med ruslidelser ofte blir underbehandlet for sin smerte når innlagt på sykehus (Den Norske Legeforening, 2009, s. 33). Til tross for dette finnes det likevel evidens for at enkelte sykepleier opplever at de lykkes i å evaluere pasienten sin smerte og behov for smertestillende (Krokmyrdal & Andenæs, 2015).

Dette vil kunne føre til at sykepleier ikke har et tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag til å bedømme om pasienten mottar riktig dose. Hvor konsekvensen blir at pasienten mottar lavere dosering enn hva som er nødvendig for å oppnå ønsket effekt. Studien viser til at enkelte sykepleiere er klar over forhold som at opioidavhengige har økt toleranse og med følgende økt behov for smertestillende (Krokmyrdal & Andenæs, 2015; Li et al., 2012). Det kan likevel se ut til at det eksisterer en svikt i det Travelbee (1972/1999, s. 43) beskriver som *«den intellektuelle tilnæringsmåten»*. Hvor sykepleier skal anvende sin kunnskap og teori i planlegging og evaluering av egen helsehjelp til pasienten. Det kan likevel argumenteres for at kunnskap alene ikke er tilstrekkelig for å lykkes i å overkomme behandlingsutfordringene som vist i sitatet under.

«Det er ingen sykepleier på sengepost som våger å titrere [gradvis øke dose til ønsket effekt] opp mot 100 mg morfin intravenøst dersom du aldri har gjort det før.» (Govertsen et al., 2019).

Funnene i oppgaven viser til at sykepleier ikke opplever tilstrekkelig støtte i tilegnet kunnskap gjennom sykepleierstudiet, forskning eller undervisning i møte med pasientgruppen. Hvor kollegaer og egen yrkeserfaring fungerer som primærkilde til kunnskap om smertelindring til rusmiddelmissbrukere (Krokmyrdal & Andenæs, 2015). Med dette risikerer sykepleier å ikke lenger arbeide kunnskapsbasert i møte med behandlingsutfordringene. Danielsen et al., (2016, s. 382) argumenterer for at forskningsbasert kunnskap i møte med pasienten vil bidra til å begrense tilfeldigheter eller vilkårlig praksis. Travelbee (1972/1999, s. 43) poengterer at sykepleier skal utøve helsehjelp ved å anvende begreper og prinsipper fra biologi, fysikk, medisin, sykepleievitenskap og atferdsvitenskap. Dette vil kunne ha negative konsekvenser for pasientene da sykepleier ikke besitter tilstrekkelig kunnskap for å vurdere og handle i tråd med faglige anbefalinger.

Studien viser til at det er viktig for pasienten sin smertelindring at sykepleier foretar seg en rusanalyse og smertekartlegging (Govertsen et al., 2019). Likevel ser man ikke tegn til at dette utføres hyppig nok i praksis (Li et al., 2012). Dette samsvarer med tidligere studier hvor sykepleiere er for dårlig til å ta i bruk vurderingsskjemaer eller skalaer for å kartlegge pasienten sin smerte. Samme studie viser også til at sykepleier har vansker med å forstå betydningen av disse formene for kartlegging (Danielsen et al., 2016, s. 383). Hvilke legemidler, eller rusmidler, pasienten bruker er også aktuelt når sykepleier skal kartlegge smerte (Winger & Leegaard, 2016, s. 177). Den Norske Legeforeningen (2009, s. 33) viser til hovedprinsippet hvor opioidavhengige trenger sitt basale opioid-behov dekket. Ved at sykepleier ikke kartlegger smerte eller rusbruk hyppig, vil det kunne føre til at informasjon som kan være avgjørende for pasienten sin behandling går tapt. Winger & Leegaard (2016, s. 177) viser til at dersom det mangler en felles standard for vurdering av pasienten sine smerter, vil dette kunne hindre god smertelindring. Smerte er en kompleks erfaring som må ses i et større perspektiv enn hva sykepleier selv anses for å være norm.

5.2 Holdninger og stigmatisering

Vår studie viser til holdningsutfordringer hvor sykepleier kan besitte forutinntatte og negative holdninger til pasienter med smerteproblematikk og ruslidelser (Horner et al., 2019; Krokmyrdal & Andenæs, 2015; Li et al., 2012; Morgan, 2014; Morley et al., 2015; Neville & Roan, 2014). Ikke minst knyttet til dem med opioidavhengighet (Krokmyrdal & Andenæs, 2015). Dette vil ikke si at sykepleier bevisst lar egne holdninger påvirke sin adferd, men at dette vil kunne skje uten av vedkommende er klar over det. Teori av Travelbee (1972/1999, s. 53) og Goffman (1963/1975, s. 13-14) viser at den oppfatningen eller holdningen man besitter vil kunne påvirke ens adferd. Dersom man ikke er klar over påvirkningskraften egne overbevisninger kan ha på eget handlingspotensiale, risikerer man å ta valg som får negativt utfall for pasienten sin smertelindring og helsehjelp. Gjerne uten å være klar over at egen overbevisning påvirker pasienten sin helsehjelp i så stor grad som den gjør. For å motarbeide at egne holdninger påvirker helsehjelpen som gis, mener Nortvedt (2016, s. 19) at sykepleier skal ta utgangspunkt i pasienten sine subjektive og objektive behov. Dette vil kunne kreve en viss selvinnsikt hos sykepleieren, hvor man aktivt må begå handlinger som strider imot egen overbevisning. Funnene våre viser imidlertid til at sykepleiere besitter negative følelser og tanker i møte med pasienter med rusmiddelmissbruk, og ikke er fullstendig klar over påvirkningskraften egen forutinntatthet kan ha. Dette kommer til syne gjennom skildringer hvor pasienter omtales

som irriterende, motbydelig, uhygienisk, krevende, vanskelige og manipulerende med mer (Morley et al, 2015; Horner et al., 2019). Goffman (1963/1975, s. 16-17) sin teori om stigma trekker frem stigmatisering på bakgrunn av utseende eller egen karakter. Slik stigmatisering kan gis uttrykk for til pasienten, og videre føre til manglende åpenhet mellom pasient og sykepleier (Ytrehus, 2018, s. 225). Travelbee (1972/1999, s. 41) bygger menneske-til-menneske forhold på felles opplevelser og erfaringer. Sykepleier lykkes ikke å bruke seg selv terapeutisk, og manglende åpenhet kan føre til en svekket relasjon mellom sykepleier og pasient. Faglitteratur viser også til at personer med ruslidelser kan blir oppfattet som annenrangspasienter eller brukere (Ytrehus, 2018, s. 224). Dersom man ser dette i lys av sitatet fra Neville & Roan (2014, s. 341) kan en også spekulere om at dette kan komme av at pasientene ikke anses som like behandlingstrengende som pasienter med andre sykdommer eller lidelser.

«I have no tolerance for substance abuse patients. They are manipulative and needy and drug seeking and takes time away for other patients who are really physically sick and dependent on my nursing» (Neville & Roan, 2014, s. 341).

Slike negative holdninger vil kunne ha betydning for sykepleiers tanker, følelser og reaksjoner i møte med pasientene (Håkonsen, 2014, s. 186). Sitatet fra Neville & Roan (2014) samsvarer med studiens funn som viser at sykepleier gjerne prioriterer smertepåvirkede ruspasienter annerledes enn andre pasienter (Horner et al., 2019; Li et al., 2012). Dette kan indikere at pleien som gis ikke samsvarer med pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 2-1b.) hvor pasienten har rett til nødvendig helsehjelp. Denne formen for tilnærmingen til pasienten er også direkte motstridende med Travelbee sin teori om å danne et menneske-til-menneske-forhold mellom pasient og sykepleier. Ved å la sine negative holdninger og overbevisninger endre eget handlingspotensial i møte med pasienten vil man kunne svekke relasjonen, og tilliten vil bli truet (Travelbee, 1972/1999, s. 68 & 198). En kan også trekke frem Goffman (1963/1975, s. 17) sin teori om stigmatisering hvor sykepleier trekker en automatisk slutning om pasienten sin identitet på bakgrunn av vedkommens rusmiddelavhengighet. Dette vil kunne føre til at sykepleier ubevisst betviler pasienten sin gjengivelse av smerte, at de opplever pasienten som manipulerende og mistenker at de overdriver sin smerteintensitet for å få mer smertestillende medisin. Konsekvensen blir som Goffman (1963/1975, s. 17) beskriver som å begrense pasienten sin utfoldingsmulighet og kan påvirke pasienten sin rett til optimal helse negativt. En konsekvens av dette vil kunne være at sykepleier sin mistillit til pasienten sin gjengivelse av smerte er så stor at dette går på bekostning av smertebehandlingen.

5.3 Organisatoriske forhold

Vår litteraturstudie viser til at organisatoriske funn kan ha betydning for smertelindring til personer med rusavhengighet. Vi har avdekket følgende momenter som er av betydning; lav bemanning, vansker med å kontakte lege, avvikende dokumentasjon og manglende ressurser (Morgan, 2014; Govertsen et al., 2019). Faglitteratur støtter studiens funn gjennom at de vurderingene og beslutningene sykepleier tar kan bli påvirket av organisatoriske faktorer (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 26).

Aase (2022, s. 46) beskriver dette som «[...] organisatoriske betingelser som utløser menneskelige feil». Funnene peker mot at organisasjonens sikkerhetsbarrierer mot uønskede hendelser ikke er intakte. Helsepersonelloven (1999, § 16) pålegger virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester å tilrettelegge forhold slik at sykepleier kan utøve forsvarlig helsehjelp. Kirkevold (2016, s. 279) beskriver at krav til yrkesutøvelse vil variere med utgangspunkt i situasjon. Å handle forsvarlig vil si at sykepleier tilpasser seg en gitt situasjon, hvor selve kjernen i forsvarlighetskravet er «[...] den faglige og verdimessige gode handlingen.» (Molven, 2019, s. 141). Her forventes det et visst ambisjonsnivå hos sykepleier, hvor det kan tenkes at forhold som lav bemanning og manglende ressurser kan bremse sykepleier sine muligheter for å realisere sine ambisjoner. Stort arbeidspress bidro blant annet til å sette grenser i møte med pasienten, og førte i mange tilfeller til en begrensning for en-til-en mellom sykepleier og pasient (Neville & Roan, 2014; Morgan, 2014; Govertsen et al., 2019). Dette samsvarer med tidligere studier som viser at lav bemanning og fagdekking kan lede til at sykepleier ikke klarer å overholde normen satt for god sykepleie (Orvik, 2022, 46). Travelbee (1972/1999, s. 68 & 198) beskriver at mindre tidsbruk og en målrettet tilnærming til pasienten vil kunne medføre at sykepleier overser relevante kliniske observasjoner. Dette sett i sammenheng med at studien avdekket at sykepleiere er generelt dårlige på å kartlegge rusbruk og smerte, og danner et dårlig grunnlag for sykepleier sin situasjonsforståelse og innsikt i pasienten sine behov. Sett i lys av helsepersonelloven (1999, § 4) vil dette kunne lede til brudd på rettslige pålegg om å gi forsvarlig helsehjelp.

5.4 Styrker og svakheter

Ifølge Aveyard (2019, s. 155-156) bør diskusjonen adressere litteraturstudiets styrker og svakheter. Vi vil derfor foreta en metodediskusjon for å identifisere studiens begrensninger og svakheter. Videre reflektere over egen rolle som forskere og hvordan dette kan påvirke studien.

Innledningsvis vil vi ta for oss styrker og svakheter med studiens inkluderte litteratur. Alle inkluderte artikler er fagfellevurdert, dette styrker kvaliteten i litteraturstudiet, vi anser det som en styrke at tre av de inkluderte artiklene er norske forskningsstudier (Li et al., 2012; Krokmyrdal & Andenæs, 2015; Govertsen et al., 2019). Da funnene er direkte overførbare til det norske helsesystemet. Resterende forskning opprinner fra andre land, og det kan tenkes at resultatene ikke kan være etterprøvbare i det norske helsesystemet.

Li et al., (2012) overskrider studiens øvre grense for publikasjon, som var satt til studier publisert før 2013. Vi anser likevel studiens funn som klinisk relevant, da de i stor grad samsvarer med funn fra andre artikler. Litteraturstudiet inneholder både kvantitativ og kvalitativ forskning. Vi anser dette som en styrke da den kvantitative dataen kan forutse prevalens, og den kvalitative dataen gir en grundig forståelse om hvorfor problemet har oppstått og eventuelt vedvarer (Aveyard, 2019, s. 64). På denne måten har studiet et sterkt kunnskapsgrunnlag (Thidemann, 2019, s. 77). Ikke alle resultater og funn er beskrevet i 4.0 resultat, dette kan ha betydning for oppgavens diskusjon. Ved bruk av Evans (2002, s. 25) analysemodell har vi nøye overveid studienes funn, med vekt på prevalens og relevans for problemstilling. Videre har vi anvendt oversatte versjonene av

Erving Goffman (1963/1975) og Joyce Travelbee (1972/1999), hvor vi er bevisste på at dette er bearbejdet materiale og at det kan forekomme tolkninger.

Det kan antas at det vil forekomme forhold som påvirker vår studie negativt, da dette er den mest omfattende litteraturgjennomgangen vi har foretatt oss. Oppgaven kan eksempelvis bære preg av bekreftelsestendens. Dette siden vi begge har erfaring med pasientgruppen og besitter sannsynligvis forutinntatte inntrykk. Dette kan ha betydning for litteratursøk og utvalg, hvor man søker etter litteratur som støtter egen overbevisning. Man står også i fare for å ha oversett studier som strider mot egen forutinntatthet (Svartdal, 2019). Videre har vi ikke tidligere erfart eller gjennomført kvalitetssikring av forskningslitteratur, det kan dermed ha oppstått feiltolkninger underveis. Det ble inkluderte fem artikler som var skrevet på engelsk, også her kan det ha oppstått feiltolkninger. Ved termer eller ord vi ikke var kjent med benyttet vi Google Translate, vi anser dermed sannsynligheten for misforståelse som marginal. Dette anser vi som en styrke for studiet.

Avslutningsvis har oppgaven i liten grad satt søkelys på andre perspektiver enn sykepleieperspektivet. Dette kan resultere i et ufullstendig bilde av de faktiske forholdene, og anses derfor som en svakhet. Det er likevel nevneverdig at Govertsen et al., (2019) sine informanter er spesialsykepleiere med langt mer kompetanse på området, og utskiller seg fra resten av informantene. Dette kan ha betydning for likheter og ulikheter i de respektive studienes funn.

5.5 Konklusjon

I denne litteraturstudien har vi drøftet problemstillingen «*Hvilke forhold vil kunne påvirke sykepleie til smertepåvirkede pasienter med ruslidelser?*». Studiens funn samsvarer i stor grad med eksisterende forskning og faglitteratur som fremhever at sykepleier sin holdning, kompetansenivå og organisatoriske forhold er av betydning for å gi adekvat smertelindring til pasienter med ruslidelser.

Vår studie viser til at fravær av faglig kunnskap om smertelindring til pasienter med ruslidelser fører til inadekvat smertelindring. Kompetanse er ikke tilstrekkelig alene, og erfaringskunnskaper er av betydning for å vurdere og handle riktig i møte med pasientgruppen. Negative holdninger og stigmatisering vil kunne påvirke smertelindring negativt ved at pasienten ikke mottar tilstrekkelig behandling for sin smerte. Det bør trekkes frem at dette ikke gjelder alle sykepleiere og deres holdninger, da enkelte tydeliggjorde at de ikke tillot egne holdninger å styre deres arbeid. Stort arbeidspress og samtidighetskonflikter ble løftet frem som barrierer, og indikerer at det foreligger organisatoriske forhold som gjør at sykepleier ikke klarer å imøtekomme pasienten sine behov. Samhandling med andre profesjonsgrupper oppleves som å kunne bidra positivt og negativt, hvor samarbeid med lege ofte oppleves som vanskelig. Smerteteam kan bidra positivt da de besitter spesialkompetanse på feltet. Studiens funn vil kunne lede til at sykepleier ikke klarer å overholde pasienten sin rett til høyeste oppnåelige helsestandard. Avslutningsvis anbefales etterfølgende studier å utføre ytterligere forskning på det aktuelle feltet.

6.0 Bibliografi

- Aase, K. (2022). *Pasientsikkerhet*. Universitetsforelaget.
- Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care : a practical guide* (4. utg.). McGraw Hill Education/Open University Presss.
- Biong, S., & Ytrehus, S. (2018). Rusmiddelproblemer – en utfordring for samfunnet, helsetjenesten og den enkelte. I Biong, S. & Ytrehus, S. (red.). *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. (2. utg., s. 13-20). Cappelen Damm Akademisk.
- Bramness, J. G. (2022, 15. juni). *Rusmiddellidelser i Norge*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/rusmiddellidelser/?fbclid=IwAR1eomFfMzEhKbyyUjrz5U7CHsJUwDjsHEneSFnBfA5DW-B50Jp1zqN9T4>
- Bramness, J. G. (2021, 8. september). *Rusmiddelbruk og avhengighetstilstander*. Norsk legemiddelhandbok. https://www.legemiddelhandboka.no/G13/Rusmiddelbruk_og_avhengighetstilstander?fbclid=IwAR2mG73pvYP0l-wF2cR3ildeEg82UCIX4QijfdrdM9u - bhksBddMrrqhB0
- Christiansen, Å. (2018). Tidlig intervensjon ved rusmiddelrelaterte lidelser i sykehus. I S. Biong & S. Ytrehus (red.). *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. (2. utg., s. 159-177). Cappelen Damm Akademisk.
- Danielsen, A., Berntzen, H., & Almås, H. (2016). Sykepleie ved smerte I D-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (red.). *Klinisk sykepleie : 1* (5. utg., s. 381-423). Gyldendal akademisk.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2019, 10. februar). *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/generelle/?fbclid=IwAR18yNrjiM_kLnIWTbsFXBNTgUVubBm6CgPNkAKT_Ls4n2x0MjyHHfhKePg
- Den Norske Legeforening. (2009). *Retningslinjer for smertelindring*. (ISBN-13 978-82-8070-075-9). <https://www.legeforeningen.no/om-oss/publikasjoner/retningslinjer/retningslinjer-for-smertelindring-2009/>
- Dietrichs, E. (2021, 4. januar). *Hyperalgesi*. Store medisinske leksikon. https://sml.snø.no/hyperalgesi?fbclid=IwAR3MRHXj6k9NZfJTtOwtMdsmBTKm04r76dUN65f_Es7XnuSvevrKthKaJIM
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing, 2002-2003 Volume 20 Number 2*, 5.
- Evjen, R., Kielland, K. B., & Øiern, T. (2018). *Dobbelt opp : om ruslidelser og psykiske lidelser* (4. utg.). Universitetsforlag. <https://lovdata.no/forskrift/2019-03-15-412/§9>
- Goffman, E. (1975). *Stigma : om avvigerens sociale identitet*. (B. Gooseman, Overs.). Gyldendal. (Opprinnelig utgitt 1963).
- Govertsen, A. B., Aanensen, C., & Moi, E. B. (2019). Smerteteam kan være god støtte for helsepersonell ved smertelindring til rusavhengige. *Sykepleien forskning (Oslo)(75746)*, e-75746. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.75746>
- Helsebiblioteket. (2021). *PICO*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#2sporsmalsformulering>

- Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). *Sjekklistor*.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklistor>
- Helsedirektoratet. (2017) Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet. Nasjonal faglig retningslinje.
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64/s1>
- Horner, G., Daddona, J., Burke, D. J., Cullinane, J., Skeer, M., & Wurcel, A. G. (2019). "You're kind of at war with yourself as a nurse": Perspectives of inpatient nurses on treating people who present with a comorbid opioid use disorder. *PLoS One*, 14(10), e0224335-e0224335. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224335>
- Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Gyldendal akademisk.
- Kirkevold, M. (2016). *Pasientsikkerhet og kvalitet i sykepleie* (3. utg.) I Kristoffersen, N. J. (red.). *Grunnleggende Sykepleie : B. 1 : Sykepleie - fag og funksjon* (3 utg. ed., utg. b. 1 s. 267-304). Gyldendal akademisk.
- Krokmyrdal, K. A., & Andenæs, R. (2015). Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study. *Nurse Educ Today*, 35(6), 789-794. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.02.022>
- Kunnskapsbasertpraksis. (2020, 15. oktober). *Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie*. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklistor>
- Li, R., Andenæs, R., Undall, E., & Nåden, D. (2012). Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus. *Sykepleien forskning (Oslo)*, 7(3), 252-260.
<https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0131>
- McCurry, M. K., Avery-Desmarais, S., Schuler, M., Tyo, M., Viveiros, J., & Kauranan, B. (2023) Percieved stigma, barriers, and facilitators experienced by members of the opioid use disorder community when seeking healthcare. *J Nurs Scholarsh*, 55(3), 701-710. <https://doi.org/10.1111/jnu.12837>
- Meld. St. 30 (2011-2012). *Se meg! – alkohol – narkotika – doping*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-30-20112012/id686014/>
- Molven, O. (2019). *Sykepleie og jus* (6. utg.). Gyldendal.
- Moola, S., Munn, Z., Sears, K., Sfetcu, R., Currie, M., Lisy, K., Tufanaru, C., Qureshi, R., Mattis, P., & Mu, P. (2015). Conducting systematic reviews of association (etiology): The Joanna Briggs Institute's approach. *Int J Evid Based Healthc*, 13(3), 163-169. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000064>
- Morgan, B. D. (2014). Nursing Attitudes Toward Patients with Substance Use Disorders in Pain. *Pain Manag Nurs*, 15(1), 165-175.
<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2012.08.004>
- Morley, G., Briggs, E., & Chumbley, G. (2015). Nurses' Experiences of Patients with Substance-Use Disorder in Pain: A Phenomenological Study. *Pain Manag Nurs*, 16(5), 701-711. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2015.03.005>
- Mørland, J., & Waal, H. (2016). *Rus og avhengighet*. Universitetsforl.
- Nesvåg, S. (2018). Ulike forståelser og perspektiver på problematisk rusmiddelbruk og avhengighet. I Biong, S. & Ytrehus, S. (red.). *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. (2. utg., s. 21-42). Cappelen Damm Akademisk.
- Neville, K., & Roan, N. (2014). Challenges in Nursing Practice: Nurses' Perceptions in Caring for Hospitalized Medical-Surgical Patients With Substance Abuse/Dependence. *J Nurs Adm*, 44(6), 339-346.
<https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000079>

- Nortvedt, P., & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse I D-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (red.). *Klinisk sykepleie : 1* (5. utg.). Gyldendal akademisk.
- Orvik, A. (2022). *Organisatorisk kompetanse: Innføring i faglig ledelse, samhandling og kvalitetsforbedring*. (3. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63/§2-1b>
- Prop. 92 L (2020-2021). *Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven og straffeloven m.m. (rusreform – opphevelse av straffansvar m.m.)*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-92-l-20202021/id2835248/>
- Skjøtskift, S. (2018). Rusmidlenes virkninger og skadevirkninger. I Biong, S. & Ytrehus, S. (red.). *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. (2. utg., s. 90-112). Cappelen Damm Akademisk.
- Skoglund, A. & Biong, S. (2018). Sykepleie til personer med rusmiddelavhengighet i somatisk sykehus. I Biong, S. & Ytrehus, S. (red.). *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. (2. utg., s. 178-195). Cappelen Damm Akademisk.
- Slørdal, L. & Spigset, O. (2018). Farmakodynamikk. I Nordeng, H. & Spigset, O. (red.). *Legemiddel og bruken av dem*. (3. utg., s. 41-50). Gyldendal.
- Svartdal, F. (2019, 17. desember). *Bekreftelsestendens*. Stor norske leksikon. <https://snl.no/bekreftelsestendens>
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter : den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (K. M. Thorbjørnsen, Overs.). Universitetsforlaget. (Opprinnelig utgitt 1972).
- Ververda, J., Hansen, O., & Larsen, C. (2018). Rusmiddelavhengighet: Sykepleieres holdninger påvirker smertebehandling. *Sykepleien forskning (Oslo)*(70402), e-70402. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.70402>
- Winger, A. & Leegaard, M. (2016). Smerter. I Heggstad, A. K. T. & Knutstad, U. (red.), *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 2* (4. utg., s. 172-197). Cappelen Damm Akademisk.
- Ytrehus, S. (2018). Familiens situasjon. I S. Biong & S. Ytrehus (red.). *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. (2. utg., s. 215-233). Cappelen Damm Akademisk.

7.0 Vedlegg

Vedlegg 1: Vedlegg 3.4.2a Kvalitetsvurdering

Vedlegg 2: Vedlegg 3.4.2b Kvalitetsvurdering

checklist for analytical cross sectional studies

Critical Appraisal tools for use in JBI Systematic Reviews

INTRODUCTION

JBI is an international research organisation based in the Faculty of Health and Medical Sciences at the University of Adelaide, South Australia. JBI develops and delivers unique evidence-based information, software, education and training designed to improve healthcare practice and health outcomes. With over 70 Collaborating Entities, servicing over 90 countries, JBI is a recognised global leader in evidence-based healthcare.

JBI Systematic Reviews

The core of evidence synthesis is the systematic review of literature of a particular intervention, condition or issue. The systematic review is essentially an analysis of the available literature (that is, evidence) and a judgment of the effectiveness or otherwise of a practice, involving a series of complex steps. JBI takes a particular view on what counts as evidence and the methods utilised to synthesise those different types of evidence. In line with this broader view of evidence, JBI has developed theories, methodologies and rigorous processes for the critical appraisal and synthesis of these diverse forms of evidence in order to aid in clinical decision-making in healthcare. There now exists JBI guidance for conducting reviews of effectiveness research, qualitative research, prevalence/incidence, etiology/risk, economic evaluations, text/opinion, diagnostic test accuracy, mixed-methods, umbrella reviews and scoping reviews. Further information regarding JBI systematic reviews can be found in the [JBI Evidence Synthesis Manual](#).

JBI Critical Appraisal Tools

All systematic reviews incorporate a process of critique or appraisal of the research evidence. The purpose of this appraisal is to assess the methodological quality of a study and to determine the extent to which a study has addressed the possibility of bias in its design, conduct and analysis. All papers selected for inclusion in the systematic review (that is – those that meet the inclusion criteria described in the protocol) need to be subjected to rigorous appraisal by two critical appraisers. The results of this appraisal can then be used to inform synthesis and interpretation of the results of the study. JBI Critical appraisal tools have been developed by the JBI and collaborators and approved by the JBI Scientific Committee following extensive peer review. Although designed for use in systematic reviews, JBI critical appraisal tools can also be used when creating Critically Appraised Topics (CAT), in journal clubs and as an educational tool.



analytical cross sectional studies

Reviewer Ine Malerød & Sofie Natås Date 11/4-2023

Author Krokmyrdal, K. A. & Andenæs, R. Year 2015

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

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

Vi inkluderer denne artikkelen da den

Vi har inkludert denne artikkelen da den er relevant for vår studie, samt gjennom denne kvalitetsvurderingen anser vi den som en kvalitetsmessig godkjent artikkel.

EXPLANATION OF ANALYTICAL CROSS SECTIONAL STUDIES CRITICAL APPRAISAL

How to cite: Moola S, Munn Z, Tufanaru C, Aromataris E, Sears K, Sfetcu R, Currie M, Qureshi R, Mattis P, Lisy K, Mu P-F. Chapter 7: Systematic reviews of etiology and risk . In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JB1 Manual for Evidence Synthesis*. JBI, 2020. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>

Analytical cross sectional studies Critical Appraisal Tool

Answers: Yes, No, Unclear or Not/Applicable

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. Were confounding factors identified?

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

6. Were strategies to deal with confounding factors stated?

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

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

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

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

8. Was appropriate statistical analysis used?

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

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

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekkliste

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?

Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

Morley, G., Briggs, E. & Chumbley, G. (2015). Nurses' experiences of patients with substance-use disorder in pain: a phenomenological study. *Pain Management Nursing*, 16(5), 701-711.

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

Studiens formål er å få en bedre forståelse av sykepleier sin erfaring med pasienter med ruslidelser, samt gjøre rede for hvilke forhold som kan fungere som er barriere mellom sykepleier og pasient. Dette er relevant for vår studie da vi ser på forhold som påvirker smertelindring til pasienter med ruslidelser.

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

Studien har som mål å vurdere sykepleier sin erfaring i møte med pasienter med ruslidelser, samt hvilke barrierer som eksisterer mellom pasient og sykepleier.

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

Forskningsdesignet til studien er deskriptiv fenomenologi. Dette ble brukt som rammeverk for å gjennomføre semistrukturerte intervjuer med studiens informanter. Denne tilnærmingen ble brukt da den setter søkelys på sykepleier sine erfaringer, noe som gjør det mulig å samle rike og dyptgående beskrivelser.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

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

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

Kommentar:

Ja på samtlige punkter.

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

Ja – Nei – Uklart

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

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

Kommentar:

Punkt 5 underpunkter ble gjennomgått muntlig og fortløpende.

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling

- b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
- c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar:

Det er få deltakere med i studien, hvor dette begrunnes med at deltakerne har stor klinisk bakgrunn og har varierende mengde erfaring.

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

Studien er etisk godkjent av King's College London Psychiatry, Nursing, and Midwifery Research Ethics Committee.

Utdelte informasjonsskriv og samtykkeskriv.

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

Ja – Nei – Uklart

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

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

Kommentar:

Ja til samtlige punkter.

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

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

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

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

Kommentar:

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

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

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

Kommentar:

Artikkelens forfattere har diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, og vurdert funnene opp mot dagens praksis og relevant forskningsbasert litteratur. Studien avdekket behov for videre forskning med en større mengde deltakere, og fra flere profesjoner for å få et utvidet perspektiv.

