

Sykepleieres kompetanse om smerte og smertelindring hos pasienter med opioidavhengig rusmisbruk

” One’s mind, once stretched by a new idea,
never regains its original dimension”
Oliver Wendell Holmes

Kurt Arild Krokmyrdal
Masteroppgave i klinisk sykepleievitenskap, mai 2010
Høgskolen i Oslo, Avdeling for sykepleierutdanning
Kull H-2007

SAMMENDRAG

Bakgrunn

Misbruk av narkotiske stoffer utgjør et stort sosialt og helsemessig problem. Det er anslått at det er opptil 15 000 sprøytemisbrukere i Norge, hvorav 90 % misbruker opioider.

Rusmisbrukere får ofte alvorlige bakterielle infeksjoner, skader og traumer, som krever sykehusinnleggelse. Dette er tilstander som medfører smerte og lidelse. Det er begrenset forskning om sykepleieres kompetanse om dette temaet

Problemstilling

Studiens intensjon er å kartlegge hvilken kompetanse sykepleiere har om smerte/smertelindring hos pasienter med opioidavhengige misbruk som er innlagt i sykehus.

Metode

Studien bruker kvantitativ metode med ikke-eksperimentell design. Det er en beskrivende tverrsnittsstudie. Det utføres en kartlegging med et selvadministrerende spørreskjema.

Spørreundersøkelsen er utført ved sju medisinske og ortopediske enheter ved to sykehus. Det er benyttet hensiktsmessig utvalg.

Resultat

Sykepleieres kompetanse om smerte/smertelindring hos opioidavhengige pasienter kan beskrives som erfaringsbasert, ikke kunnskapsbasert. Sykepleiere har grunnleggende positive holdninger og gir uttrykk for sympati ovenfor rusmisbrukere. Studien indikerer at sykepleieres holdninger ikke er like positive når det gjelder vurdering av rusmisbrukeres smerteopplevelse og hvordan de ser på relasjonen med rusmisbrukere som pasientgruppe. Studien antyder også at det kan være barrierer mot smertebehandling hos pasienter med opioidavhengig rusmisbruk. Barrierene kan være både kunnskapsmangel og organisatoriske utfordringer.

ABSTRACT

Background

Drug abuse is a major social and health problem. There are approximately 15,000 drug abusers in Norway who inject drugs, of whom 90 % abuse opioids. Drug abusers often get serious bacterial infections, injuries and traumas which require hospital treatment. These conditions cause pain and suffering. There is limited research on nurses' competence about this topic.

Research problem

The intention of this study is to describe which competence nurses have about pain/pain treatment in opioid abusers who receive hospital treatment.

Methodology

The study uses quantitative methodology with non-experimental design. It is a descriptive, cross-sectional study. A survey using a self-administered questionnaire has been carried out. The sample involves seven medical and orthopedic units at two urban hospitals in Norway. Sample selection has been determined by purposive sampling.

Results

It may be maintained that nurses' competence about pain/pain treatment in opioid abusers is based on experience, not on evidence. Nurses' attitudes towards drug addicts are basically positive. They express sympathy with drug addicts and their difficult living conditions. However, the study indicates that nurses' attitudes are less positive when it comes to their opinion of the pain experiences of drug addicts. Nurses also find it difficult to be in a professional relationship with drug-addicts.

The results also indicate that there may be barriers to pain treatment. The barriers may be both lack of knowledge as well as organizational factors.

INNHALDSFORTEGNELSE

Forsiden: Illustrasjon av **BYLIN: Narkomani**, hentet fra <http://images.google.no>
Sitat av **Oliver Wendel Holmes**, hentet fra **Oliver Wendel Holmes Quotes**,
<http://www.brainyquote.com>

SAMMENDRAG _____	Side:	i
ABSTRACT _____		ii
INNHALDSFORTEGNELSE _____		iii
FORORD _____		vi
1.0 INNLEDNING _____		1
1.1 Bakgrunn og formål		1
1.2 Studiens hensikt og nytte		2
1.3 Problemstilling		3
1.4 Avgrensning		3
1.5 Litteratursøk		4
1.6 Oppgavens oppbygning		5
2.0 PRESENTASJON AV TEORETISK RAMME _____		6
2.1 Narkomani/narkomane pasienter		6
2.2 Kompetanse		8
2.1.1 Kunnskap og kunnskap i sykepleiepraksis.....		10
2.2.2 Holdninger.....		13
2.3 Smerte		16
2.3.1 Smerte som fenomen.....		16
2.3.2 Biomedisinsk perspektiv.....		18
2.4 Sykepleiere, kompetanse, smerte og rusmisbrukere...		19
2.5 Sykepleiere og holdninger		22
2.6 Barrierer mot smertebehandling		24

3.0	METODOLOGI _____	Side: 28
3.1	Metodevalg	28
	3.1.1 Design.....	29
	3.1.2 Cook og Campbells validitetssystem.....	30
3.2	Utarbeidelse av spørreskjema/datainnsamlingsverktøy	31
	3.2.1 Begrepsvaliditet.....	32
	3.2.2 Face-validering.....	32
3.3	Utvalg og utvalgsmetode	33
	3.3.1 Ytre validitet	35
3.4	Gjennomføring av spørreundersøkelsen	36
	3.4.1 Indre validitet.....	37
	3.4.2 Reliabilitet.....	37
3.5	Analyse av datamaterialet	38
	3.5.1 Statistisk validitet.....	39
3.6	Forskningsetiske implikasjoner	39
4.0	PRESENTASJON AV FUNN _____	40
4.1	Respons/deltakelse	40
4.2	Demografiske data	40
4.3	Kunnskaper om smerte/smertelindring	42
	4.3.1 Kunnskapskilder.....	42
	4.3.2 Smertelindring.....	44
	4.3.3 Kunnskap om smertelindring.....	44
4.4	Mulige barrierer mot smertebehandling	46
4.5	Sykepleieres holdninger til opioidavhengige pasienter	47
4.6	Betydningen av tidsbruk på kunnskap, barrierer og holdninger	50
	4.6.1 Tidsbruk og sykepleieres kunnskap om smertelindring	51
	4.6.2 Tidsbruk og mulige barrierer mot smertebehandling	53
	4.6.3 Tidsbruk og sykepleieres holdninger til rusmisbrukere	54

5.0	DISKUSJON _____	Side: 59
5.1	Oppsummering av funnene.....	59
5.2	Kunnskapskilder.....	60
5.3	Kunnskap om smertelindring.....	64
5.4	Barrierer.....	68
5.5	Holdninger.....	71
5.6	Betydningen av tidsbruk på kompetanse.....	78
5.7	Styrker og begrensninger ved studien.....	81
6.0	KONKLUSJON _____	84
6.1	Konklusjon.....	84
6.2	Implikasjoner for sykepleie/videre forskning.....	87
	LITTERATUROVERSIKT _____	89
	VEDLEGG	
	Vedlegg 1: Spørreskjema.....	97
	Vedlegg 2: Informasjonsskriv til deltakere i studien.....	103
	Vedlegg 3: Påminnelsesbrev til deltakere i studien.....	104
	Vedlegg 4: Plakat til påminnelse om studien.....	105
	Vedlegg 5: Svar fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste	106
	Vedlegg 6: Oversikt over sykepleieres videreutdanninger	108

FORORD

Gjennom flere års arbeid i somatisk akutthelsetjeneste, har jeg blant annet arbeidet med rusmisbrukere med alvorlige infeksjonssykdommer. Jeg møtte pasienter som gav uttrykk for mye smerte. Det kunne oppleves som frustrerende å føle manglende kompetanse til å hjelpe pasientene. Det gjorde at rusmisbrukere kunne bli opplevd som krevende pasienter å arbeide med. Tidligere i masterstudiet, har jeg arbeidet med andre aspekter omkring problemstillingen rusmisbrukere og smerte. Jeg erfarte da at det var gjort lite forskning på området. Jeg ønsket derfor i min masteroppgave å bidra til kunnskap om temaet.

Jeg vil her benytte muligheten til å takke de som har hjulpet meg i arbeidet med masteroppgaven. Først vil jeg takke enhetsledere og assisterende enhetsledere ved de deltakende avdelingene for deres positive mottakelse, og for bistand til å gjennomføre datainnsamlingen. Jeg vil takke deltakerne i validitetsgruppen for konstruktive tilbakemeldinger. Jeg vil også takke sykepleierne som deltok i studien. Uten dem, hadde jeg ikke fått nødvendig data å arbeide med.

Videre vil jeg rette en stor takk til min veileder, førsteamanuensis Randi Andenæs, for hennes tilgjengelighet, raske tilbakemeldinger og konkrete kommentarer. Det bidro til å lette arbeidet med oppgaven. Jeg vil også takke Iris Krokmyrdal for feedback og språklige tilbakemeldinger.

1.0 INNLEDNING

Denne masteroppgaven presenterer en studie om sykepleieres kompetanse om smerte og smertelindring hos pasienter med opioidavhengighet rusmisbruk, og mulige barrierer som kan påvirke sykepleieres smertebehandling hos rusmisbrukere.

1.1 Bakgrunn og formål

Misbruk av narkotiske stoffer utgjør et stort sosialt og helsemessig problem. Det er anslått at det i Norge i dag er mellom 11 000 – 15 000 sprøytemisbrukere (Helse og omsorgsdepartementet, 2006-2007). 90 prosent av sprøytemisbrukere er heroinmisbrukere (Klingsheim, 2003). Heroin er et opioidpreparat (Heroin, 1992). Opioider er et samlebegrep for naturlige og syntetiske stoffer med morfinlignende virkning (Opioid, 1992). Nesten alle rusmiddelavhengige personer som injiserer rusmidler, dvs. er sprøytemisbrukere, kan betegnes som opioidavhengige. I denne oppgaven vil begrepene ”rusmisbrukere” og ”narkomane” benyttes som synonymer for å beskrive personer med opioidavhengig rusmisbruk.

I Nasjonal Helseplan 2007 – 2010, påpeker Helse- og omsorgsdepartementet at rusmiddelavhengige ofte har dårlige levekår og helsemessige problemer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006 – 2007). Rusmisbrukere får bl.a. ofte alvorlige bakterielle infeksjoner (Klingsheim, 2003; Ford, Bammer & Becker, 2008) og skader og traumer (Ford et al., 2008). De er i stor grad avhengig av akuttinnleggelse på sykehus (Ibid). Det samsvarer også med egen erfaring etter mange år i somatisk akutthelsetjeneste. En stor andel av pasientene har et underliggende misbruk av injiserende opioider. Med bakgrunn i det, kan det sies at rusmisbrukere er en sentral pasientgruppe på norske sykehus. Det er en pasientgruppe som sykepleiere i somatisk akutthelsetjeneste ofte møter og må være i en behandlingsrelasjon til.

Som nevnt ovenfor, får rusmisbrukere ofte alvorlige bakterielle infeksjoner, skader og traumer (Ford et al., 2008). Dette er tilstander som medfører mye smerte og lidelse. Studier viser at smerte er det viktigste temaet for mer enn 70 prosent av pasientene som legges inn i akuttavdelinger (Duignan & Dunn, 2008). Studier av bl.a. McCaffery & Ferrell (1997) og Morgan B. (2006) viser at narkomane opplever at smertene deres ikke blir erkjent. Samtidig

viser studien til Morgan B. (2006) at mange helsepersonell føler utilstrekkelighet når de har å gjøre med pasienter med rusmisbruk. Smerte fremstår fremdeles som en utfordring for sykepleiere i praksis. Det synes som om særlig smerteproblematikk relatert til pasienter med rusmisbruk er en stor utfordring for sykepleiere. Kunnskap om sykepleieres kompetanse om smerte og smertebehandling generelt, og smerte og smertebehandling relatert til opioidavhengige rusmisbrukere spesielt, kan bidra til at sykepleiere kan møte denne problematikken på en mindre utfordrende måte.

Det kan hevdes at rusmisbrukere har vært en neglisjert pasientgruppe i lang tid. Dette har imidlertid endret seg de siste årene. I Nasjonal helseplan for 2007 – 2010, blir pasienter med rusmisbruk løftet fram som et satsingsområde, deriblant også kompetanseheving hos helsepersonell (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006-2007). Med bakgrunn i nasjonale strategiplaner, kan det hevdes at studiens tema både er aktuelt og relevant.

1.2 Studiens hensikt og nytte

Narkomane pasienter kan synes å være et tema som har hatt begrenset fokus fra helsepersonell og forskere. Det er omfattende litteratur om smerte og smertelindring hos pasienter generelt, men begrenset litteratur som omhandler smerte og smertelindring i forhold til pasienter med rusmisbruk. Det har også vært begrenset fokus på hvordan sykepleiere opplever å arbeide med narkomane. Det er utført få studier om sykepleieres kompetanse om smerte og smertelindring hos narkomane pasienter. Gjennom mange års erfaring med narkomane som pasientgruppe, og problemstillingen smerte og narkomane pasienter, har jeg fått interesse for dette temaet. Egen erfaring har gitt en oppfattelse av at narkomane pasienters smerteopplevelse og smertebehandling er vanskelige tema for sykepleiere. Sykepleiere opplever at det er vanskelig å tro på rusmisbrukeres opplevelse av smerte. Egen erfaring har skapt et inntrykk av at sykepleiere har begrenset kunnskap om smerte, særlig i forhold til smerteopplevelse og smertelindring hos narkomane pasienter. Dette inntrykket bekreftes i studier av bl.a. Drayer, Henderson & Reidenberg (1999); McCaffery, Ferrell & Pasero (2000); Morgan B. (2006) og Ford et al. (2008). Studiens intensjon er derfor å få kunnskap om sykepleieres kompetanse om smerte og smertelindring hos narkomane pasienter, og om det eksisterer barrierer mot smertebehandling. Dersom sykepleiere selv rapporterer om

manglende kompetanse om smerte og smertelindring, kan det være et uttrykk for mangelfull smertebehandling. Studien kan gi nyttig informasjon om hvilke tiltak som eventuelt kan iverksettes for å forbedre smertebehandlingen hos narkomane pasienter.

1.3 Problemstilling

Med bakgrunn i ovennevnte, er studiens problemstilling som følger:

Hvilken kompetanse har sykepleiere om smerte og smertelindring hos pasienter med opioidavhengig rusmisbruk som er innlagt på sykehus, og hvilke barrierer kan påvirke smertebehandling?

Studien vil besvare følgende fem forskningsspørsmål:

1. Hvor får sykepleiere kunnskap om smerte og smertelindring hos pasienter med opioidavhengig rusmisbruk?
2. Hvilken kompetanse har sykepleiere til å mestre smertelindring hos pasienter med opioidavhengig rusmisbruk?
3. Hvilke barrierer mener sykepleiere det er mot smertebehandling hos pasienter med opioidavhengig rusmisbruk på sin arbeidsplass?
4. Hvilke holdninger har sykepleiere til pasienter med opioidavhengig rusmisbruk?
5. Hvordan påvirker sykepleieres tidsbruk på direkte pasientarbeid kompetansen om smerte/smertelindring hos pasienter med opioidavhengig rusmisbruk?

1.4 Avgrensning

Studien vil omfatte sykepleiere som arbeider med narkomane pasienter i en akutt somatisk kontekst. Sykepleiere uten erfaring med denne pasientgruppen vil bli ekskludert fordi de kan ha vanskeligheter med å uttale seg som om temaet. Responsene fra denne gruppen sykepleiere kunne blitt synsing. Da kunne validiteten i målingene som skal gjennomføres i studien blitt svekket og spørsmålene i problemstillingen ville ikke blitt besvart. I tillegg er enhetslederne på de deltakende enhetene ekskludert fra å delta i studien. Jeg er kollega med tre av enhetslederne. For å hindre at det kollegiale forholdet skal påvirke studien, er derfor alle enhetslederne ekskludert fra å delta.

Studien er utført ved to sykehus som er lokalisert i en av landets største byer. Sykehus i mindre distriktskommuner er ekskludert fra studien. Valget om å inkludere sykehus i byområde er gjort fordi det ansees som sannsynlig at det er en opphopning av narkomane personer i byer. Sykepleiere som arbeider på sykehus i byområder vil sannsynligvis ha mer erfaring med opioidavhengige pasienter enn sykepleiere ved distriktssykehus.

Studien blir utført på sykehusavdelinger som primært behandler narkomane pasienter med akuttinnleggelser pga traumer og infeksjoner. Studiens fokus vil derfor være på sykepleieres kompetanse i forhold til akutt smerte. Akutt smerte er definert som smerte med en identifiserbar årsak, og som forventes å være over innen en bestemt tidsramme (Morton, Fontaine, Hudak & Gallo, 2005). Smertene til rusmisbrukere er forårsaket av traume eller infeksjon, og er forventet å bli borte når sykdomstilstanden er lindret.

Det vil senere i oppgaven bli argumentert for kunnskap som en del av kompetansebegrepet. Kunnskap er nært knyttet til pedagogikk som er et omfattende fagområde. I denne oppgaven, vil kunnskapsbegrepet bli avgrenset til dets funksjon relatert til sykepleie og sykepleiepraksis.

1.5 Litteratursøk

Det er utført litteratursøk i følgende databaser; Medline, PubMed, Bibsys, Evidence Based Nursing og Cinahl samt i tidsskriftene Sykepleien og British Medical Journal. Søkeord som er brukt og kombinert i søk er: narkomani, narkomane pasienter, opioider, smerter, smertelindring, barrierer, sykepleiere, sykepleie, kompetanse, holdninger, drug-addicts, drug, pain, pain management, nurses, nursing, barriers, drug-addiction, opioids, competence, competencies og attitude.

Det er også utført søk relatert til forskningsmetoden som er valgt. Søkeord som er brukt og kombinert i søk i de ovennevnte databaser er: kvantitativ metode, quantitative research method og quantitative research methodology.

Til tross for omfattende litteratursøk, ble det ikke funnet norske eller skandinaviske studier om temaet. Det ble generelt funnet begrenset litteratur som omhandler smerte i forhold til opioidavhengige pasienter og narkomane pasienter. Det kan tyde på at det er begrenset

forskningsmiljø. Det reflekteres i litteraturen som brukes i denne oppgaven.

Ulike aspekter av smertebegrepet vil bli belyst av litteratur av bl.a. Ducharme (2000) og Nortvedt & Nortvedt (2001). Videre vil det bli presentert studier om mulige barrierer mot smertebehandling av bl.a. McCaffery et al. (2000). Kelleher (2007) har utført en litteraturgjennomgang om helsepersonells opplevelse om og holdninger til å arbeide med pasienter med rusmisbruk. Denne litteraturgjennomgangen vil bli presentert fordi den gir et nyttig bidrag til å danne et bilde av ovennevnte forhold. Holdningsbegrepet vil bli belyst ut fra den norske sykepleieren og psykologen Kjell Magne Håkonsens (2009) definisjon, hvor trekomponentmodellen har en sentral plass.

Oppgaven vil også presentere utviklingen av kunnskapsbegrepet. Kunnskapsbegrepet i et sykepleiefaglig perspektiv vil i stor grad bygge på den britiske legen Sacketts tanker om evidensbasert medisin (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes & Richardson, 1996), og hvordan kunnskapsbasert sykepleiepraksis bygger på denne teorien.

Rusmisbrukeres smerteopplevelse kan gi et nyttig perspektiv på temaet. Det er få studier som belyser narkomanes smerteopplevelse sett ut fra narkomane pasienters side. En slik studie av Morgan B. (2006) vil bli presentert.

I tillegg til litteratur valgt ut gjennom litteratursøk, er det også brukt litteratur og forelesningsnotater fra studiets pensum. De fleste artiklene som er brukt i oppgaven er evidensbasert.

1.6 Oppgavens oppbygning

Det er en målsetting at presentasjonen av studien er leservennlig. Den er ment å gi økt innsikt og kunnskap for sykepleiere i klinisk arbeid med narkomane pasienter. Med bakgrunn i det, vil det statistiske materialet bli presentert i enkle tabeller. I kapittel 2 vil begreper tilknyttet problemstillingen og forskning innen fagfeltet bli presentert. Kapittel 3 gjør rede studiens metodologi, og kapittel 4 presenterer studiens funn. I kapittel 5 drøftes funnene med basis i det teoretiske fundamentet. I kapittel 6 presenteres en oppsummering og avsluttende betraktninger om studien.

2.0 PRESENTASJON AV TEORETISK RAMME

Fokus i dette kapittelet vil i hovedsak være på begreper og forskning relatert til studiens problemstilling. Som nevnt tidligere, er det publisert få studier om temaet. I særlig grad er det publisert få europeiske studier (Kelleher, 2007). De fleste publiserte studier er amerikanske og australske (Ibid). Denne oppgaven bygger derfor i hovedsak på litteratur fra disse studiene. For å gjøre rapporten mer tilgjengelig for leseren, har jeg oversatt de fleste sitater og litteraturhenvisninger til norsk. Litteraturen som blir presentert har i stor grad de samme argumenter og synspunkter. Gjennom litteratursøk har det vært vanskelig å finne opponerende litteratur. Det kan kanskje forklares med at mesteparten av forskningen innen dette feltet foregår i USA og Australia, og sannsynligvis ved et begrenset antall forskningsinstitusjoner.

2.1 Narkomani/narkomane pasienter

Begrepene "narkomane" og "narkomani" vil bli definert.

"Narkomane" er subjektsformen av begrepet narkomani. Narkomani (fra gresk: "narkun" som betyr lammelse/bedøvelse og "mania" som betyr raseri) er en medisinsk betegnelse for avhengighet av et narkotisk preparat (Narkomani, 1992; Narkomani, 2005). Begrepet kan også ha en sosiologisk og sosialpsykologisk forståelse (Klingsheim, 2003). Narkomani omfatter både de egentlige narkotika som opioider, barbiturater m.fl., og avhengighetsskapende stoffer som amfetaminer, kokain og cannabis (Narkomani, 1992). Til tross for at en rekke ulike preparater omfattes av begrepet narkotika, misbruker 90 % av injiserende rusmisbrukere heroin (Klingsheim, 2003), dvs. opioider (Opioider, 1992). I denne studien er narkomani derfor ensbetydende med misbruk av opioider.

I tillegg til injiserende rusmisbrukere, omfatter begrepet narkomane i denne studien også pasienter som bruker metadon, subutex eller lignende preparater med formål om avvenning fra rusmisbruk (som omfattes av LAR, dvs. legeassistert rehabilitering). Metadon/subutex er narkotiske preparater med samme virkning som morfin/heroin (Metadon, 1992). Disse preparatene er opioider som gir brukerne samme virkning som misbrukere av opioider. En studie av Compton, Charuvastra, Kintaudi & Ling (2000) viser at brukere av metadon viser

mer smerteintoleranse enn personer uten slik bruk. Det er derfor relevant å inkludere brukere av metadon og subutex i begrepet opioidmisbrukere.

Som det kommer frem av definisjonen, har begrepet narkomani både et medisinsk og et sosiologisk perspektiv. Det gjør at sykepleiere ikke kun kan forholde seg til medisinsk kunnskap om narkotika, men også til samfunnets perspektiv på narkotika og rusmisbruk. Det kan tyde på at narkomani er et begrep som, i denne sammenhengen, utvider kunnskapsbegrepet. Det vil bli belyst senere i oppgaven.

Relatert til narkomani, er også begrepet narkotikamisbruk. Den amerikanske psykiatriforeningen, The American Psychiatric Association, (sitert av Drayer et al., 1999, s.439) har definert misbruk av stoff som ”a maladaptive pattern of substance use manifested by recurrent and significant adverse consequences related to the repeated use of substances”. Denne definisjonen fokuserer på at misbruk av stoff som en avvikende handling som gir gjentatte og ugunstige konsekvenser. Definisjonen vektlegger at en slik handling er skadelig for den som utsetter seg for den.

Siden denne oppgaven spesifikt omhandler opioidmisbruk, vil ulike definisjoner av dette begrepet bli presentert. Morgan D., Frost-Pineda & Gold (2006) definerer misbruk av opioider som ”bruk uten en leges foreskrevne resept”. The American Pain Society (sitert av McCaffery & Pasero, 2001) definerer opioidavhengighet som “et mønster av tvangsbruk av narkotika karakterisert av gjentatte behov for et opioid, og behov for å bruke det for andre virkninger enn smertelindring”. Morgan D. et al. (2006) vektlegger kun illegalt bruk av opioider i sin definisjon. The American Pain Society går lengre i definisjonen enn Morgan D. et al. (2006) ved å vektlegge at avhengighet er et kontinuerlig behov. Det er en sentral karakteristikk av avhengighet. Misbrukeren har et kontinuerlig behov for opioider.

Bruk av opioider som smertelindring gir, i seg selv, ikke avhengighet (McCaffery & Pasero, 2001). Pasienter blir, uheldigvis, ofte ”merket” som misbruker uten å bli skikkelig vurdert for smerteopplevelsen (Ibid). Det fører tilbake til det sosiologiske perspektivet på narkomani, og samfunnets syn på rusmisbrukere. Forholdet mellom det sosiologiske perspektivet og sykepleieres holdninger vil bli drøftet senere i oppgaven.

2.2 Kompetanse

Norsk ordbok definerer kompetanse på følgende måte: ”fullgod forutsetning for å gjøre noe, inneha en stilling, tilstrekkelig dyktighet, kvalifikasjoner, utdanninge” (Kompetanse, 2005). Definisjonen ser på kompetanse som et begrep med ulike bestanddeler. Med bakgrunn i definisjonen, kan det sies at kompetanse omfatter et krav om både faktakunnskap og handlingskunnskap.

Selv om definisjonen ovenfor setter krav om både fakta- og handlingskunnskap, er det ulike synspunkt på hva begrepet kompetanse skal omfatte. Cowan, Norman & Coopamah (2005) har gjort en gjennomgang av teori om kompetanse ut fra et sykepleieperspektiv. Den viser at det er liten konsensus om en definisjon av kompetansebegrepet når det gjelder praktisk sykepleie (Cowan et al., 2005). En rekke teoretikere ser på kompetanse kun som en integrasjon av teori og praksis. Peter Jarvis (sitert av Milligan, 1998) beskriver kompetanse som en suksessfull integrasjon av teori og praksis. Denne beskrivelsen deles av Schon (sitert av Milligan, 1998), som hevder at relevant teori ikke er tilstrekkelig dersom den ikke kan iverksettes i praksis. Det viser et perspektiv på sykepleiekompetanse som en integrasjon mellom teori og praksis. Det kan hevdes at dette perspektivet kun har fokus på oppgaver og ferdigheter. Det kan sies at dette perspektivet bygger på endringen i synet på sykepleiekompetanse som skjedde på 1980-tallet.

Tradisjonelt har sykepleiere lært håndverket gjennom en ”læregutt”-modell som i utgangspunktet ble utviklet av Florence Nightingale på slutten av det 19. århundret (Watkins, 2000). Tidlig på 1980-tallet ble det økende oppmerksomhet på at sykepleie i større grad skulle bygge på høyere utdanning fordi det var evidens på at sykepleiepraksis var basert på ritualer istedenfor forskningsbasert evidens (Ibid). Det kan hevdes at det skjedde et paradigmeskifte i synet på sykepleiekompetanse. Nå skulle det i større grad være samsvar mellom sykepleiehandlinger og målbar effekt.

Sykepleieteoretikeren Patricia Benner har definert sykepleiekompetanse som evnen til å utføre en oppgave med et ønsket resultat under varierende forhold i den virkelige verden (Benner, 1984). Benner åpner opp for at det kan være andre forhold enn teori og praksis som påvirker sykepleiekompetanse. Utsagnet ”forhold i den virkelige verden” kan inneholde

sosiale, kulturelle og andre situasjonsbetingede faktorer. Ifølge Benner (1984) må sykepleiere kunne utføre arbeidsoppgaver under varierende forhold. Disse forholdene kan også påvirke utøvelsen av sykepleien. Det kan hevdes at Benner åpner opp for et bredere syn på sykepleiekompetanse og sykepleiepraksis.

Litteraturen beskriver to tilnærminger til en begrepsmessig avklaring av sykepleiekompetanse (Dolan, 2003; McMullen et al., 2003; Watson, Stimpson, Topping & Porock, 2002; Murrels, Robinson & Griffiths, 2009). Den ene tilnærming er ofte referert til som atferdsmessig, hvor fokus er på oppgaver og ferdigheter (Murrels et al., 2009). Den andre tilnærmingen er referert til som "holistisk" hvor kompetanse blir sett på som en sum av mange ulike faktorer som bl.a. kunnskap, evne til kritisk tenkning osv. (Ibid). Det kan hevdes at en holistisk tilnærming bygger på Benners oppfatning om sykepleiekompetanse fordi denne tilnærmingen vektlegger flere faktorer enn kun teori og praksis.

Det er ulike måter å beskrive en holistisk tilnærming til kompetansebegrepet på. Short (1984) har en holistisk tilnærming til begrepet som inkluderer alle dimensjoner, normer, handlinger og intensjoner. Short (1984) hevder videre at kompetanse inkluderer kunnskap, ferdighet, holdninger og utførelse. Praktisk sykepleie krever applikasjon av en kompleks kombinasjon av kunnskap, handling, ferdighet, verdier og holdninger (Cowan et al., 2005). Disse tankene deles av Nagelsmith (1995), som mener at kompetanse er en prosess som omfatter en kombinasjon av kunnskap, ferdigheter, holdninger og verdier. Det fremkommer fra litteraturen at en holistisk tilnærming til kompetansebegrepet i sykepleiefaget, har stor tilslutning. Litteraturen skaper et inntrykk av at en holistisk tilnærming til sykepleiekompetanse er økende innen sykepleiefaget og blant sykepleieteoretikere. Australias sykepleie- og jordmorforening (Australian Nursing & Midwifery Council – ANMC) er en av organisasjonene som har adoptert denne tilnærmingen til sykepleiekompetanse. ANMC (sitert av Gillespie, Chaboyer, Wallis, Chang & Werder, 2009, s.1020) definerer kompetanse på følgende måte: "The combination of skills, knowledge, attitudes, values and abilities that underpin effective and/or superior performance in a profession/occupational area". Som det fremkommer, vektlegger ANMC både kunnskap, ferdigheter og holdninger i synet på sykepleiekompetanse.

Med bakgrunn i litteraturen, kan det hevdes at sykepleiekompetanse ikke bare omfatter en

kombinasjon av teori og praksis, men at bl.a. holdninger også er en faktor som må vektlegges. I den videre diskusjonen i denne oppgaven, vil et holistisk syn på kompetanse legges til grunn. Dette synet reflekteres også i spørreskjemaet som ligger til grunn for denne studien. Det vil derfor bli sett nærmere på kunnskap og holdninger som begreper, og relasjonen mellom begrepene og opioidavhengige rusmisbrukere.

2.2.1 Kunnskap og kunnskap i sykepleiepraksis

Det kan være vanskelig å gi en konkret definisjon av begrepet kunnskap. DeMey (sitert av Parahoo, 1997) har sagt følgende: “vi har sannsynligvis akkumulert en veldig stor mengde kunnskap om det vi anser som vitenskap, men vi har så vidt begynt å forstå hva kunnskap er”. Kunnskap kan fremdeles sies å være en vitenskap hvor kjernen fremdeles er ukjent.

Selv om begrepet kunnskap ikke er ferdig utforsket, er det gjort flere forsøk på å definere det. Filosofen Platon var en av de første som forsøkte å sette ord på begrepet kunnskap. Stumpf (sitert av Leddy & Pepper, 1998) viser til at Platon så på kunnskap som tro som har blitt rettfærdiggjort eller berettiget gjennom årsak. Ifølge Platon er det en nær sammenheng mellom kunnskap og årsak. De tre primære prosessene i kunnskap er: rasjonalisme og empirisme og intuisjon (Leddy & Pepper, 1998). Fra tidlige tider har kunnskap vært sett på som noe man kan observere og årsaksforklare.

De tre ovennevnte primære prosessene i kunnskap er synlig i hovedkildene som sykepleiere historisk har brukt for å få kunnskap. Kildene til kunnskap som sykepleiere bruker i sin sykepleiepraksis er tradisjon, intuisjon, erfaring og studier (Parahoo, 1997). Historisk er sykepleiekunnskap blitt lært gjennom bøker, ”munn-til-munn” og ved å observere andre sykepleieres utøvelse og praksis (Ibid). Mye tradisjonell praksis og utøvelse tar form av ritualer. Rituell praksis og utøvelse vil si å utføre handlinger uten å tenke gjennom handlingene som utføres på en problemløsende, logisk måte (Ibid). Det kan tyde på at egenerfaring og logisk tenkning historisk har hatt liten rolle i sykepleiepraksis.

Ikke alle deler Platons syn på kunnskap som prosesser. Kunnskap kan også bestå av bestanddeler som henger sammen med erfaringsområder. Dette er et synspunkt man kan finne hos Aristoteles som snakker om kunnskap i forskjellige erfaringsområder (Lykkeslett, 2003).

Dette synet på kunnskap deles av blant annet den spanske filosofen José Luis Ramirez. Ramirez (sitert av Lykkeslett, 2003) deler kunnskap inn i faktakunnskap og handlingskunnskap. Handlingskunnskap behøver alltid faktakunnskap som underlag, men er noe annet enn faktakunnskap (Ibid). Med andre ord, faktakunnskap er nødvendig for å få kunnskap gjennom handling. Det kan hevdes at handlingskunnskap tar faktakunnskap til et annet nivå. Teoriene om kunnskap som erfaringsområder kan sies å være relevant for sykepleiekunnskap. Sykepleie består av faktakunnskap, dvs. kunnskap om bl.a. kroppens funksjoner, anatomi og farmakologi, og handlingskunnskap. Sykepleiere må kunne sette i verk tiltak ut fra den faktakunnskapen som de har. Det er en forventning om at sykepleiere opparbeider handlingskunnskap - en kunnskap som gjør en i stand til å handle kompetent til beste for klienter og pasienter (Thomassen, 2006). Sykepleiepraksis har endret seg fra å være rituell utøvelse til å vektlegge logisk tenkning. Det krever faktakunnskap.

I de senere årene har det sentrale begrepet i sykepleiekunnskap vært kunnskapsbasert praksis (evidensbasert sykepleie). Kunnskapsbasert praksis kommer fra begrepet evidensbasert medisin. Den britiske legen David Sackett har definert evidensbasert medisin på følgende måte: "Evidence based medicine is the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients" (Sackett et al., 1996, s.71). Sackett sier videre at å praktisere evidensbasert medisin betyr å integrere individuell klinisk ekspertise med den beste tilgjengelige eksterne kliniske evidens fra systematisk forskning (Ibid). Evidensbasert medisin bygger ikke på forskning alene, men er en kombinasjon av forskning og erfaringsbasert kunnskap. Det kan sies at begrepet bygger på tankene til filosofen Ramirez fordi evidensbasert medisin bygger på tanken om kunnskap som både faktakunnskap og handlingskunnskap, og at handlingskunnskap må ha faktakunnskap som fundament.

Sykepleiefaget har tatt til seg prinsippene i evidensbasert medisin og formulert begrepet evidensbasert sykepleie. På norsk brukes hyppigst begrepet kunnskapsbasert praksis. Nortvedt har definert kunnskapsbasert praksis på følgende måte: "Å utøve kunnskapsbasert praksis er å ta sykepleiefaglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen" (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt & Reinart, 2008, s.15). Denne definisjonen kan sies å omfatte de ulike

synene på kunnskap som er beskrevet tidligere, dvs. kunnskap som prosesser og erfaringsområder.

Som beskrevet i definisjonen, består kunnskapsbasert sykepleie ikke bare av forskningsbasert kunnskap. Erfaringsbasert kunnskap er en viktig bestanddel. Nortvedt et al. (2008) sier at erfaringsbasert kunnskap også er en hjørnestein i sykepleie, og er kunnskap ervervet gjennom å praktisere. Alvsvåg (2009, s. 218) sier det på en annen måte: ”Erfaringsbasert kunnskap er praktisk og situasjonsnær”. Med andre ord, sykepleiere får erfaringsbasert kunnskap gjennom praktisk arbeid i nære pasientsituasjoner. Et håndverk krever læring av erfaringsbasert kunnskap, og er en av kunnskapssøylene til en profesjon (Alvsvåg, 2009). De to andre kunnskapssøylene er vitenskapelig kunnskap og teoretisk praksis/profesjonell praksis (Ibid). Dette viser at dersom man definerer en profesjon i lys av kunnskap, vil både vitenskapelig og erfaringsbasert kunnskap inngå i definisjonen. Nortvedt et al. (2008, s.16) sier det på følgende måte ”Gode møter mellom sykepleier og pasient forutsetter at sykepleiere kan finne, vurdere og bruke forskningsbasert kunnskap i lys av sin erfaring i møte med den individuelle pasienten”. Ut fra dette kan det sies at det ikke er av liten verdi hvor sykepleieren henter kunnskapen fra. Sykepleieres kunnskapskilder kan påvirke sykepleieres kunnskap. Sykepleieres oppfatning om kunnskap kan også påvirke kunnskapen. Også her ser man konturene av Aristoteles’ tanker om kunnskap som bestanddeler og Ramirez’ syn på kunnskap som faktakunnskap og handlingskunnskap.

Erfaringsbasert kunnskap kan også sies å bygge på tankene til den amerikanske filosofen John Dewey. Han er kjent for den pedagogiske tenkningen om at fokus må være på relasjonen mellom kunnskap og handling (Richardson, 1994). Dewey formulerte hensikten med denne relasjonen ved følgende uttrykk: ”Learn to do by knowing, and to know by doing” (McLelland & Dewey, 1914, p. 1). På norsk kan dette forklares med at man lærer ved å ha kunnskap, og man får kunnskap ved å handle. Deweys uttrykk er formulert til en enklere form: ”Learning by doing” (Richardson, 1994). Med bakgrunn i tankene til Dewey, kan man utlede at jo mer man gjør, dess mer kunnskap får man. Med andre ord kan det være en sammenheng mellom erfaring og kunnskapsnivå. Det er derfor relevant å kartlegge om erfaring påvirker sykepleieres kompetanse. Dette vil bli presentert og diskutert senere i oppgaven.

Selv om kunnskapsbasert praksis har fått stor innflytelse, er det kritiske røster til dette begrepet. Martinsen & Boge (2004) kritiserer evidensbasert kunnskap for at det i liten grad gir innsikt i livsfilosofiske spørsmål. De hevder også at begrepet rangerer kunnskap, hvor erfaringsbasert kunnskap er på bunnen av hierarkiet (Martinsen & Boge, 2004). Det kan hevdes at en slik rangering ikke er åpenbar i definisjonen av kunnskapsbasert praksis. Det er vanskelig å finne utsagn i definisjonen som beskriver en rangering av kunnskap.

Evidensbasert medisin er ikke begrenset til randomiserte studier og metaanalyse (Sackett et al., 1996). Det kan synes merkelig dersom slike restriksjoner er gjeldene for kunnskapsbasert sykepleie. Alvsvåg (2009) sier at profesjonalitet i sykepleie er kunnskapsbasert og evidensbasert, men i en annen og utvidet betydning enn medisinsk evidens. Dette kan tyde på at kunnskapsbasert sykepleie har en åpen tilnærming til hvilke former for evidens som kan omfattes av begrepet kunnskapsbasert. Med andre ord kan andre metoder enn randomiserte studier gi nyttig kunnskap til sykepleiepraksis. Erfaringsbasert kunnskap kan ikke alene karakteriseres som evidensbasert kunnskap. Det er en symbiose mellom teoretisk, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker som skaper kunnskapsbasert sykepleiepraksis. Denne forståelsen av begrepet vil bli vektlagt i den videre diskusjonen.

Selv om det er kritiske synspunkter på kunnskapsbasert sykepleie, vil dette begrepet bli vektlagt i den videre diskusjonen om kunnskap siden begrepet har fått en sentral rolle innen sykepleierutdanningen og i utøvelse av sykepleiepraksis.

2.2.2 Holdninger

Norsk ordbok definerer holdning (-er) som ”måte å stille seg på, opptre på i en viss sak, attityde, karakter, standpunkt” (Holdning, 2005). Denne definisjonen kan sies å være individorientert, og i liten grad vektlegge holdninger som en faktor i relasjonen mellom mennesker. En engelsk definisjon kan gi et annet perspektiv på holdningsbegrepet..

BBC English Dictionary definerer det tilsvarende engelske ordet ”attitude” som ”the way you think and feel about something/the way you behave when you are dealing with someone” (Attitude, 1992). Den engelske definisjonen av begrepet omfatter i større grad enn den norske definisjonen vår atferd i forhold til en annen person. Når man skal studere sykepleieres holdninger til opioidavhengige pasienter, vil fokuset være på atferden deres i relasjon til

rusmisbrukere. Det kan hevdes at atferden i forhold til en annen person er sentral når man skal studere relasjonen mellom sykepleier og pasient.

Den norske psykologen Kjell Magne Håkonsen definerer holdninger som ”en holdning er en spesiell tilbøyelighet til å reagere på en bestemt måte overfor andre mennesker, ting eller hendelser” (Håkonsen, 2009, s.205). Også Håkonsen vektlegger vår atferd i forhold til en annen person i sin definisjon av begrepet. Samtidig sier han at det er forutbestemt hvordan vi reagerer/oppfører oss fordi vi på forhånd har gjort oss opp en mening om situasjonen/personen. Holdninger er evaluerende i positiv eller negativ retning, og er ikke noe som forandres på en enkel måte (Ibid). De er noe vi har med oss over tid, og er derfor relativt varige (Ibid). Å forandre holdninger krever ofte arbeid som både er tidkrevende, og som koster noe for den enkelte å gjennomføre (Ibid). Det understreker at holdninger er vanskelig å endre. Det kan i praksis bety at det er mulig å ha andre holdninger enn det som man kunnskapsmessig vet er best. Til tross for at helsepersonell vet hva som er beste praksis, har man sett at de har lojalitet til egne personlige verdier og arbeidsrelaterte holdninger (Coulling, 2005). Det kan tyde på at det ikke nødvendigvis er samsvar mellom sykepleieres atferd og kunnskapen de har. Egne holdninger og kollegaers holdninger kan påvirke atferden i forhold til pasienter.

Holdninger består av tre ulike komponenter (Håkonsen, 2009):

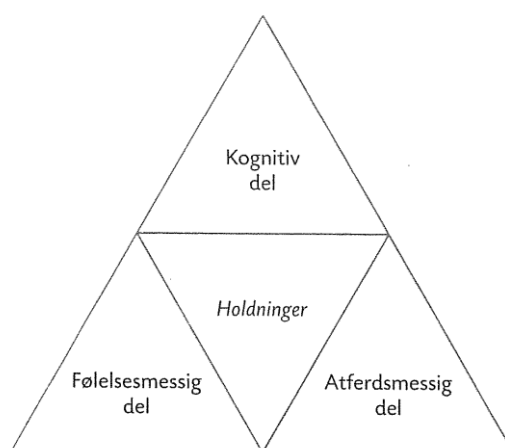


Fig. 1: Trekomponentmodellen

Den kognitive (tankemessige) delen består av de tankene og synspunktene vi får gjennom opplevelser og erfaringer, og det omfatter også det vi lærer om noe (Håkonsen, 2009). Den

følelsesmessige delen innebærer positive eller negative følelser som utløses, og den atferdsmessige delen omfatter hvordan vi handler og reagerer (Ibid). De tre delene som holdninger består av, fungerer ikke isolert fra hverandre. Våre tanker og synspunkter utløser en følelsesmessig reaksjon, som kan være positiv eller negativ. Den følelsesmessige reaksjonen utløser en handling. Det er handlingen som tydeligst uttrykker våre holdninger (Ibid). Det kan tyde på at det er gjennom atferden at holdninger best kommer til syne.

Det er imidlertid ikke slik at holdninger alene påvirker våre handlinger. Situasjonen vi befinner oss i påvirker atferden vår i stor grad (Håkonsen, 2009). Selv om vi har klare holdninger til noe, vil ofte situasjonen vi befinner oss i, gjøre at vi ikke oppfører oss i samsvar med disse holdningene (Ibid). Holdninger påvirkes ikke bare av følelser, men kan også være situasjonsbetenget. Selv om man kan ha negative holdninger til for eksempel rusmisbrukere, kan profesjonalitet gjøre at man har en annen holdning og atferd når man er i situasjonen enn det som holdningen alene skulle tilsi. Det kan derfor være nyttig at sykepleiere har en bevisst oppfatning av holdninger, og er kjent med de faktorene som inngår i begrepet. Det kan gjøre det enklere å ha en profesjonell tilnærming til situasjonen og pasienten som man i utgangspunktet har en negativ holdning til. En litteraturgjennomgang av Kelleher (2007), konkluderer med at helsepersonells holdninger om rusmisbrukere kan påvirke denne pasientgruppens behandling på en negativ måte. En bevissthet til egne holdninger kan bidra til å handle på en annen måte enn holdningene predikerer.

Håkonsens definisjon og beskrivelse av holdninger deles av den danske sykepleieren og psykologen Mette Schilling. Hun påpeker at holdninger baserer seg på permanente tanker, følelser og atferdstendenser som påvirker våre sosiale interaksjoner (Schilling, 2004). Det kan tyde på at våre tanker og følelser påvirker vår sosiale atferd. Også Schilling vektlegger trekomponentmodellen som grunnlag for holdninger. Denne modellen har preget holdningsforskningen gjennom mange årtier (Ibid). Det kan derfor anses som nyttig å legge Håkonsens definisjon på holdninger og trekomponentmodellen til grunn i den videre diskusjonen.

I forhold til samfunnets holdninger, har rusmisbrukere brutt de fleste grenser for hva som er et anstendig menneskeliv (Klingsheim, 2003). Det gjør at synet på narkomane og deres levemåte kan beskrives som negativt hos store grupper i samfunnet, som ikke i samme grad lever på

siden av samfunnet. Det kan forventes at sykepleiere også deler de samme holdningene. Det kan være naivt å tro at ikke sykepleiere påvirkes av samfunnets syn på denne gruppen. Corley and Goren (1998) hevder at sykepleieres holdninger ofte speiler de dominerende holdningene og verdiene i samfunnet. Selv om de opptrer profesjonelt i omsorgsrollen, kan det hevdes at sykepleiere møter narkomane pasienter med en forforståelse, dvs. en bevisst eller ubevisst forventning om hvordan noe kommer til å bli (Aadland, 2002). En avklart oppfatning om kunnskap og holdninger kan bidra til at det sosiologiske perspektivet og samfunnets oppfatning får en mindre sentral rolle for sykepleieres tilnærming til denne pasientgruppen.

Oppsummert kan litteraturgjennomgangen av kompetansebegrepet tyde på at det er relevant med et holistisk syn på kompetanse som en kombinasjon av kunnskap og holdninger. Selv om det er varierende synspunkt på kunnskap, indikerer litteraturen at sykepleiefaget bygger kunnskapsbegrepet på teorien om kunnskapsbasert praksis. Teorien tyder på at kunnskap bidrar til å forme holdninger, sammen med en persons følelser og atferd.

2.3 Smerte

2.3.1 Smerte som fenomen

Smerte er et fenomen som alle sykepleiere møter, ikke minst i en akutt/kritisk kontekst. Et menneskelig fenomen har minst to sider; den objektive realitet slik det er manifestert og observert av andre, og personens subjektive erfaring med fenomenet (Parahoo, 1997). Smerte kan ha to sider fordi fenomenet kan observeres av andre og samtidig erfares av personen som opplever smerte. Som det vil fremkomme senere, er det nødvendigvis ikke samsvar mellom den objektive realiteten og den subjektive erfaringen. Fenomenet smerte kan observeres på en annen måte enn det erfares.

Det er ulike definisjoner på fenomenet smerte. The International Association for the Study of Pain (IASP) definerer smerte på følgende måte: "An unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage" (Pain, IASP, 2007). IASP understreker at smerte er en subjektiv opplevelse. McCaffery (sitert av Almås, 1990, s.67) har uttrykt begrepet smerte på følgende måte: "Smerte er hva som helst pasienten sier at det er, og den opptrer når pasienten selv sier den opptrer". Smerte er også definert som "et multidimensjonalt fenomen som varierer med hvert individ og hver smertefulle opplevelse (Melzack & Katz, 2006; Watt-Watson, Garfinkel,

Gallop, Stevens & Streiner, 2000). Hawthorne and Redmond (1999) har definert smerte som et komplekst og ubehagelig fenomen som indikerer et problem, og som ofte fører til ytterligere fysiologiske, psykologiske og sosiale problemer.

Definisjonene i avsnittet ovenfor har ulike tilnærminger og utgangspunkt til fenomenet smerte. De har til felles at de definerer smerte som en sensorisk og emosjonell opplevelse. Disse definisjonene kan sies å ha et fenomenologisk perspektiv på smerte fordi det ser smerte som en kroppslig erfaring (Nortvedt & Nortvedt, 2001). Disse erfaringene/opplevelsene er subjektive. Dette er også en faktor som definisjonene har til felles. Smerte er et subjektivt fenomen med flerdimensjonale aspekter. Det gjør at smerteopplevelsen påvirkes av mange faktorer, noe som gjør at det kan være vanskelig å vurdere smerten til det enkelte individ. Hvilke aspekter som påvirker den sensoriske og emosjonelle smerteopplevelsen hos den enkelte pasient kan påvirkes av pasientens tidligere opplevelser, og de aspekter som pasienten selv opplever som vanskelige eller viktige. Det kan variere fra individ til individ, og i en sykehuskontekst fra pasient til pasient.

Det faktum at smerte er en subjektiv opplevelse med mange aspekter, kan være en utfordring for helsepersonell. Det er vanskelig å ha objektive målfaktorer for smerteopplevelse. Som Nortvedt & Nortvedt (2001, s.130) sier: ”det er en person som opplever smerte”.

Egenopplevelsen har derfor stor betydning og påvirkning på helsepersonell. Sykepleiere må legge sine personlige holdninger og oppfatninger til side, og møte pasientens smerteopplevelse ut i fra den profesjonelle kompetansen de har. Vi kan betvile smertens realitet, men vi kan ikke avvise den som opplevelse (Nortvedt & Nortvedt, 2001). Det viser de to sidene av smerte som fenomen, den objektive og den subjektive realitet. Det er her den profesjonelles holdninger og ansvar virkelig utfordres (Ibid). Med bakgrunn i det, kan det være viktig å kartlegge hvordan sykepleiere som arbeider med rusmisbrukere opplever denne utfordringen, og hvilket syn de har på rusmisbrukernes egen opplevelse av smerte. Det kan være av betydning om sykepleieres syn på rusmisbrukeres smerte er farget av samfunnets holdninger, eller om det er teori og kunnskap som preger sykepleieres tilnærming til rusmisbrukeres smerteopplevelse.

Det teoretiske grunnlaget for fenomenet smerte vektlegger smerte som en subjektiv opplevelse. Det legges til grunn i den videre diskusjonen i denne oppgaven. Det er mulig å ha

et annet perspektiv på smerte, enn et fenomenologisk. Smerte kan defineres ved å bruke biologisk, psykologisk, medisinsk, sosio-kulturelt eller organisatorisk perspektiv (Cason, Jones, Brock, Maese & Milligan, 1999). I denne sammenhengen, kan et biomedisinsk perspektiv bidra til å komplementere forståelsen av smerte.

2.3.2 Biomedisinsk perspektiv på smerte

Et biomedisinsk perspektiv på smerte kan bidra til å forklare de fysiologiske årsakene til at smerte oppstår, og dermed gi en bedre forståelse av pasientens smerteopplevelse. Det kan ha en positiv påvirkning på smertebehandlingen.

Smerte kan også defineres ut fra et biomedisinsk perspektiv. Polomano, Dunwoody, Krenzieschek & Rathmell (2008) ser på smerte som en ubehagelig, subjektiv opplevelse som et resultat av fysiologisk respons til et mangfold av skadelige mekaniske, termale eller kjemiske stimuli. Denne definisjonen viser bl.a. til fysiologiske årsaker til smerte. Relatert til opioidavhengige pasienter, er fysiologisk smerte (nociseptive smerte) en faktor som må vektlegges. Ifølge The American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management (sitert av Polomano et al., 2008), er nociseptive smerte generert av skadelig stimuli fra sykdom, skade, kirurgiske prosedyrer, komplikasjoner, innleggelse av tuber og dren eller andre invasive prosedyrer. Nocicepsjon kan defineres som persepsjon og overførsel av smertefulle eller skadelige stimuli (Polomano et al., 2008). Som tidligere nevnt, får rusmisbrukere ofte alvorlige bakterielle infeksjoner, skader og traumer (Ford et al., 2008). Abscess pga bomskudd og kirurgiske inngrep er stimuli som virker vevsskadelig og fremkaller nociseptive smerter (Nash, Edwards & Nebeuer, 1993). Det viser at rusmisbrukeres sykdomstilstander som fører til sykehusinnleggelse gir fysiologisk smerte. Som det vil bli beskrevet senere i kapitlet, påvirker opioidmisbruk opplevelsen av fysiologisk smerte. Forståelsen av fysiologiske årsaker til smerte kan bidra til en bedre innsikt i rusmisbrukeres smerte og smerteopplevelse.

Fysiologisk smerte som ikke blir tilstrekkelig lindret påfører pasienter ytterligere lidelse. Pasienter blir økende mer sensitive til smertefulle stimuli dess lengre smerten er ukontrollert (Ducharme, 2000). Økt sensitivitet fører til økt sentral aktivitet, noe som gir hyperalgesi og allodyni (Ibid). Hyperalgesi er tilstanden hvor smertefulle stimulus forårsaker mer smerte

enn det som normalt forventes, mens allodyni er en tilstand hvor ikke-smertefulle stimuli gir smerte (Ibid). Det er ikke bare ukontrollert smerte i forbindelse med infeksjoner eller traumer som kan ha en negativ påvirkning på smertesensitiviteten. En rekke studier viser at misbruk av opioider i seg selv kan gi forandringer i smerteintensiteten, dvs. føre til hyperalgesi og allodyni (Pud, Cohen, Lawental & Eisenberg, 2006; Morgan D. et al., 2006). Det kan tyde på at rusmisbrukeres smerte kan være sterkere enn smerten til pasienter uten rusmisbruk.

Kunnskap om fysiologiske årsaker til smerte kan gi sykepleiere en forståelse av konsekvensene av opioidmisbruk. Kjennskap til begrepene hyperalgesi og allodyni kan ha betydning for hvordan rusmisbrukeres smerteopplevelse skal forstås. De har også betydning for sykepleiere når de utfører forskjellige prosedyrer som kan utløse smerte.

Teorien viser at det er en forskjell mellom det fenomenologiske perspektivet og det biomedisinske perspektivet på smerte. Det biomedisinske perspektivet forklarer årsaker til hvorfor smerte oppstår, og hvilke konsekvenser opioidmisbruk har på smerte. Det betyr ikke at dette perspektivet er av større betydning for forståelsen av begrepet smerte enn det fenomenologiske perspektivet. Det biomedisinske perspektivet omhandler fysiologi, mens det fenomenologiske perspektivet omhandler opplevelsen av å være rammet av smerte. Det kan sies at det fenomenologiske perspektivet er mer pasientnært fordi det går inn i kjernen av pasientens subjektive opplevelse og erfaring med fenomenet smerte. Sammen gir det fenomenologiske og det biomedisinske perspektivet en mer komplett forståelse av smerte. Denne forståelsen kan ha betydning for hvordan sykepleiere agerer i forhold til smerteopplevelsen og ansvarsoppfatning. Som det vil bli beskrevet senere, kan det biomedisinske perspektivet bidra til en bedre forståelse av narkomane pasienters smerteopplevelse. Oppgavens videre diskusjon av smerte bygger på både det fenomenologiske og det biomedisinske perspektivet av fenomenet smerte.

2.4 Sykepleiere, kompetanse, smerte og rusmisbrukere

Smerte fortsetter å være et vanlig fenomen i sykehus som behandler akutt syke og som sykepleiere møter på (Edwards et al., 2001). Underbehandling av smerte av pasienter generelt, er omfattende og har vært dokumentert for mer enn 25 år (McCaffery et al., 2000). Også Drayer et al. (1999) hevder at underbehandling av akutt smerte og smerte hos pasienter på sykehus har vært dokumentert gjentatte ganger. Omtrent 50 % av pasienter rapporterer at

smertelindringen er utilfredsstillende (Polomano et al., 2008). Ifølge teorien, er smerte og mangelfull smertelindring en stor utfordring for sykepleiere. De ovennevnte studiene omfattet pasienter generelt, og ikke rusmisbrukere spesielt. Det vil allikevel være feil å anta at situasjonen er bedre for rusmisbrukere som er pasienter. Som tidligere beskrevet, kan opioidavhengig misbruk i seg selv føre til økt smertesensitivitet med hyperalgesi og allodyni som resultat. Det kan derfor antas at rusmisbrukere har mer smerte enn pasienter uten rusmisbruk. Det kan også være riktig å anta at andelen rusmisbrukere som opplever utilfredsstillende smertelindring er høyere enn det som er tilfellet for pasienter uten rusmisbruk. Selv om det trengs ytterligere forskning på området, må man ut fra den forskningen som er gjort hittil forstå det slik at misbrukere av opioider føler både mer og sterkere smerte enn personer uten rusmisbruk. Det er en viktig faktor som bør vektlegges i smertebehandlingen av opioidavhengige pasienter.

En rekke faktorer har blitt identifisert som årsak til at pasienter opplever smerte. En faktor er sykepleieres motvilje mot å administrere analgetiske preparater (Drayer et al., 1999). Sloman, Rosen, Rom & Shir (2004) fant i en studie at sykepleiere signifikant underestimerer smerteopplevelse, smerteeffekt, smerte ved bevegelse og ro, og total smerteintensitet. Dette funnet samsvarer med Drayer et al. (1999), som hevder at sykepleieres tro på at pasienter overdriver smerteopplevelsen fortsatt er stor. Funnene til Drayer et al. (1999) viser videre at sykepleiere tror at smerten er mindre intens enn det pasientene sa den var. Dette funnet samsvarer med resultatet i en studie utført av Grossmann, Sheidler, Swedeen, Muchenski & Piantadasi (1991). Sykepleiere tror også at pasientene vil gradere smerten som sterkere enn den i realiteten er (Drayer et al., 1999). Forskningen tyder på at sykepleiere vurderer pasienters smerte som mindre enn det pasientene selv rapporterer. Det kan forårsakes av både kunnskapsmangel og mistro til pasienters egen opplevelse. Mistro blir dannet av holdninger. Det viser at holdninger er en faktor som påvirker smertebehandlingen. Noen av årsakene vil bli belyst i forhold til rusmisbrukere.

En årsak kan være motvilje mot å administrere smertestillende medikamenter. Motvilje mot å administrere analgetiske preparater er ikke minst stor hos sykepleiere som behandler rusmisbrukere. En studie av McCaffery & Robinson (2002) viser en overdreven frykt for å bidra til avhengighet ved bruk av opioider som smertestillende preparat blant sykepleiere, selv om opioider kan være effektivt som smertelindrende medikament hos pasienter med

nociceptive smerter (Broeckmans, Vanderschueren, Morion, Kumas & Evers, 2003). Ifølge Compton & McCaffery (2001), er det ingen vitenskapelige bevis for at bruk av opioider i smertelindrende hensikt øker misbruksproblematikken hos opioidavhengige misbrukere. Forskningen tyder på at sykepleiere har mangelfull kunnskap om farmakologi, smertevurdering, avhengighet og smertepåvirkning hos opioidavhengige misbrukere. Det kan påvirke smertebehandlingen hos rusmisbrukere. En litteraturgjennomgang av Kelleher (2007) indikerer at helsepersonells kunnskap om rusmisbrukere påvirker omsorgen for misbrukerne på en negativ måte. En studie av Happel, Carta & Pinikahana (2002) viste at majoriteten av sykepleiere som deltok i studien mente de ikke hadde mye kunnskap om omsorg for rusmisbrukere. Også Morgan B. (2006) argumenterer for at mangel på kunnskap blant helsepersonell om avhengighet og smertehåndtering er barrierer mot tilstrekkelig smertelindring når pasienten har et problem med eller historie med rusmisbruk. Litteraturen peker ganske entydig på at sykepleiere har utilstrekkelig kunnskap om smerte og smertelindring hos pasienter generelt, og rusmisbrukere spesielt. Det kan gjøre at rusmisbrukere får dårligere smertebehandling enn pasienter uten rusmisbruk. Problemet med ubehandlet smerte forsterkes dersom pasienten har et problem med eller historie av rusmisbruk (Morgan B., 2006). Det understreker at det er viktig at sykepleiere har gode kunnskaper om smerte når de arbeider med rusmisbrukere.

Det er også andre forhold som stiller spesielle krav til sykepleiere i relasjon til rusmisbrukere. Narkomane har en livssituasjon preget av psykiske og fysiske lidelser (Klingsheim, 2003). Det gir dårligere levevilkår sammenlignet med befolkningen generelt. Det kan påvirke narkomanes evne til å gå inn i en kommunikasjonsmessig relasjon til andre (Ibid). Narkomanes evne til å kommunisere smerteopplevelse kan med bakgrunn i det påvirkes. Det kan være en større utfordring for den narkomane pasienten å gi uttrykk for smerteopplevelsen enn for andre pasientgrupper. Sykepleieres samhandling med rusmisbrukere kan være viktig for å kartlegge rusmisbrukeres smerteopplevelse. Det setter krav til sykepleieres kunnskap og engasjement.

Rusmisbrukeres opplevelse av hvordan smerteopplevelsene blir møtt av sykepleiere kan gi et annet perspektiv på temaet. Gjennom litteratursøk, har jeg prøvd å finne studier som kan belyse hvordan narkomane pasienter opplever smerte og hvordan sykepleiere responderer på de opplevelsene. Det er gjort svært få slike studier. Morgan B. (2006) har utført en studie med

grounded theory tilnærming til å intervju 18 rusmisbrukere som hadde en smertefull medisinsk tilstand. Alle deltakerne hadde en alvorlig infeksjonstilstand som et resultat av rusmisbruket. Alle deltakerne brukte bl.a. opioider. Det ble også gjennomført to fokusgruppeintervjuer med fem sykepleiere i hver gruppe. Studien identifiserte manglende respekt fra ansatte for rusmisbrukere som mennesker (Morgan B., 2006). Rusmisbrukerne følte at deres behov, frykt, følelser og smerte ikke ble erkjent (Ibid). Mange helsepersonell føler utilstrekkelighet når de har å gjøre med pasienter med rusmisbruk som har smerte, og er ofte motvillig til å behandle denne pasientgruppen (Ibid). Studien viste at pasienter med smerte og rusmisbruk trenger klinikere som er respektfull og har kunnskap om smertebehandling og rusmisbruk (Ibid). Forskningen tyder på at rusmisbrukere opplever at deres smerteopplevelse og følelser blir møtt med mistro av sykepleiere. Den tyder også på at kunnskapsmangel gjør det vanskelig for sykepleiere å gå inn i rusmisbrukeres smerteopplevelse.

Oppsummert kan litteraturgjennomgangen om sykepleiere, kompetanse og smertebehandling tyde på at sykepleiere har mangelfull kunnskap om pasienter med opioidavhengighet. Kun 25 prosent av sykepleierne som deltok i studien til Ford et al. (2008) følte at de hadde en tilstrekkelig god kunnskapsmessig bakgrunn for å være i sykepleierrollen ovenfor rusmisbrukere. Konsekvensen av dette er at smertebehandlingen som tilbys opioidavhengige rusmisbrukere kan synes å være dårligere enn smertebehandlingen som tilbys pasienter uten rusmisbruk. Sykepleieres kompetanse om smertebehandling vil senere bli diskutert med bakgrunn i resultatet fra studien.

2.5 Sykepleiere og holdninger

Det er tidligere argumentert for at kompetanse består av bl.a. kunnskap og holdninger. Kelleher (2007) har gjort en litteraturgjennomgang av hovedsakelig australske og amerikanske artikler om sykepleiere og holdninger til rusmisbrukere. Funn i studier av Happel & Taylor (2001) og Pinikahana, Happell & Carta (2002) viste at helsepersonell som arbeidet innen generell helsetjeneste ser på pleie av pasienter med rusrelaterte problemer som en vanskelig og ubehagelig erfaring. Disse resultatene støttes av Gerace, Hughes & Spurt (1995) i en amerikansk studie som viser at sykepleiere ofte har moralistiske, stereotypiske og pessimistiske holdninger omkring rusmisbruk. Ford et al. (2008) viser til studier utført av

Carroll (1999) og Ludwig et al. (1996) som viser at sykepleiere responderer negativt på pasienters negative personlige karakteristikker og oppførsel. En studie av Happel & Taylor (2001) støtter disse funnene. Kellehers (2007) litteraturgjennomgang viser også at sykepleiere ofte har et moralistisk, stereotypet og negativt syn på rusmisbruk. Denne litteraturgjennomgangen tyder på at sykepleiere har en negativ holdning til rusmisbrukere og det å være i en behandlingsrelasjon til dem. Helsepersonells kunnskaper og holdninger til rusmisbruk og rusmisbrukere kan på en negativ måte påvirke omsorgen disse pasientene får (Kelleher, 2007). Litteraturen kan sies å være entydig når den peker på at sykepleiere synes det er vanskelig å arbeide med rusmisbrukere. Den gir et inntrykk av at sykepleiere møter rusmisbrukere med holdninger som er farget av samfunnets og egne holdninger som kan beskrives som negative. Disse holdningene kan bidra til å definere sykepleieres kompetanse om smertelindring.

Gjennom fokusgruppeintervju, fant Morgan B. (2006) at sykepleiere beskrev det som vanskelig å forholde seg til rusmisbrukere. Klarhet om virkningen av stigmatisering og personalets egne reaksjoner på ”vanskelige pasienter” er viktig (Ibid). Det vil være nyttig for helsepersonell å anerkjenne de følelsene som de har når det gjelder narkomane pasienter. Negative følelser kan være en barriere mot tilstrekkelig smertelindring. En oppfatning av egne holdninger til rusmisbrukere kan bidra til at følelser i mindre grad påvirker smertebehandlingen.

Begrepet ” *den vanskelige pasient* ” er vanlig blant sykepleiere. Det er begrenset forskning på dette begrepet (MacDonald, 2003). Det er identifisert tre karakteristikk med ”den vanskelige pasient”: Oppførselen er i konflikt med forventet pasientrolle, tilstedeværelsen av spesielle personlige karakteristikk som er i konflikt med sykepleierens verdier og en oppførsel som sykepleieren opplever utfordrer hennes/hans kompetanse og kontroll (Ibid). Med bakgrunn i litteraturen, er det vanlig at sykepleiere omtaler pasienter med begreper som kan være stigmatiserende. Dersom rusmisbrukere omtales som rusmiddelsøkende eller vanskelig, vil det være en forforståelse som preger holdningene til sykepleiere i møtet med pasienten. Stigmatiserende betegnelser kan også prege sykepleieres kompetanse, siden holdninger er en av faktorene som omfattes av kompetansebegrepet.

Det er en tendens til at pasienter med misbruksproblematikk blir omtalt som

”rusmiddelsøkende” fordi de har stort fokus på rusmidler. Sykepleiere opplever rusmisbrukeres atferd som masing for å få smertestillende. Begrepet ”rusmiddelsøkende” er dårlig definert. (McCaffery, Grimm, Pasero, Ferrell & Uman, 2004). Goldman (sitert av McCaffery et al., 2004) definerer begrepet som personer som får tak i rusmidler for å selge dem på gaten, mens Compton (sitert av McCaffery et al., 2004) definerer det som en væremåte for å få medikamenter som omfatter å passe på klokken, forespørsel om å få medikamenter tidligere enn ordinert og hamstring av analgetiske preparater. Litteraturen viser at det er stor variasjon i hvordan rusmiddelsøkende som begrep defineres. En studie er utført for å kartlegge hvordan sykepleiere definerer begrepet. Den viste at 2/3 av sykepleierne mente begrepet omfatter pasienter som er avhengig av opioider, som misbruker smertestillende medikamenter, og som har en manipulerende atferd (McCaffery et al., 2004). Over halvparten av sykepleierne svarte at de brukte begrepet for å omtale pasienter (Ibid). Begrepet brukes ofte om pasienter som oppleves som vanskelige, og hvor sykepleiere føler at de utfordres om hvem som er i kontroll i sykepleie – pasient møtet (Ibid). Det er ikke uvanlig å omtale rusmisbrukere som rusmiddelsøkende, et ord som kan beskrives som å være negativt ladet. Det kan tyde på at sykepleiere har en mer negativt ladet definisjon av begrepet enn de ovenstående definisjonene.

Det kan se ut som at bruk av negativt ladete ord i omtalen av rusmisbrukere også påvirker sykepleieres tiltro til pasientene. Selv om sykepleiere erkjenner underbehandling av smerte, mente kun 1/4 av sykepleierne som deltok i studien til McCaffery et al. (2004) at pasienter som de beskriver som rusmiddelsøkende har ubehandlet smerte. Ved å bruke negativt ladete ord i omtalen av pasienter, påvirkes holdninger og tiltroen til pasientene negativt. The American Society for Pain Management Nurses, ASPN, (sitert av McCaffery et al., 2004) anbefaler at et begrep som rusmiddelsøkende ikke brukes fordi det skaper fordommer og barrierer mot omsorg. Bruk av negative ord i omtalen av pasienter kan være en barriere mot smertebehandling, og gi utilfredsstillende smertelindring.

2.6 Barrierer mot smertebehandling

Litteraturen nevner en rekke faktorer som kan være barrierer mot smertebehandling. Barrierene omfatter et bredt spekter av årsaker. McCaffery et al. (2000) har identifisert tre faktorer: utilstrekkelig kompetanse om smertebehandling, dårlig evaluering av smerte og lav

prioritet til å gi smertebehandling som barrierer mot smertelindring (McCaffery et al., 2000). Kunnskapsmangel er også en årsak oppgitt av King (2004), som identifiserte at sykepleiere bekreftet at de har begrenset kunnskap og forståelse av farmakologi. Hamilton & Edgar (1992) fant at sykepleiere hadde ukorrekt eller utilstrekkelig kunnskap om basisbegreper og prinsipper på følgende tema: Forskjellene mellom akutt og kronisk smerte, risikoen for avhengighet, varighet av analgesi og ekvivalente doser av analgesi. Forskningen tyder på at kunnskapsmangel som barriere mot smertebehandling omfatter et bredt spekter av tema innen smerte og farmakologi, og at kunnskapsmangel er en tilstedeværende barriere.

Mangel på teoretisk kunnskap om smerte er ikke eneste barriere mot smertebehandling. I en litteraturgjennomgang av Nash et al. (1993) refereres det til studier av Cherap (1978), Fox (1982), Saxey (1986) og Watt-Watson (1987) som identifiserte at sykepleiere mangler kunnskap om smertevurdering. Det støttes av Drayer et al. (1999) som fant at dårlig smertevurdering er en barriere mot god smertebehandling. Med bakgrunn i forskningen, kan det hevdes at mangelfull smertevurdering har vært en barriere mot smertebehandling i flere tiår. Manias, Botti & Bucknell (2002) hevder at sykepleieres persepsjon av smerte kan være basert på egen kunnskap, tidligere erfaring med smerte, pasientens alder, kjønn og kultur og type operasjon pasienten har gått igjennom. Sykepleieforskningen skaper en oppfatning av at erfaringsbasert kunnskap ikke er tilstrekkelig for å få kompetanse om smerte og rusmisbruk. Dersom sykepleieres egen kunnskap og tidligere erfaring hadde vært tilstrekkelig som grunnlag for smertevurdering, kan det hevdes at forskningen ikke ville ha avdekket mangelfull smertebehandling slik tilfellet er. En mulig forklaring på at denne situasjonen vedvarer, er sykepleieres mangel på å erkjenne egen kunnskapsmangel og behovet for endring (Wallace, Reed, Pacero & Olsson, 1995). Erkjennelse av kunnskapsmangel er en forutsetning for å oppnå endring. Det må nevnes at de ovennevnte studier ikke spesifikt er utført på pasienter med rusmisbruk, men på et bredt spekter av pasienter. De kan allikevel sies å ha relevans for rusmisbrukere. Som tidligere beskrevet kan misbruk av opioider i seg selv øke smertesensitiviteten. Dersom det skulle være avvik mellom rusmisbrukere og ikke-narkomane pasienter, vil de trolig være av negativ karakter, dvs. at smertevurderingen hos narkomane pasienter vil være dårligere enn hos ikke-narkomane pasienter.

En observasjonsstudie gjort i 12 studiefelt av Manias et al. (2002) identifiserte fire hovedtema som barrierer til effektiv smertelindring: sykepleieres respons til forstyrrende aktiviteter

relatert til smerte, sykepleieres oppmerksomhet til pasienters tegn på smerte, sykepleieres ulike måter å tolke smerte, og sykepleieres forsøk på å forholde seg til konkurrerende krav fra andre sykepleiere, leger og pasienter (Manias et al., 2002). Denne studien viser at andre faktorer enn kunnskapsmangel kan være barrierer mot smertelindring. Også organisatoriske og holdningsmessige årsaker kan ha betydning.

En organisatorisk faktor kan være autonomi. Selv om det kan påstås at sykepleieren har en selvstendig rolle i smertevurdering og administrering av smertelindrende behandling, har sykepleieren ikke fullstendig kontroll over alle avgjørelser som gjelder smertebehandling av en pasient. I den forbindelse må ordinasjon av medikamenter nevnes som en særlig faktor (Wilson, 2007). Ordinasjon blir utført av en annen faggruppe. Det kan føre til at sykepleieren anser sin rolle som underordnet i forhold til smertebehandling av pasienten (Ibid). Det er også mulig at sykepleieren ikke vurderer den forordnede behandlingen ut fra kunnskapsbasert praksis slik at pasienten får for liten dose medikamenter. Begge situasjoner vil være barrierer mot tilstrekkelig smertebehandling. En studie som har evaluert en britisk ordning med sykepleieordinasjon av bestemte smertestillende medikamenter viser at sykepleiere opplever å få økt autonomi (Stenner & Courtney, 2008). Det fører til at pasientene får raskere hjelp fordi sykepleiere selv kan gjøre endringer til pasientens behov (Ibid). Manglende autonomi til selv å vurdere og sette i verk medikamentell smertelindrende tiltak kan være en barriere mot smertebehandling hos pasienter med rusmisbruk. Det vil senere bli beskrevet hvordan forholdet mellom faggrupper kan være en organisatorisk barriere.

En organisatorisk faktor som kan være en barriere mot smertelindring, kan være dårlig definerte rutiner eller manglende prioritet av smertebehandling (Huang, Cunningham, Laurito & Chen, 2001). Denne formen for barriere er den mest vanskelige å overvinne fordi den ofte involverer strukturelle endringer (Ibid). Det kan hevdes at det er vanskelig for sykepleiere å overkomme slike barrierer. Manglende rutiner involverer ikke bare andre faggrupper som leger, men også ledere. Det kan oppleves som en større utfordring å bygge ned barrierer dersom dette må gjøres på ledelsesnivå, særlig dersom ledelsesnivået oppleves å ha motstand mot endringer.

Som nevnt kan forholdet mellom ulike faggrupper også være en barriere mot smertebehandling. I denne sammenhengen er forholdet mellom sykepleiere og leger aktuelt.

Tradisjonelt har leger og sykepleiere skyldt på hverandre for dårlig smertebehandling (Haigh, 2008). Sykepleiere klager på at leger ikke foreskriver smertestillende medikamenter i tilstrekkelig dose (Ibid). Når de gjør det, er sykepleiere tilbakeholdne med å administrere analgesia til full effekt (Ibid). Det kan tyde på manglende samarbeid mellom sykepleiere og leger, noe som kan hindre god smertebehandling. Manglende samarbeid kan bli en organisatorisk barriere dersom det mangler tilstrekkelige rutiner for ordinasjon og administrering av smertestillende medikamenter. Som det fremkommer, kan en blanding av ulike barrierer være tilstede, både organisatoriske og kunnskapsmangel. Kartlegging av hvilke former for barrierer som er tilstede kan bidra til å bygge ned barrierene, og bidra til bedre smertebehandling. Ulike former for barrierer krever ulike former for løsninger. Organisatoriske faktorer krever handling på ledelsesnivå, og en annen form for motivering av organisasjonen enn andre barrierer krever. Barrierer som skyldes kunnskapsmangel kan også kreve involvering fra ledelsesnivå, men ikke nødvendigvis. Det kan være mulig for den enkelte sykepleier å øke sitt kunnskapsnivå på eget initiativ, og dermed sette seg i en bedre situasjon til å håndtere de utfordringene hun/han møter i forhold til smertevurdering og smertelindring.

Det er tidligere nevnt at holdninger kan være barrierer mot smertebehandling. Corley & Coren (1998) hevder at sykepleieres væremåte ofte speiler det som er de dominerende verdiene i samfunnet. Gjennom fokusgruppeintervjuer ble dette synspunktet bekreftet (Morgan B., 2006). Det kan hevdes at sykepleiere kan forsterke opplevelsen av negative personlige karakteristikk og oppførsel dersom de har en forforståelse overfor pasienten som gjør at de i utgangspunktet har en negativ holdning til pasientgruppen. Det kan også ha en motsatt effekt hvor opplevelsen av pasienters negative oppførsel kan underbygge og forsterke en negativ forforståelse mot den aktuelle pasientgruppen. Begge forhold vil virke som barrierer mot god smertebehandling. En rekke studier viser at holdninger er viktig for sykepleieres relasjon til rusmisbrukere, og at negative holdninger kan være barrierer mot smertebehandling. I motsetning til andre studiene, viser studien til Ford et al. (2008) at holdninger ikke er viktig for sykepleieres relasjon til rusmisbrukere. Det har ikke vært mulig å finne andre studier som viser tilsvarende funn. Howard & Chung (2000) hevder, etter en litteraturgjennomgang, at sykepleieres holdninger til rusmisbrukere synes å være mer positive nå enn de var for noen tiår siden. Til tross for at forskningen har en sprikende oppfatning om sykepleieres holdninger til rusmisbrukere, synes den å peke på at det fremdeles eksisterer negative holdninger blant sykepleiere, som kan være barrierer mot god smertebehandling hos rusmisbrukere.

Det kan også være pasientbarrierer mot smertebehandling. Pasientbarrierer kan være relatert til faktorer som hindrer pasienter å rapportere smerten sin (Carr, 2007). I denne sammenhengen kan det være rusmisbrukeres reduserte evne til å kommunisere smerteopplevelsen (Klingsheim, 2003). Manglende smerterapportering fra pasienter kan føre til at sykepleiere ikke iverksetter nødvendige tiltak, og er derfor en barriere mot god smertebehandling. Tilstedeværelse av pasientbarrierer setter spesielle krav til sykepleieres kompetanse om smerte og smertebehandling.

3.0 METODOLOGI

Dette kapittelet presenterer studiens metodologi. Det vil også bli gitt en kort innføring i Cook og Campbells validitetssystem og face-validering. Videre vil relevante validitetskriterier og trusler bli drøftet.

3.1 Metodevalg

Kvantitativ metode ble valgt som forskningsmetode i denne studien. Kvantitativ metode er definert som ”the investigation of phenomena that lend themselves to precise measurement and qualification, often involving a rigorous and controlled design” (Polit & Beck, 2004, s.164). Med andre ord skal denne metoden brukes til å undersøke fenomener som kan måles eller tallfestes. Det vitenskapsteoretiske grunnlaget som kvantitativ forskningsmetode bygger på er en positivistisk tilnærming. Denne tilnærmingen har som utgangspunkt at vitenskap skal beskjeftige seg med ting som kan konstateres eller iakttas, og at vitenskap skal begrense seg til å beskrive fakta (Thornquist, 2003). Det var avgjørende for valget av metode. Studiens intensjon var å beskrive fakta om en gruppe. Fakta skulle beskrives ved å måle og tallfeste de faktorene som ble målt.

Som tidligere nevnt, var studiens intensjon å kartlegge og beskrive sykepleieres kompetanse om smerte og smertelindring. Jo flere sykepleiere som ble inkludert i studien, jo sikrere kunne resultatet eventuelt generaliseres. Med andre ord var man ute etter en statistisk mengde data som kunne beskrive sykepleieres kompetanse. Det kan hevdes at kvantitativ forskningsmetode var den metoden som hadde tilgjengelige metoder til å samle inn en stor mengde data. Med bakgrunn i det, ville kvantitativ forskningsmetode bidra til å besvare studiens problemstilling. Kvantitativ metode brukes til å undersøke fenomener som kan måles (Polit & Beck, 2004). Studiens intensjon var å måle sykepleieres kompetanse ved å bruke tall.

Med bakgrunn i teorien, kan det hevdes at det var riktig å bruke den positivistiske retningen og kvantitativ forskningsmetode som grunnlag i denne studien, fordi studiens intensjon var å kartlegge og beskrive fakta om sykepleieres kompetanse. Slik jeg ser det, oppfylte studiens intensjon de krav som stilles til en positivistisk tilnærming. Det positivistiske språket er matematikk, fordi kjensgjerninger skal kunne gjengis presist, objektivt og nøytralt (Thornquist, 2003). Det var et ønske om å besvare problemstillingen objektivt og ved bruk av

tall. Kvantitativ metode bruker statistiske prosedyrer for å analysere data (Polit & Beck, 2004). Statistisk analyse for denne studien vil bli drøftet senere i kapittelet.

3.1.1 Design

I denne studien ble det valgt ikke-eksperimentelt design. Studien var en deskriptiv tverrsnittsstudie, hvor det ble brukt survey-metoden (kartlegging) for å innhente data. Instrumentet som ble brukt til datainnsamling var et spørreskjema med lukkede spørsmål.

Som nevnt tidligere, var formålet med studien å måle og beskrive fakta om sykepleieres kompetanse slik den fremstod. Det ble ikke gjort forsøk på å påvirke eller endre noe gjennom f. eks. undervisning eller opplæring. I dette ligger kriteriet for ikke-eksperimentelle design (Polit & Beck, 2004). Slikt design kan betegnes som svakt når det gjelder å trekke slutninger om årsak fordi man ikke manipulerer uavhengig variabel. Siden denne studien ikke var ute etter kausale slutninger, kan det hevdes at ikke-eksperimentell design var relevant.

Som nevnt, var det ikke-eksperimentelle designet som ble brukt i denne studien survey. En survey (kartlegging) er et design for å innhente informasjon fra populasjoner bl.a. vedrørende prevalens og distribusjon (Polit & Beck, 2004). Hovedmetodene for datainnsamling i survey er spørreskjema og strukturerte/semi-strukturerte intervjuer (Ibid). Spørreskjema i kvantitative studier kan ha åpne spørsmål, dvs. respondentene svarer med egne ord, eller lukkede spørsmål dvs. respondentene får alternative svarmuligheter som de må velge mellom (Ibid). Det er mer effektivt å bruke lukkede spørsmål fordi respondentene bruker en mer begrenset tid på å svare på spørsmålene (Ibid). Analysen av åpne spørsmål er vanskeligere og mer tidkrevende enn analysen av lukkede spørsmål (Ibid). Valget av design ble gjort ut fra det som best ville gi den informasjonen studien var ute etter å innhente. Samtidig var det en målsetting å velge design som var mest mulig hensiktsmessig i forhold til den tidsrammen som var tilgjengelig for denne studien. Det var også en målsetting å velge design som gjorde det enkelt for sykepleiere å delta i studien. Det kan hevdes at sykepleiere kunne oppleve det som enklere å delta dersom de ikke trengte å formulere egne svar. I en travel hverdag, ville det også være mindre tidkrevende å fylle ut et spørreskjema ved å sette kryss, fremfor å formulere egne svar. Det kunne bidra til økt motivasjon til å delta. Strukturerte metoder brukes fremst i beskrivende studier (Brink & Wood, 1998). Det kan tyde på at det var riktig å bruke et lukket spørreskjema fordi det oppfylte behovet for struktur.

I denne studien ble data samlet inn i løpet av en bestemt tidsperiode. Innsamling av data ble ikke repetert, dvs. data ble kun samlet inn i det gitte tidsrommet. Studien kan derfor beskrives som en tverrsnittsstudie. Beskrivende studier er som oftest tverrsnittsstudier (Brink & Wood, 1998). En tverrsnittsstudie vil si at data blir innsamlet på et gitt tidspunkt (Polit & Beck, 2004). En mangel ved dette designet er at det ikke gir muligheter for å beskrive årsaksforhold (Ibid). Som tidligere nevnt, var formålet med denne studien ikke å kartlegge årsaksforhold, men å beskrive fakta om et forhold slik det fremstod.

En antakelse for å utføre en beskrivende studie, er at det er begrenset med litteratur som beskriver den populasjonen eller variablene som er tilgjengelig (Brink & Wood, 1998). Som tidligere nevnt, ble det ikke funnet norske studier om temaet til tross for omfattende litteratursøk. Det er også lite europeisk litteratur (Kelleher, 2007), og begrenset litteratur tilgjengelig om temaet. Med bakgrunn i det, kan det sies at det valgte designet er relevant for denne studien.

3.1.2 Cook og Campbells validitetssystem

Cook og Campbells validitetssystem er bygget opp rundt kausale undersøkelser (Lund, 2002). Kausale undersøkelser er definert som eksperimenter, kvasi-eksperimenter og beskrivende undersøkelser (Ibid). Validitet i en undersøkelse sier noe om hvor godt vi måler det vi skal måle, og om vi kan ha tillitt til resultatene. Cook og Campbell deler validitetskriteriene opp i fire validitetstyper; statistisk validitet, indre validitet, begrepsvaliditet og ytre validitet (Ibid). Siden validitet i hovedsak dreier seg om hvor sikker en undersøkelse og dens slutninger er, var det en støtte å benytte Cook og Campbells validitetssystem i denne studien. De opplyser og bevisstgjør brukeren av systemet om hvordan man kan opprettholde så god validitet som mulig i en undersøkelse. Etter hvert av de påfølgende underkapitlene, vil den mest relevante validitetstypen med tilhørende aktuelle trusler for studien bli drøftet.

3.2 Utarbeidelse av spørreskjema/datainnsamlingsverktøy

Et selvadministrerende spørreskjema ble brukt til datainnsamlingen i denne studien.

Spørreskjemaet var et lukket spørreskjema, dvs. respondentene måtte velge mellom gitte svaralternativer uten mulighet til å formulere egne svar eller tilbakemeldinger (Polit & Beck, 2004). Spørsmålene i spørreskjemaet var av *Likert-type* skala. Likert-type skala er spørsmål hvor respondentene setter kryss for det alternativet som best beskriver hvordan de føler om et utsagn (Brink & Wood, 1998). Fordelen med et lukket spørreskjema kan være at deltakerne i studien opplever det som enklere å delta fordi de ikke trenger å formulere egne svar. Det vil kunne gi en høyere svarprosent, noe som vil styrke studiens relevans. Valget av et lukket spørreskjema som måleinstrument ble også gjort fordi det ville forenkle den statistiske analysen.

Litteratursøket omfattet også søken etter et spørreskjema som kunne brukes som datainnsamlingsverktøy. Det var ikke mulig å finne et spørreskjema som kunne brukes uten å gjøre endringer. Det ble funnet et spørreskjema som var brukt til å kartlegge sykepleieres kunnskap om smerte og smertelindring hos en annen pasientgruppe. Spørreskjemaets tittel var ”Smerter hos premature og nyfødte” (Andersen, Greve-Isdahl, Meberg & Jylli, 2007). Det ble innhentet tillatelse til å bruke deler av det nevnte spørreskjemaet. Tre av spørsmålene var av generell karakter, og kunne med tilpasning og videreutvikling brukes for å innhente data som kunne belyse studiens problemstilling. I tillegg ble det utviklet et spørsmål med formål om å kartlegge sykepleieres holdninger til opioidavhengige pasienter.

De ulike spørsmålene i spørreskjemaet (vedlegg 1) kommenteres nedenfor:

- Første side av spørreskjemaet skulle kartlegge demografiske data. I tillegg til de vanlige demografiske data som alder, kjønn osv., var det også spørsmål som kartla sykepleieres arbeidserfaring med pasientgruppen og hvor mye tid sykepleiere brukte på direkte pasientarbeid med rusmisbrukere.
- Spørsmål 1 og 3 skulle kartlegge hvor sykepleiere fikk kunnskap fra når det gjelder temaet, og hvilken kompetanse de selv mente de har. Spørsmålene var formulert som egenevaluering.
- Spørsmål 2 skulle kartlegge hvordan sykepleiere vurderte rusmisbrukeres smertelindring på sin egen arbeidsplass.

- Spørsmål 4 skulle kartlegge eventuelle barrierer mot smertelindring. Påstandene i spørsmålet var i utgangspunktet formulert som *jeg*-påstander. Spørreskjemaet ble face-validert av en gruppe på 10 personer. Tilbakemelding fra denne gruppen var at *jeg*-påstander ble opplevd som for personlig, provoserende og vanskelig å svare på. Jeg besluttet derfor å formulere påstandene slik at de ble rettet mot sykepleiere som gruppe. Det var frykt for at de opprinnelige påstandene kunne være til hinder for deltakelse i studien. Tilbakemeldingene fra gruppen var positiv til endringene som ble gjort i spørsmålsstillingen.
- Spørsmål 5 skulle kartlegge sykepleieres holdninger til opioidavhengige pasienter. I tillegg til påstander om holdninger, var det også noen påstander om holdninger i forhold til kunnskap om opioider. Påstandene i spørsmålet ble formulert med bakgrunn i funn i amerikanske og australske studier om sykepleieres holdninger til denne pasientgruppen. Sentrale studier som ble lagt til grunn ved formulering av påstandene var: Clarke et al. (1996); McCaffery et al. (2005); Morgan B. (2006); Kelleher (2007) og Ford et al. (2008).

3.2.1 Begrepsvaliditet

Begrepsvaliditet sier noe om hvor nøyaktig og pålitelig måleinstrumentene og målingene er (Lund, 2002). I forhold til begrepsvaliditet må ”eksperimentatorforventning” trekkes frem som en trussel mot studien. Den som utfører en studie kan ha forventninger som påvirker de målingene som blir utført (Ibid). For å unngå påvirkning fra studieansvarlig, ble innsamlede data ikke bearbeidet på noen måte før innsamlingen av data var avsluttet. På denne måten kunne ikke studieansvarlig påvirke tendenser som kunne vise seg tidlig i innsamlingen av datamaterialet. Det ville også styrke reliabiliteten i forhold til validiteten i innsamlingen av data.

3.2.2 Face-validering

I kommentarene til spørreskjemaet, ble det nevnt at det ble brukt en gruppe på ti personer som validerte spørreskjemaet ved å se på spørsmålene, dvs. ved bruk av face-validering. Gruppen bestod i hovedsak av sykepleiere, spesialsykepleiere og sykepleiere med mastergrad. En person i gruppen var pedagog. Hun ble inkludert for å få en vurdering av spørreskjemaet fra et pedagogisk synspunkt.

Face-validitet referer til om et instrument ser ut til å måle det som det er tenkt å måle (Polit & Beck, 2004). Parahoo (1997) hevder at face-validitet er synonymt med innholdsvaliditet. Innholdsvaliditet referer til i hvilken grad spørsmålene i spørreskjemaet representerer fenomenet som blir studert på en adekvat måte (Parahoo, 1997). Polit & Beck (2004) gjør ikke en tilsvarende sammenligning. Med bakgrunn i teorien, kan det hevdes at det er en begrenset forskjell mellom de to begrepene.

I kommentarene til spørreskjemaet ble det skapt et inntrykk av at det kun ble gjort endringer i spørsmål nummer fire på spørreskjemaet (vedlegg 1) etter tilbakemelding fra face-valideringsgruppen. Det må påpekes at det også ble gjort enkelte endringer på noen av de andre spørsmålene. Etter tilbakemelding fra face-valideringsgruppen, ble det gjort endringer i bruk av begreper og spørsmålsstilling. Spørsmål fire var det eneste spørsmålet hvor spørsmålsstillingen ble endret fra å ha et subjektivt perspektiv til å ha et perspektiv på sykepleiere som faggruppe. Det kan stilles spørsmål ved om en slik endring førte til et annet resultat enn det man ville ha fått uten denne endringen. Tilbakemeldingen på den opprinnelige spørsmålsstillingen var svært negativ fra valideringsgruppen. Dersom tilbakemeldingene ikke hadde blitt vektlagt, og endringer ikke gjort, var det var en risiko for at deltakere ikke ville svare på flere av spørsmålene. Instrumentet ville i så fall ikke måle det som det var tenkt å måle. Selv om face-validitet ofte ansees for å være en svak valideringsmetode (Polit & Beck, 2004), kan det sies å være relevant for denne studien, ikke minst siden face-valideringsgruppen i hovedsak bestod av fagpersoner. Det må også nevnes at face-valideringen kan ha bidratt til en styrking av begrepsvaliditeten, siden valideringen av spørreskjemaet kan ha bidratt til at målingene ble mer nøyaktig i forhold til de begrepene som skulle måles.

3.3 Utvalg og utvalgsmetode

Hensiktsmessig utvalg ble benyttet som utvalgsmetode i denne studien. Metoden ble brukt til å velge et utvalg som, i utgangspunktet, bestod av fire medisinske enheter og fire ortopediske enheter fordelt på to sykehus. Alle sykepleiere ved de utvalgte enhetene ble invitert til delta i studien. Det utgjorde en utvalgsstørrelse på ca. 215 personer. Hensiktsmessig utvalg er et ikke-randomisert utvalg (Polit & Beck, 2004). Det vil si at deltakere er valgt med bakgrunn i personer som vil være mest representative eller informative (Ibid). Med andre ord,

studieansvarlig valgte subjektivt ut deltakere til utvalget som kunne bidra med informasjon til å belyse problemstillingen. I kvantitative studier må man også velge et utvalg som gjør at resultatet kan generaliseres til en større gruppe (Ibid). Med andre ord skal utvalget bidra til at resultatet representerer oppfatningen til personene som inngår i populasjonen. I denne studien var det to forhold i problemstillingen som var styrende for populasjonen, og dermed også utvalget. Problemstillingen definerte krav om at det var sykepleieres kompetanse om smerte og smertelindring som skulle undersøkes. Videre var det krav om at sykepleiere måtte arbeide med opioidavhengige pasienter innlagt på sykehus. Med bakgrunn i det, var populasjonen for studien sykepleiere som arbeider med smerteproblematikk relatert til rusmisbrukere i en akuttmedisinsk kontekst. Dersom sykepleiere uten arbeidserfaring med rusmisbrukere ble inkludert i populasjonen, ville det kunne påvirke resultatet. Problemstillingen og begrepene kan være ukjente og irrelevante for denne gruppen av sykepleiere. I så fall, kunne utfallet blitt at problemstillingen ville blitt besvart med data som ikke ville være representative for sykepleiere som arbeider med rusmisbrukere. Hensiktsmessig utvalg ble valgt som utvalgsmetode for å sikre at deltakerne kunne bidra med informasjon som var representativt for gruppen som skulle studeres.

Som tidligere nevnt, får rusmisbrukere ofte bakterielle infeksjoner (Klingsheim, 2003; Ford et al., 2008) og traumer (Ford et al., 2008). Det er tilstander som gjør at de er innlagt ved medisinske og ortopediske avdelinger. I problemstillingen var det krav til at pasientene skulle være innlagt på sykehus. Ved disse avdelingene finner man sykepleiere som har kompetanse om temaet som problemstillingen skal kartlegge. Det var derfor relevant å velge et utvalg bestående av sykepleiere ved medisinske og ortopediske avdelinger.

En grunn til å inkludere to avdelinger og to sykehus i utvalget, var å forsøke å unngå utvalgsbias (sampling bias). Utvalgsbias er en systematisk overrepresentasjon eller underrepresentasjon av noen segment av populasjonen (Polit & Beck, 2004). Dersom studien hadde blitt utført på enten bare medisinske avdelinger, bare ortopediske avdelinger eller ved ett sykehus, kunne resultatene av studien blitt påvirket fordi en gruppe sykepleiere hadde vært overrepresentert.

Utvalgsstørrelsen har sammenheng med statistisk signifikante resultat. Utvalgsstørrelsen kan beregnes statistisk ved hjelp av styrkeanalyse (Polit & Beck, 2004). For å kunne beregne utvalgsstørrelsen, er det nødvendig å bygge det på resultat fra andre studier eller pilotstudie

(Ibid). Det har ikke vært mulig å finne studier som kan brukes som grunnlag for styrkeanalyse. Det ble ikke utført en pilotstudie i forkant av denne studien. Med bakgrunn i teorien, kan det hevdes at styrkeanalyse ville gitt et upresist overslag over utvalgsstørrelsen i forhold til statistisk signifikans i denne studien.

Ved kontakt med de utvalgte enhetene vedrørende deltakelse i studien, informerte en ortopedisk enhet om at de sjelden hadde rusmisbrukere som pasienter. Siden sykepleiere uten arbeidserfaring med rusmisbrukere var ekskludert fra studien, ble det besluttet å ekskludere denne enheten. Ved å ekskludere enheten i etterkant, ble prinsippet om hensiktsmessig utvalgsmetode for denne studien etterlevd. Dersom den ortopediske enheten ikke hadde blitt ekskludert, kunne innsamlede data fra denne enheten forstyrret eller påvirket resultatet fordi sykepleierne på denne enheten hadde liten erfaring med temaet. Det endelige utvalget for studien var sju enheter ved to sykehus bestående av fire medisinske og tre ortopediske enheter med til sammen 181 sykepleiere. Alle sykepleierne ved de utvalgte enhetene ble invitert til å delta i studien. Jo større utvalg, jo mer representativ av populasjonen vil det være (Polit & Beck, 2004). Med utgangspunkt i det, kunne det vært en fordel med et større utvalg. Studien var privatfinansiert, og det har vært en begrensning ved fastsettelsen av utvalgsstørrelsen. Det har også vært en målsetting å ha en relativt lik fordeling av deltakere fra medisinsk og ortopedisk avdeling for å forebygge utvalgsbias.

3.3.1 Ytre validitet

Ytre validitet omhandler forhold som vanskeliggjør aktuelle generaliseringer (Lund, 2002). Det sier noe om sikkerheten i henhold til utvalgsprosedyrene, situasjonsvalgene og tidene undersøkelsen blir gjennomført på (Ibid). I forkant av utførelsen av denne studien, ble det laget en plan for utvalgsprosedyrer. Studien ble utført i en periode hvor det faste personalet var tilstede. Dersom studien hadde blitt utført i en ferieperiode, ville mange vikarer blitt inkludert i studien. Det hadde vært en faktor som kunne påvirket den ytre validiteten, og dermed også generaliseringen. Det er sannsynlig at vikarer kan ha begrenset kompetanse om temaet i forhold til det faste personalet. Det kunne ha påvirket resultatene i studien. Studieansvarlig mener det ble gjort betraktninger, vurderinger og tilpasninger for å styrke den ytre validiteten.

En annen trussel for den ytre validiteten er ikke-representativt individutvalg (Lund, 2002). Det vil si at generaliseringen til en bestemt populasjon er usikker fordi forsøkspersonene ikke er representative for populasjonen (Ibid). Før utførelsen av spørreundersøkelsen, ble det definert hvem som skulle inkluderes fra populasjonen og hvem som skulle ekskluderes. Studieansvarlig mener at dette har bidratt til å redusere trusselen som ikke-representativt individutvalg kan representere.

3.4 Gjennomføring av spørreundersøkelsen

En beskrivelse av gjennomføringen av studien kan bidra til å demonstrere hvilke tiltak som ble utført for å ivareta profesjonalitet, validitet og reliabilitet.

Det ble innhentet tillatelse fra avdelingsdirektører ved de aktuelle avdelingene til å gjennomføre studien. Deretter ble enhetsledere ved de utvalgte enhetene kontaktet, og det ble avtalt et møte med enhetsleder og assisterende enhetsleder ved hver enhet. På møtet ble det informert om studien, og plan for gjennomføringen av studien ble gjennomgått. Enhetsleder og assisterende enhetsleder fikk utdelt prosjektplan og spørreskjema. Assisterende enhetsledere var villig til å være ansvarlig for utdeling og innsamling av spørreskjema. Det ble også avtalt informasjonsmøte med personale på hver utvalgte enhet. Informasjonsmøtene ble arrangert så nært opptil oppstart av studien som mulig.

Spørreundersøkelsen ble gjennomført i uke 2 og 3, 2010. Sykepleierne fikk utdelt spørreskjema sammen med et informasjonsskriv (vedlegg 2) slik at de kunne ta en informert avgjørelse om de ønsket å delta. Etter en uke fikk de utdelt et påminnelsesbrev (vedlegg 3). Spørreskjemaet skulle besvares anonymt. Siden det ikke var mulig å ha oversikt over hvem som hadde svart og ikke svart på spørreskjemaet, fikk alle sykepleierne utdelt påminnelsesbrev. I løpet av de to ukene spørreundersøkelsen foregikk, tok studieansvarlig en runde til alle enhetene en gang i uken for å motivere assisterende enhetsledere til å promotere studien, og for å høre om det var utfordringer de måtte ha hjelp til.

Det ble utarbeidet en plakat (vedlegg 4) som ble hengt opp på vaktrom eller pauserom for å informere og minne om studien. For å oppmuntre til deltakelse i studien, ble det utlovd en belønning på fire Flaxlodd til enheter med svarprosent over 60.

Studieleder hentet de innsamlede spørreskjemaene ved de deltakende enhetene ved utgangen av datainnsamlingsperioden. De mottatte spørreskjemaene ble nummerert for å ha kontroll under den statistiske analysen. Analyse av dataene vil bli beskrevet nærmere senere.

3.4.1 Indre validitet

Indre validitet er i hvilken grad eventuelle endringer i den avhengige variabelen er forårsaket av den uavhengige variabelen alene (Parahoo, 1997). Som en beskrivende studie, involverte ikke denne studien en uavhengig variabels påvirkning på en uavhengig variabel. I beskrivende forskning er indre validitet irrelevant (Lund, 2002). Imidlertid må det nevnes at det er enkelte trusler mot indre validitet som kan være relevant for beskrivende forskning. En slik trussel er instrumentering som omhandler om forhold ved måleinstrumentet eller prosedyren kan resultere i kunstige resultater (Ibid). Jo mer ustandardisert måleprosedyren er, desto mer aktuell er denne trusselen (Ibid). Som beskrevet har det vært fokus på å bruke et standardisert måleinstrument. Det har også vært fokus på at måleprosedyren er standardisert. Alle deltakende avdelinger fikk den samme grad av oppmerksomhet i forbindelse med datainnsamlingen. De fikk også den samme informasjonen i forkant av datainnsamlingen. De tiltakene var ment å redusere trusler som instrumentering kan representere mot intern validitet.

Måleinstrumentet må nevnes som en mulig trussel, siden det ikke er brukt et ferdig utviklet og validert spørreskjema. Som tidligere beskrevet, ble det gjort en viss grad av validering av spørreskjemaet. Det var ment å redusere noe av den trusselen som måleinstrumentet kunne representere.

3.4.2 Reliabilitet

Reliabilitet er en viktig faktor for å sikre indre validitet. Reliabilitet referer til graden av nøyaktighet informasjonen er skaffet tilveie på i studien (Polit & Beck, 2004). Sagt på en annen måte: reliabilitet er et uttrykk for i hvilken grad data er fri for tilfeldige målingsfeil (Lund, 2002). Spørsmålet om reliabilitet er et spørsmål om hvor nøyaktig eller konsistent en test måler det den måler (Ibid). Reliabiliteten stiller krav til selve spørreskjemaet (måleinstrumentet). Det er krav til bl.a. hvordan det er utformet og hvordan spørreundersøkelsen er gjennomført. Rammene skal være like og studieansvarlig må gjennomføre undersøkelsen på lik måte hos hver deltaker.

Spørreundersøkelsen ble utført på samme måte på alle deltagende enhetene. Ikke alle sykepleiere deltok på informasjonsmøtene som ble holdt av studieansvarlig i forkant av datainnsamlingen. Dette ble forsøkt kompensert ved at assisterende enhetsledere muntlig informerte om studien ved ulike anledninger, som morgenmøter og lunsjmøter, på den enkelte enhet. Det vurderes at det ble lagt stor vekt på å utføre studien på lik måte for å ivareta reliabiliteten så godt som mulig.

3.5 Analyse av datamaterialet

PASW Statistics 17 (tidligere SPSS, Statistical Packages for Social Sciences) ble brukt til behandling og analyse av de innsamlede data.

De innsamlede data ble kategorisert og gitt en numerisk verdi. De ble lagt inn i PASW uten ekstern bistand. For å kvalitetssikre registreringen av data, ble registreringen av hvert femte spørreskjema kontrollert etter at alle data var blitt registrert. Rutiner for å ivareta dataregistreringen anses som ivaretatt på en tilfredsstillende måte.

Beskrivende statistikk ble brukt til å beskrive og trekke konklusjoner om de innsamlede data. Beskrivende statistikk er bl.a. frekvens, gjennomsnitt og prosent (Polit & Beck, 2004). Denne studien brukte i hovedsak frekvensanalyse for å beskrive funnene i studien. Frekvensfordeling viser hvor mange ganger de forskjellige verdiene på en variabel forekommer (Bjørndal & Hofoss, 1996). For å gjøre det lettere for leseren å forstå funnene, ble frekvensfordelingen omregnet til prosenttall (prosentfordeling).

I tillegg til frekvensanalyse, omfattet den statistiske analysen også kryssvariabelanalyse. Det er tidligere drøftet en mulig sammenheng mellom erfaring og kunnskap. Dette reflekteres i et av forskningsspørsmålene, som søker å kartlegge forholdet mellom tidsbruk på pasientarbeid og kompetanse. For å besvare dette spørsmålet, ble det utført kryssvariabelanalyse mellom to grupper: sykepleiere med < 1 time tidsbruk på direkte pasientarbeid per vakt og sykepleiere med > 1 time tidsbruk på direkte pasientarbeid per vakt og variablene kunnskap, barrierer og holdninger.

For å opprettholde leservennligheten, fremstilles funnene i enkle tabeller.

3.5.1 Statistisk validitet

Statistisk validitet sier noe om de statistiske forutsetningene er til stede for å foreta den analysen man skal (Lund 2002). Den er i hovedsak knyttet opp mot signifikanttesting og hypoteser (Ibid). I denne studien ble truslene mot statistisk validitet forsøkt dekket ved å kvalitetssikre den statistiske analysen.

3.6 Forskningsetiske implikasjoner

Denne studien er ikke medisinsk forskning og omfatter heller ikke pasienter. Det ble vurdert at denne studien ikke omfattes av Regional etisk komité (REK) krav om godkjenning, og det er derfor ikke søkt REK. Det ble imidlertid søkt om godkjenning av studien hos Norsk vitenskapelig datatjeneste (NSD) for å forsikre om at metode og personvern er innenfor de krav som stilles til vitenskapelige studier. NSD er opprettet for ”å veilede forskere og studenter i forhold til datainnsamling, dataanalyse, metode, personvern og forskningsetikk” (Våre hovedoppgaver, NSD, 2008). NSDs tilbakemelding bekreftet at metode og personvern var ivaretatt. Tilbakemeldingen fra NSD er tilgjengelig i vedlegg 5.

Det er alltid nødvendig å vurdere deltakernes personvern i en studie. Det er gjort en rekke tiltak for å sikre personvernet. Som nevnt tidligere, fikk deltakerne i studien et informasjonsskriv (vedlegg 2) sammen med spørreskjemaet hvor de ble informert om hensikten med studien slik at de kunne ta en informert avgjørelse om de ønsket å delta. Ved å levere utfylt spørreskjema i en lukket konvolutt, gav deltakerne informert samtykke om at de ønsket å delta i studien. Informert samtykke er en forutsetning for all forskning som omfatter mennesker (Malterud, 2003). Spørreskjemaet var anonymt. Det var ikke mulig å spore utfylt spørreskjema tilbake til vedkommende respondent. Det vurderes at deltakernes personvern ble ivaretatt i denne studien.

Formidling av forskningsresultatet kan betraktes som en forskningsetisk implikasjon. Sykepleiere som utfører FoU-arbeid har et særlig ansvar for å gjøre FoU-arbeidet tilgjengelig i praksisfeltet (Granum & Solvoll, 1997). Lederne ved de deltakende enhetene har uttrykt ønske om å få en tilbakemelding om studiens funn. Studieansvarlig har en muntlig avtale om å gi tilbakemelding når arbeidet er slutført, og har sagt seg villig til å presentere resultatet av studien på den enkelte, deltakende enhet.

4.0 PRESENTASJON AV FUNN

I dette kapittelet vil funnene i studien bli presentert. Resultatet av frekvensanalysen presenteres først. For å gjøre det lettere for leseren å tolke funnene, presenteres frekvensfordelingen, i hovedsak, som prosenttall (prosentfordeling).

Deretter presenteres resultatene av kryssvariabelanalysen mellom sykepleiere som bruker mindre enn en 1 time per vakt på direkte pasientarbeid og sykepleiere som bruker mer enn en time per vakt på direkte pasientarbeid i forhold til spørsmålene tre, fire og fem på spørreskjemaet (vedlegg 1).

4.1 Deltakelse/respons

Det ble delt ut 181 spørreskjema. 98 utfylte spørreskjema ble returnert (N=98). Det gav en svarprosent på 54,1, med spredning fra 27,0 % - 83,6 %. Ved to enheter var deltakelsen under 50 %.

4.2 Demografiske data

Kjønn/alder: Fordelingen mellom kjønnene var 90,8 % kvinner og 9,2 % menn.

Gjennomsnittsalder var 30,5 år, med spredning fra 22 år – 54 år (standardavvik var 7,79).

Utdanning: Resultatene viser at 84,7 % av respondentene hadde grunnutdanning i sykepleie og 15,3 % hadde videreutdanning i sykepleie.

Avdelinger: Fordelingen av mottatte spørreskjema mellom ortopedisk og medisinsk avdeling var henholdsvis 34,7 % og 65,3 %.

Stillingsprosent: Resultatene viser at 11,2 % av sykepleierne hadde stillingsprosent mellom 50 – 74, mens 86,7 prosent av respondentene hadde over 75 % stilling.

Tabell nr. 1: Arbeidserfaring som sykepleier og med rusmisbrukere

Arbeidserfaring som sykepleier og med rusmisbrukere (antall år)	0 – ≤ 2 år	> 2 – ≤ 5 år	> 5 – ≤ 7 år	> 7 – ≤ 10 år	>10 år
N=98	%	%	%	%	%
Arbeidserfaring som sykepleier	37,7	25,4	13,2	8,0	15,1
Arbeidserfaring med rusmisbrukere	44,8	20,4	12,3	6,1	15,1

Tabell nr. 1 viser at i overkant av 1/3 av respondentene hadde inntil to års arbeidserfaring som sykepleier. En fjerdedel av respondentene hadde mellom to og fem års erfaring. Til sammen hadde 2/3 av respondentene fem års arbeidserfaring som sykepleier. Gjennomsnittlig arbeidserfaring som sykepleier var 5 år, med spredning fra 0 år - 27 år (standardavvik var 5,4451).

Tabell nr. 1 viser at under halvparten av respondentene hadde inntil to års arbeidserfaring med opioidavhengige pasienter, mens 2/3 av respondentene hadde fem års erfaring eller mindre. Gjennomsnittlig arbeidserfaring med opioidavhengige pasienter var 4,7 år, med spredning fra 0,3 år - 24 år (standardavvik var 5,2318).

Tabell nr. 2: Sykepleieres involvering i smerte/smertelindring hos rusmisbrukere

Sykepleieres involvering i smerte/smertelindring hos opioidavhengige pasienter	Nesten aldri	< 1 gang per uke	Flere ganger per uke	Daglig	>1 gang per dag
N=98					
Antall sykepleiere	6	49	35	4	4
Prosenttall	6,1	50,0	35,7	4,1	4,1

Resultatene i tabell 2 viser at over halvparten av sykepleierne var involvert i smerte/smertelindring hos rusmisbrukere mindre enn en gang per uke. I overkant av 40 % var involvert i smertelindring hos rusmisbrukere flere ganger per uke eller hyppigere.

Tabell nr. 3: Sykepleiers tidsbruk på pasientarbeid med rusmisbrukere

Sykepleieres tidsbruk per vakt på direkte pasientarbeid med opioidavhengige pasienter	Ingen tid	< 1 time	1 – 3 timer	4 – 6 timer
N=98				
Antall sykepleiere	6	50	38	4
Prosenttall	6,1	51,0	38,8	4,1

Tabell nr. 3 viser at over halvparten av sykepleierne brukte < 1 time per vakt på direkte pasientarbeid med rusmisbrukere, mens i overkant av 40 % av respondentene brukte > 1 time per vakt.

4.3 Kunnskaper om smerte/smertelindring

Nedenfor presenteres resultatene av spørsmålene en til tre på spørreskjemaet (vedlegg 1).

4.3.1 Kunnskapskilder

Tabell nr. 4: Sykepleieres kunnskapskilder om smerte og smertelindring hos rusmisbrukere

Kunnskapskilder	Ikke i det hele tatt %	Litt %	En del %	Mye %	Svært mye %
N=98					
Grunnutdanning - sykepleie	34,7	55,1	10,2		
Videreutdanning - sykepleie	10,2	2,0	2,0	2,0	
Arbeidserfaring	1,0	15,3	33,7	30,6	19,4
Kurs	51,0	20,4	20,4	3,1	1,0
Fra kolleger	1,0	20,4	42,9	30,6	4,1
Litteratur (bøker, tidsskrift)	17,3	53,1	22,4	5,1	1,0
Internett (Google)	52,0	28,6	13,3	2,0	
Internett – faglige databaser	51,0	33,7	9,2	2,0	

Utdanning: Tabell nr. 4 viser at 1/3 av respondentene svarte at de ikke hadde fått kunnskap om smerte og smertelindring hos rusmisbrukere i grunnutdanningen, mens halvparten svarte at de hadde fått litt kunnskap om temaet.

15,3 % av respondentene hadde videreutdanning i sykepleie. Resultatene viser stor bredde i sykepleieres videreutdanninger (vedlegg 6). Blant sykepleiere med videreutdanning hadde 2/3 ikke fått kunnskap om opioidavhengige rusmisbrukere i videreutdanningen. I overkant av 80 % av respondentene svarte ikke på spørsmålet. Det kan tyde på at spørsmålet var irrelevant (de hadde ikke videreutdanning).

Arbeidserfaring/kollegaer: Tabell nr. 4 viser at halvparten av respondentene hadde fått mye eller svært mye kunnskap gjennom arbeidserfaring, og 1/3 hadde fått en del kunnskap. Det utgjorde til sammen over 80 %.

Resultatene viser at 42 % av respondentene hadde fått en del kunnskap fra kollegaer, mens 1/3 hadde fått mye kunnskap fra kollegaer. Totalt utgjorde det 3/4 av respondentene.

Kurs: Over halvparten av respondentene hadde ikke fått kunnskap om temaet ved å delta på kurs. 1/5 av respondentene svarte de hadde fått litt kunnskap, mens 1/5 hadde fått en del kunnskap ved å delta på kurs.

Litteratur: Halvparten av sykepleierne svarte at de hadde fått litt kunnskap, og 1/3 svarte de hadde fått en del eller mer kunnskap fra litteratur.

Internett: På spørsmål om hvor mye kunnskap de har fått fra Google, svarte halvparten av respondentene at de ikke hadde fått noe kunnskap gjennom bruk av Google. En fjerdedel av respondentene hadde fått litt kunnskap fra Google. Resultatene viser videre at halvparten av respondentene ikke hadde fått kunnskap om temaet gjennom bruk av faglige databaser, mens en 1/3 hadde fått litt kunnskap fra faglige databaser.

Oppsummert tyder funnene på at sykepleiere fikk mest kunnskap om temaet gjennom egen arbeidserfaring og fra kollegaer. De fikk litt kunnskap under grunnutdanningen.

Kartleggingen tyder på at internett hadde en begrenset rolle som kunnskapskilde. Funnene indikerer at sykepleieres kunnskap om smerte og smertelindring hos opioidavhengige pasienter ikke var kunnskapsbasert, men må betegnes som erfaringsbasert.

4.3.2 Smertelindring

Tabell nr. 5: Rusmisbrukeres smertelindring

Pasienter med opioidavhengig misbruk som får tilfredsstillende smertelindring	< 25 %	25 – 49 %	50 – 75%	>75 %
N=98				
Antall sykepleiere	11	27	35	23
Prosenttall	11,2	27,6	35,7	23,5

Tabell nr. 5 viser at tilnærmet 60 % av respondentene mente at mer enn halvparten av opioidavhengige rusmisbrukere på deres arbeidsplass fikk tilfredsstillende smertelindring. Tilnærmet 40 % av respondentene mente at under halvparten av rusmisbrukere på arbeidsplassen fikk tilfredsstillende smertelindring.

4.3.3 Kunnskap om smertelindring

Resultatene av sykepleieres vurdering av egen kunnskap om smerte og medikamenter til smertebehandling presenteres i to tabeller for å ivareta leservennligheten. Tabell nr. 6 viser resultater om kunnskap om smertelindring, mens tabell nr. 7 viser resultatet om kunnskap om medikamenter.

Tabell 6: Sykepleieres kunnskap om smerte

Påstander om kunnskap om smerte	Helt enig/enig %	Usikker %	Uenig/helt uenig %
N=98			
Jeg kan gjenkjenne smerte	80,3	16,3	2,0
Jeg kan vurdere årsak til smerte	65,3	32,7	2,0
Jeg kan vurdere graden av smerte	44,9	48,0	6,1
Jeg kan vurdere effekt av smertelindring	84,7	13,3	2,0
Jeg har tilstrekkelig kunnskap om smertebehandling	12,2	38,8	49,0

Som det fremgår av tabell nr. 6, synes flertallet av sykepleierne å være enig i at de kan gjenkjenne og vurdere årsak til smerte. Flertallet var også enig i at de kan vurdere effekt av smertelindring. Resultatene viser at 1/3 av respondentene var usikre på om de kan vurdere årsak til smerte. Nesten halvparten av sykepleierne var usikker på om de kan vurdere graden av smerte. Antallet sykepleiere som var usikker på om de kan vurdere graden av smerte var høyere enn antallet som svarte at de kan vurdere grad av smerte.

Funnene i tabell nr. 6 viser videre at kun 12 % mente de har tilstrekkelig kunnskap om smertebehandling. Over 1/3 av sykepleierne var usikker på om de har tilstrekkelig kunnskap, mens halvparten mente de ikke hadde det.

Tabell nr. 7: Sykepleieres kunnskap om medikamenter

Påstander om kunnskap om medikamenter	Helt enig/enig	Usikker	Uenig/helt uenig
N = 98	%	%	%
Jeg kan bruke lette smertestillende	91,9	3,1	5,1
Jeg kan bruke ikke-medikamentelle metoder	44,9	31,8	23,5
Jeg kan kombinere opioider og lette smertestillende	91,8	6,1	2,0
Jeg kan <i>ikke</i> bruke opioider som smertestillende	18,4	11,2	68,5

Tabell nr. 7 viser at nesten alle sykepleiere svarte at de kan bruke lette smertestillende medikamenter, samt kombinere opioider og lette smertestillende medikamenter. Resultatene viser at 2/3 av sykepleierne svarte at de kan bruke opioider som smertestillende medikament. Funnene viser også at 1/3 av sykepleierne svarte at de ikke kan eller var usikker på om de kan bruke opioider som smertestillende medikament.

4.4 Mulige barrierer mot smertebehandling

Nedenfor presenteres resultatet av spørsmål fire på spørreskjemaet (vedlegg 1).

Tabell nr. 8: Mulige barrierer mot smertebehandling

Påstander om mulige barrierer N= 98 (Tallene er i %)	Helt enig/enig %	Uenig/helt uenig %	Vet ikke %
Det blir ikke tilstrekkelig ordinering av smertestillende	43,9	44,9	11,2
Sykepleiere gir mindre smertestillende enn ordinert	13,2	84,7	2,0
Sykepleiere har manglende kunnskap om smerte relatert til opioidavhengige pasienter	61,3	30,6	7,1
Sykepleieres vurdering av smerte/smertelindring er tilstrekkelig	31,6	55,1	13,3
Sykepleiere prioriterer ikke å gi smertestillende til den opioidavhengige pasient	9,2	86,7	4,1
Det er vanskelig å diskutere smertene til pasient med opioidavhengig misbruk med legene	41,8	53,1	5,1
Opioidavhengige misbrukere er generelt vanskelig og ha med å gjøre	63,2	35,7	1,0

Funnene i tabell nr. 8 viser en jevn fordeling mellom sykepleiere som svarte at ordinering av smertestillende medikamenter ikke er tilstrekkelig, og respondenter som mente det motsatte. Nesten alle sykepleierne svarte at de administrerer smertestillende medikamenter i henhold til ordinasjon.

Tabell nr. 8 viser videre at 2/3 av respondentene synes å være enig i at sykepleiere har manglende kunnskaper om smerte. Dette reflekteres ved at 1/3 av sykepleierne svarte at sykepleieres vurdering av smerte og smertelindring er tilstrekkelig. Funnene viser at over halvparten av respondentene var uenig i at sykepleieres vurdering av smerte er tilstrekkelig.

Resultatene i tabell nr. 8 viser at mens halvparten av sykepleierne var uenig i at det er vanskelig å diskutere smertene til enkeltpasienter med legene, var 40 % av sykepleierne enig i denne påstanden. Tabellen viser videre at 2/3 av sykepleierne var enig i at opioidavhengige pasienter generelt er vanskelig å ha med å gjøre.

Funnene i dette spørsmålet synes å peke på at det eksisterer barrierer mot smertebehandling hos opioidavhengige pasienter. Disse barrierene ser ut til å være:

- Manglende kunnskap om smerte og opioidavhengige pasienter
- Utilstrekkelig vurdering av pasientenes smerte og smertelindring
- Sykepleiere kan oppleve det som vanskelig å diskutere smertene til enkeltpasienter med legene
- Sykepleiere opplever at opioidavhengige pasienter generelt er vanskelig å ha med å gjøre

4.5 Sykepleieres holdninger til opioidavhengige pasienter

Nedenfor presenteres resultatene av spørsmål fem på spørreskjemaet (vedlegg 1). For å ivareta leservennligheten, presenteres resultatene i to tabeller. Tabell nr. 9 presenterer resultatene om holdninger, mens tabell nr. 10 viser funnene om kunnskap om opioider og smerte.

Tabell nr. 9: Sykepleieres holdninger om rusmisbrukere

Påstander om holdninger N=98	Helt enig/enig %	Uenig/helt uenig %	Vet ikke %
Pasienter med opioidavhengig misbruk har en vanskelig livssituasjon	98,0		2,0
Pasienter med opioidavhengig misbruk overdriver smertene for å få mer smertestillende	61,2	36,7	22,4
Pasienter med opioidavhengig misbruk er ikke ærlig om effekten av smertestillende medikamenter	56,1	20,4	22,4
Det er krevende å arbeide med pasienter med opioidavhengig misbruk	89,8	9,2	1,0
Smertene til pasienter med opioidavhengig misbruk er underbehandlet	55,1	22,4	22,4
Sykepleiere på min arbeidsplass har tilstrekkelig kunnskap for å gi pasienter med opioidavhengig misbruk god smertelindring	42,9	40,8	16,3
Pasienter med opioidavhengig misbruk prøver å kreve ekstra smertestillende medikamenter	87,8	2,0	9,2
På min arbeidsplass synes pasienter med opioidavhengig misbruk at de får tilstrekkelig smertestillende medikamenter	19,4	61,2	18,4
På min arbeidsplass er mange sykepleiere likegyldige til pasienter med opioidavhengig misbruk	10,2	88,8	1,0
Det hender jeg føler irritasjon når jeg behandler en pasient med opioidavhengig misbruk	72,4	23,5	4,1
Jeg har sympati for opioidavhengige pasienter	84,7	13,2	2,0

Som det fremgår av tabell nr. 9, syntes sykepleiere å være enig i at rusmisbrukerne har en vanskelig livssituasjon. I underkant av 90 % av respondentene svarte at de har sympati med rusmisbrukere. Tabellen viser videre at omtrent 90 % av sykepleierne svarte at det er krevende å arbeide med rusmisbrukere, mens 3/4 av sykepleierne svarte at de av og til føler irritasjon når de behandler pasienter med rusmisbruk.

Resultatene i tabell nr. 9 viser at 2/3 av sykepleiere svarte at rusmisbrukere overdriver smertene for å få mer smertestillende, og at de prøver å kreve ekstra smertestillende

medikamenter. Over halvparten av respondentene syntes å være enig i at misbrukere ikke er ærlig om effekten av smertestillende medikamenter som blir administrert.

Tabell nr. 9 viser at over halvparten av sykepleierne svarte at rusmisbrukeres smerter er underbehandlet. Flertallet av sykepleierne syntes å være enig i at rusmisbrukerne selv mener at de får utilstrekkelig smertelindring.

Resultatene viser en jevn fordeling mellom sykepleiere som var enig i at sykepleierne på egen arbeidsplass har tilstrekkelig kunnskap for å gi god smertelindring, og sykepleiere som hadde motsatt oppfatning.

Tabell nr. 10: Sykepleieres kunnskap om opioider og smerte

Påstander om kunnskap om opioider N=98	Helt enig/enig %	Uenig/helt uenig %	Vet ikke %
Misbruk av opioider fører til økt smerteopplevelse	60,2	17,3	21,4
Bruk av smertestillende opioider gir økt avhengighet hos opioidavhengige misbrukere	29,6	40,8	27,6
Pasienter med opioidavhengig misbruk har behov for mer smertestillende medikamenter enn andre pasienter for å få smertelindring	91,8	5,1	3,1
På min arbeidsplass er det skriftlige retningslinjer for å kunne ivareta smertebehandlingen hos opioidavhengige pasienter	26,5	41,8	31,6

Tabell nr. 10 viser at i underkant av 2/3 av sykepleiere var enig i at opioidmisbruk fører til økt smerteopplevelse. I underkant av 1/5 av sykepleiere var uenig i dette, og over 1/5 svarte ”vet ikke”.

Resultatene i tabell nr. 10 viser videre at over 1/4 av respondentene var enig i at opioider brukt som smertestillende medikament gir økt avhengighet hos rusmisbrukere, mens 1/4 svarte ”vet ikke”. Det utgjorde til sammen over halvparten av sykepleierne.

Funnene viser også at 1/3 av sykepleierne svarte at ikke vet om det er skriftlige retningslinjer for å ivareta smertebehandlingen av denne pasientgruppen på arbeidsplassen, mens 1/4 av sykepleierne svarte at det var slike skriftlige retningslinjer.

Oppsummert synes funnene om sykepleieres holdninger å peke på at sykepleiere har positive grunnholdninger om rusmisbrukere. Funnene synes å indikere at sykepleiere mistror rusmisbrukeres smerteopplevelse, og at de er krevende å arbeide med. Resultatene synes også å peke på usikkerhet hos sykepleiere om hvordan opioidmisbruk påvirker narkomanes smerteopplevelse.

4.6 Betydningen av tidsbruk på kunnskap, barrierer og holdninger

Nedenfor presenteres resultatene av kryssvariabelanalysen av sammenhengen mellom sykepleieres tidsbruk på direkte pasientarbeid med rusmisbruk, og variablene kunnskap, barrierer og holdninger.

Resultatene av analysen presenteres både som prosenttall og som frekvenstall (antall). Tabellene som presenterer resultatene av analysen viser kun resultatene i forhold til svaralternativet ”helt enig/enig” for de ulike variablene. Dette er gjort for å forenkle presentasjonen av resultatene. Dersom resultatene av de andre svaralternativene (uenig/helt uenig, usikker, vet ikke) er relevant for funnene, vil de bli presentert i de aktuelle tilfellene.

Som tidligere nevnt, rapporterte 56 sykepleiere at de bruker mindre enn 1 time på direkte pasientarbeid per vakt med opioidavhengige pasienter, mens 42 sykepleiere rapporterte at de bruker mer enn 1 time per vakt. Det utgjør henholdsvis 57,1 % og 42,9 %.

4.6.1 Tidsbruk og sykepleieres kunnskap om smertelindring

Tabell nr. 11: Tidsbruk og sykepleieres kunnskap om smerte og smertelindring

Helt enig/enig i påstander	< 1 time % (antall) N=56	> 1 time % (antall) N=42	Pearson kjikkvadrattest (p=0,05)
Jeg kan gjenkjenne smerte	78,6 (44)	85,4 (35)	0,393
Jeg kan vurdere årsaken til smerte	71,4 (40)	57,1 (24)	0,197
Jeg kan vurdere graden av smerte	46,5 (26)	42,9 (18)	0,009
Jeg kan bruke lette smertestillende (som paracetamol)	91,1 (51)	92,9 (39)	0,778
Jeg kan bruke opioider som smertestillende medikament	64,3 (36)	77,5 (31)	0,874
Jeg kan kombinere opioider og lette smertestillende	91,1 (51)	92,9 (39)	0,941
Jeg kan vurdere effekten av smertelindring	91,1 (51)	76,2 (32)	0,182
Jeg har tilstrekkelig kunnskap om smertebehandling hos pasienter med opioidavhengig misbruk	10,7 (6)	14,3 (6)	0,070

Som det fremgår av tabell nr. 11, syntes i underkant av 3/4 av sykepleiere med < 1 time tidsbruk per vakt å være enig i at de kan vurdere årsak til smerte, mens over halvparten av sykepleiere med > 1 time tidsbruk per vakt svarte det samme. Resultatet viser en forskjell mellom gruppene, selv om denne ulikheten ikke er statistisk signifikant.

Selv om resultatene i tabell nr. 11 viser liten forskjell mellom sykepleieres enighet om at de kan vurdere grad av smerte, viste resultatet $p < 0,05$. Funnene antyder at en ulikhet mellom gruppene kan ligge i de andre svaralternativene. Prosenttallene viser at 44,6 % (N=56) av sykepleiere med < 1 time tidsbruk per vakt svarte at de var usikker på om de kan vurdere grad av smerte, mens 8,9 % (N=56) svarte at de var uenig/helt uenig. Tilsvarende prosenttall for sykepleiere med > 1 time tidsbruk per vakt var 52,4 % (N=42) og 4,7 % (N=42). Resultatene tyder på at sykepleiere som bruker mer enn en time på pasientarbeid per vakt var mer usikker på om de kan vurdere grad av smerte enn sykepleiere som bruker mindre enn en time.

Resultatene i tabell nr. 11 viser at over 90 % av sykepleiere med < 1 time tidsbruk per vakt svarte at de kan vurdere effekt av smertelindring, sammenlignet med 3/4 hos sykepleiere med > 1 time tidsbruk.

Tabell nr. 11 viser liten forskjell mellom respondentene som svarte at de har tilstrekkelig kunnskap om smertebehandling. Selv om kjiikkvadrattesten viste $p > 0,05$, var den likevel lav. Funnene antyder at en ulikhet mellom gruppene kan ligge i de andre svaralternativene. Prosenttallene viser at 57,2 % (N=56) av sykepleiere med < 1 time tidsbruk per vakt svarte at de var usikker på om de har tilstrekkelig kunnskap om smertebehandling, mens 32,1 % (N=56) svarte at de var uenig/helt uenig. Tilsvarende prosenttall for sykepleiere med > 1 time tidsbruk per vakt på pasientarbeid var henholdsvis 38,1 % (N=42) og 47,6 % (N=56). Med andre ord, resultatene viser at over halvparten av sykepleiere med < 1 time tidsbruk på pasientarbeid per vakt svarte at de var usikker på om de har tilstrekkelig kunnskap om smertelindring sammenlignet med 1/3 av sykepleiere med > 1 time tidsbruk per vakt. Til motsetning svarte tilnærmet halvparten av sykepleiere med > 1 time tidsbruk at de ikke har tilstrekkelig kunnskap om smertelindring sammenlignet med 1/3 av sykepleiere med < 1 time tidsbruk per vakt.

4.6.2 Tidsbruk og mulige barrierer mot smertebehandling

Tabell nr. 12: Sykepleieres tidsbruk på pasientarbeid per vakt og mulige barriere mot smertebehandling

Helt enig/enig i påstander	< 1 time % (antall) N=56	> 1 time % (antall) N=42	Pearson kjiikkvadrattest (p=0,05)
Det blir ikke ordinert tilstrekkelig smertestillende medikamenter	44,6 (25)	42,9 (18)	0,217
Sykepleiere gir mindre doser smertestillende medikamenter enn det som er ordinert	8,8 (5)	19,4 (8)	0,001
Sykepleiere har manglende kunnskap om smerter relatert til pasienter med opioidavhengig misbruk	64,3 (36)	58,5 (24)	0,132
Sykepleieres vurdering av smerter og smertelindring er tilstrekkelig	28,6 (16)	35,7 (15)	0,037
Sykepleiere prioriterer ikke å gi smertestillende til den opioidavhengige pasient	7,1 (4)	11,9 (5)	0,927
Der er vanskelig å diskutere smertene til en pasient med opioidavhengig misbruk med legene	35,7 (20)	50,0 (21)	0,013
Opioidavhengige misbrukere er generelt vanskelig å ha med å gjøre	55,4 (31)	73,8 (31)	0,006

Funnene i tabell nr. 12 viser at dobbelt så mange sykepleiere med > 1 time tidsbruk på pasientarbeid per vakt svarte at de var enig i at sykepleiere gir mindre doser smertestillende medikamenter enn det som er ordinert sammenlignet med sykepleiere med < 1 time tidsbruk per vakt ($p < 0,05$). Resultatene viser at flertallet av respondentene var uenig i påstanden. Blant sykepleiere med < 1 time tidsbruk per vakt svarte 87,5 % (N=56) at de var uenig i at sykepleiere gir mindre doser smertestillende enn ordinert. Tilsvarende resultat for sykepleiere med > 1 time tidsbruk var 80,6 % (N=42).

Tabell nr. 12 viser at i overkant av 1/4 av sykepleiere med < 1 time tidsbruk på pasientarbeid per vakt var enig i at sykepleieres vurdering av smerte og smertelindring er tilfredsstillende, mens tilsvarende resultat for sykepleiere med > 1 time tidsbruk var 1/3. Analysen gav $p < 0,05$. Resultatene viser at flere sykepleiere med > 1 time tidsbruk på pasientarbeid per vakt var enig i at sykepleieres smertevurdering var tilfredsstillende sammenlignet med sykepleiere som bruker < 1 time tidsbruk.

Fra tabell nr. 12, fremgår det videre at halvparten av sykepleiere med > 1 time tidsbruk per vakt syntes å være enig i at det var vanskelig å diskutere smertene til rusmisbrukere med legene. Til sammenligning var 1/3 av sykepleiere med < 1 time tidsbruk per vakt enig i dette. Prosenttallene viser at 57,1 % (N=56) av sykepleiere med < 1 time tidsbruk per vakt svarte at de var uenig/helt uenig i påstanden, mens tilsvarende resultat for sykepleiere med > 1 time tidsbruk per vakt var 47,6 % (N=42). Kjikkvadrattesten viste $p < 0,05$.

Funnene i tabell nr. 12 viser at i overkant av halvparten av sykepleiere med < 1 time tidsbruk var enig i at opioidavhengige pasienter generelt er vanskelig å ha med å gjøre, mens nær 3/4 av sykepleiere med > 1 time tidsbruk per vakt var av samme oppfatning. Kjikkvadrattesten viste $p < 0,05$.

Funnene i tabell nr. 12 antyder at sykepleieres tidsbruk på pasientarbeid kan være en faktor som påvirker barrierer mot smertebehandling.

4.6.3 Tidsbruk og sykepleieres holdninger til rusmisbrukere

Dette underkapittelet presenterer resultatet av analysen mellom sykepleieres tidsbruk på pasientarbeid og holdninger om opioidavhengige rusmisbrukere og kunnskap om opioider. For å ivareta leservennligheten, presenteres resultatene i to tabeller. Tabell 13 viser tidsbruk og sykepleieres holdninger, mens tabell 14 viser tidsbruk og kunnskap om opioider og smerte.

Tabell nr. 13: Tidsbruk og sykepleieres holdninger om rusmisbrukere

Helt enig/enig i påstander	< 1 time % (antall) N=56	> 1 time % (antall) N=42	Pearson Kjikkvadrattest (p=0,05)
Holdninger			
Pasienter med opioidavhengig misbruk har en vanskelig livssituasjon	98,2 (55)	97,6 (41)	0,333
Pasienter med opioidavhengig misbruk overdriver smerte for å få mer smertestillende	53,6 (30)	75,0 (30)	0,219
Pasienter med opioidavhengig misbruk er ikke ærlig om effekten av smertestillende medikamenter	51,8 (29)	63,4 (26)	0,001
Det er krevende å arbeide med pasienter som er opioidavhengige misbrukere	91,1 (51)	88,1 (37)	0,024
Smertene til pasienter med opioidavhengig misbruk er underbehandlet	51,8 (29)	59,5 (25)	0,384
Sykepleiere på min arbeidsplass har tilstrekkelig kunnskap for å gi pasienter med opioidavhengig misbruk god smertelindring	35,7 (20)	52,4 (22)	0,016
Pasienter med opioidavhengig misbruk prøver å kreve ekstra smertestillende medikamenter	83,9 (47)	95,1 (39)	0,034
På min arbeidsplass synes pasienter med opioidavhengig misbruk at de får tilstrekkelig smertestillende medikamenter	23,2 (13)	14,6 (8)	0,265
På min arbeidsplass er mange sykepleiere likegyldig til pasienter med opioidavhengig misbruk	10,7 (6)	9,5 (4)	0,035
Det hender jeg føler irritasjon når jeg behandler pasienter med opioidavhengig misbruk	75,0 (42)	69,0 (29)	0,013
Jeg har sympati for opioidavhengige pasienter	87,5 (49)	81,0 (34)	0,520

Resultatene i tabell nr. 13 viser ingen betydelig forskjell mellom sykepleiegruppens holdninger om rusmisbrukeres livssituasjon og deres sympati for rusmisbrukere.

Som det fremgår av tabell nr. 13, syntes halvparten av sykepleiere med < 1 time tidsbruk på pasientarbeid per vakt å være enig i at rusmisbrukere overdriver smerte for å få mer smertestillende. Tilsvarende resultat for sykepleiere med > 1 time tidsbruk var 3/4.

Tabell nr. 13 viser videre at halvparten av sykepleiere med < 1 time tidsbruk per vakt var enig i at rusmisbrukere ikke er ærlig om effekten av smertestillende medikamenter, mens 2/3 av sykepleiere med > 1 time tidsbruk per vakt gav tilsvarende svar. Analysen viste $p < 0,05$. Funnene viser et tilsvarende resultat for sykepleieres respons til påstanden om at rusmisbrukere ikke er ærlig om effekten av smertestillende medikamenter. Kjøkkvadrattesten viste $p < 0,05$.

Funnene i tabell nr. 13 viser liten forskjell mellom sykepleiegruppens enighet om at det er krevende å arbeide med rusmisbrukere. Analysen viste $p < 0,05$. Funnene antyder en ulikhet i svaralternativet ”uenig/helt uenig”. Prosenttallene viser at 7,1 % (N=56) av sykepleiere med < 1 time tidsbruk per vakt var uenig i at det er krevende å arbeide med rusmisbrukere, mens 11,9 % (N=42) av sykepleiere med > 1 time tidsbruk var av samme oppfatning.

Tabell nr. 13 viser at i overkant av 1/3 av sykepleiere med < 1 time tidsbruk på pasientarbeid per vakt var enig at sykepleiere på egen arbeidsplass har tilstrekkelig kunnskap til å gi rusmisbrukere god smertelindring sammenlignet med over halvparten av sykepleiere med > 1 time tidsbruk per vakt. Dataanalysen viste $p < 0,05$.

Fra resultatene i tabell nr. 13, fremgår det at over 90 % av sykepleiere med > 1 time tidsbruk på pasientarbeid per vakt var enig i at rusmisbrukere prøver å kreve ekstra smertestillende medikamenter, sammenlignet med i overkant av 80 % for sykepleiere med < 1 time tidsbruk per vakt (tabell 14). Analysen viste $p < 0,05$. Funnene antyder at det også var en ulikhet mellom gruppene i svaralternativet ”vet ikke”. På svaralternativet ”vet ikke” var prosenttallet 12,6 % (N=56) for sykepleiere med < 1 time tidsbruk per vakt, og 4,9 % (N=42) for sykepleiere med > 1 time per vakt.

Tabell nr. 14 viser videre at 20 % av sykepleiere med < 1 time tidsbruk per vakt svarte at rusmisbrukere på deres arbeidsplass mente at de får tilstrekkelig smertelindring. Til sammenligning svarte 15 % av sykepleiere med > 1 time tidsbruk det samme.

Resultatene viser at 3/4 av sykepleiere med < 1 time tidsbruk på pasientarbeid per vakt var enig i at det hender de føler irritasjon når de behandler rusmisbrukere. Over 2/3 av sykepleiere med > 1 time tidsbruk per vakt svarte at det hender de føler irritasjon. Analysen viste $p < 0,05$.

Oppsummert antyder kryssvariabelanalysen at tidsbruk på direkte pasientarbeid kan påvirke sykepleieres holdninger til rusmisbrukere i både positiv og negativ retning.

Tabell nr. 14: Tidsbruk og sykepleieres kunnskap om opioider og smerte

Helt enig/enig i påstander Kunnskap om opioider og smerte	< 1 time % (antall) N=56	> 1 time % (antall) N=42	Pearson kjiikkvadrattest (p=0,05)
Opioidavhengig misbruk gir økt smerteopplevelse	61,8 (34)	59,5 (25)	0,535
Bruk av smertestillende opioider gir økt avhengighet	33,9 (19)	26,8 (11)	0,002
Pasienter med opioidavhengig misbruk har behov for mer smertestillende enn andre pasienter for å få smertelindring	94,6 (53)	88,1 (38)	0,002
På min arbeidsplass er det skriftlige retningslinjer for å kunne ivareta smertebehandlingen hos opioidavhengige pasienter	26,8 (15)	26,2 (11)	0,544

Som det fremgår av tabell 14, syntes 1/3 av sykepleiere med < 1 time tidsbruk på pasientarbeid per vakt å være enig i at opioider brukt som smertestillende medikament gir økt avhengighet, mens 1/4 av sykepleiere med > 1 time tidsbruk per vakt synes å være enig i denne påstanden. Analysen viste $p < 0,05$. Resultatene for svaralternativet ”uenig/helt uenig” viser at 39,3 % (N=56) av sykepleiere med < 1 time tidsbruk per vakt svarte at de var uenig, mens 43,9 % (N=42) av sykepleiere med > 1 time tidsbruk per vakt gav et tilsvarende svar. Funnene viser at flere sykepleiere med < 1 time tidsbruk per vakt mener at opioider brukt som smertelindring gir økt avhengighet sammenlignet med sykepleiere med > 1 time tidsbruk per vakt.

Tabell nr. 14 viser videre at det er seks prosent flere sykepleiere med < 1 time tidsbruk på pasientarbeid per vakt som svarte at rusmisbrukere har behov for mer smertestillende enn andre pasienter for å få smertelindring sammenlignet med sykepleiere med > 1 time tidsbruk per vakt. Kjiikkvadrattesten viste $p < 0,05$. Resultatene antyder at det også kan være en ulikhet i svaralternativet ”uenig/helt uenig”. Funnene viser at nesten 2 % (N=56) av sykepleiere med < 1 time tidsbruk per vakt svarte at de var uenig i at rusmisbrukere har behov for mer smertestillende, mens nesten 10 % (N=42) av sykepleiere med > 1 time tidsbruk per vakt svarte at de var uenig.

Analysen antyder at tidsbruk kan påvirke enkelte aspekter ved sykepleieres kunnskap om opioider.

5.0 DISKUSJON

Først i dette kapitlet vil de viktigste funnene bli oppsummert. Deretter vil funnene bli drøftet med utgangspunkt i forskningsspørsmålene.

Det er tidligere i oppgaven blitt nevnt at det er begrenset litteratur tilgjengelig om temaet, og at det er lite opponerende litteratur. Drøftingen av studiens funn reflekterer dette.

5.1 Oppsummering av funnene

Demografiske data: Funnene viser at respondentenes gjennomsnittsalder var 30,5 år.

Gjennomsnittlig arbeidserfaring som sykepleier var 5 år, og gjennomsnittlig arbeidserfaring med rusmisbrukere var 4,7 år.

Kunnskapskilde: Resultatene viser at sykepleiere i hovedsak fikk kunnskap om smerte og smertelindring hos rusmisbrukere fra kollegaer og gjennom egen arbeidserfaring. Funnene tyder på at informasjonsteknologi og evidensbaserte kilder hadde en begrenset rolle som kunnskapskilde. Funnene synes å peke på at sykepleieres kunnskap kan betegnes som erfaringsbasert, og ikke kunnskapsbasert.

Kunnskap om smerte/smertelindring: Funnene tyder på at mange sykepleiere hadde god klinisk kunnskap til å mestre smertelindring hos denne pasientgruppen. Flertallet av respondentene rapporterte at de kan gjenkjenne smerte, vurdere årsak til smerte og vurdere effekt av smertestillende medikamenter. Imidlertid viser funnene at en stor andel av sykepleiere manglet teoretisk kunnskap om hvordan opioider påvirker smerte og smerteopplevelsen hos rusmisbrukere. Resultatene viser usikkerhet om ferdigheter som å gjenkjenne smerte, vurdere grad av smerte og bruk av opioider som smertestillende medikament.

Barrierer: Studien synes å peke på at det kan være barrierer mot smertebehandling hos rusmisbrukere. Funnene antyder at følgende fire barrierer kan fremheves: Manglende kunnskap om smerte og opioidavhengige pasienter, utilstrekkelig vurdering av pasientenes smerte og smertelindring, sykepleiere kan oppleve det som vanskelig å diskutere smertene til

enkelpasienter med legene, og opioidavhengige pasienter oppleves generelt som vanskelig å ha med å gjøre.

Holdninger: Resultatene tyder på at sykepleiere hadde grunnleggende positive holdninger og gir uttrykk for sympati for rusmisbrukere. Studien indikerer at sykepleieres holdninger ikke var like positive når det gjaldt hvordan de så på og vurderte rusmisbrukeres smerteopplevelse, og hvordan de så på relasjonen med rusmisbrukere som pasientgruppe.

Tidsbruk: Resultatene indikerer at det ikke er en lineær relasjon mellom tidsbruk og kompetansenivå. Funnene tyder på at sykepleiere med mye tidsbruk på direkte pasientarbeid (og dermed mye erfaring) ikke nødvendigvis hadde mer kompetanse enn sykepleiere med mindre tidsbruk og mindre erfaring. På noen faktorer hadde tidsbruk ingen påvirkning, mens tidsbruk hadde både positiv og negativ påvirkning på faktorer som kunnskap og holdninger.

5.2 Kunnskapskilder

Kunnskapsbasert (evidensbasert) sykepleie og forskningsmetode har fått stor innpass i sykepleierutdanningen i det siste tiåret. Til tross for kritiske synspunkt om at kunnskapsbasert sykepleie har en snever tilnærming til kunnskap (Martinsen & Boge, 2004), blir det i sykepleierutdanningen vektlagt at sykepleiere skal ha fokus på kunnskapsbasert praksis i utøvelsen av yrket. I praksis vil det si at sykepleiefaglige avgjørelser skal tas med basis i både forskningsbasert kunnskap og erfaringsbasert kunnskap (Nortvedt et al., 2008). For å kunne arbeide kunnskapsbasert, må sykepleieres kunnskap komme fra både teoretiske og praktiske kilder. Resultatene viser at rundt halvparten av sykepleierne svarte at de hadde fått litt kunnskap fra sykepleierutdanning og litteratur. Det kan tyde på at teoretiske kilder har en begrenset rolle som kunnskapskilde for sykepleiere.

Informasjonsteknologi kan være moderne kilder for teoretisk kunnskap. Evnen til å bruke informasjonsteknologi er en ferdighet av økende betydning (Bond, 2004). Resultatene viser at internett hadde en liten rolle som kunnskapskilde. Over halvparten av respondentene svarte at de ikke hadde brukt Google eller faglige databaser for å hente kunnskap. Dette kan tyde på at sykepleiere ikke benytter moderne teknologi for å få kunnskap. Dette kan sies å være noe overraskende, særlig dersom man betrakter dette med bakgrunn i beskrivelsen av sykepleierne som deltok i studien. Sykepleierne var unge med en gjennomsnittsalder på 30,5 år. Det vil si

at majoriteten av sykepleierne hadde gått igjennom en moderne sykepleierutdanning hvor fokus har vært på at utøvende sykepleiepraksis skal være kunnskapsbasert. Det er en forventning om at informasjonsteknologi, har en viktig rolle i moderne sykepleierutdanning. Som nevnt, viser resultatene at over halvparten av respondentene svarte at de ikke hadde søkt etter kunnskap ved å bruke Google. ”Googling” er blitt et begrep innen internett, og kan sies å ha blitt det nye oppslagsverket. Selv om den faglige kvaliteten på informasjonen som kan hentes gjennom Google kan diskuteres, kunne man kanskje forventet at sykepleiere søkte informasjon fra slike databaser når de møtte pasientgrupper og problemstillinger som de har begrenset kunnskap om. Belyst ut fra sykepleieres relativt lave alder, kunne man forventet det. Resultatene fra studien kan tyde på at sykepleieres informasjonsteknologiske ferdigheter ikke er så gode som man kunne tro. Det er en forestilling om at unge mennesker er hyppige internettbrukere, og at de dermed har gode ferdigheter i det nye mediet. Det er forskning som kan tyde på at denne forestillingen er misvisende. En studie gjort blant britiske sykepleierstudenter viste at kun halvparten av respondentene svarte at de hadde gode søkeferdigheter (www –ferdigheter), til tross for at 90 % av respondentene hadde pc (Bond, 2004). Studien viste også at selvrapporterte pc-ferdigheter ikke tilsvarte de reelle ferdighetene når bestemte oppgaver skulle utføres (Ibid). En amerikansk studie viste at tilnærmet 60 % av respondentene ikke brukte forskningsrapporter som støtte for den praktiske utførelsen av sykepleie (Pravikoff, Tanner & Pierce, 2005). Mangel på søkeferdigheter ble nevnt som en barriere (Ibid). Over 2/3 av sykepleierne svarte at de fikk den informasjonen de hadde behov for fra kollegaer (Ibid). Med bakgrunn i internasjonale studier, kan det hevdes at sykepleiere ikke har tilstrekkelige ferdigheter til å benytte seg av elektroniske hjelpemidler for å hente informasjonen. Det kan være problematisk at sykepleiere har mangelfull teknologisk kompetanse. Evnen til å bruke informasjonsteknologi blir en stadig viktigere ferdighet i et helsevesen som blir økende elektronisk (Bond, 2004). Resultatet fra denne og andre studier kan tyde på at sykepleiere ikke er med på denne utviklingen.

Tidligere var informasjon kun tilgjengelig for profesjonelle fagpersoner, mens den nå også er tilgjengelig for pasienter (Ibid). Dersom pasienter selv bruker informasjonsteknologi for å hente informasjon, vil sykepleiere i økende grad møte krav og forventning om at de har den samme informasjonen og kunnskapen. Sykepleiere har fått en ny rolle med å hjelpe pasienter i å vurdere informasjonen de har funnet på internett (Ibid). Resultatene fra studien kan tyde på at sykepleiere kan ha utfordringer med å oppfylle den nye rollen. Det kan føre til at sykepleieres funksjon som fagperson kan bli endret.

Manglende ferdigheter til å bruke informasjonsteknologi er nødvendigvis ikke den eneste forklaringen på at sykepleiere i liten grad bruker internett som kunnskapskilde. I en amerikansk studie oppgav flertallet av sykepleiere at forskning hadde liten verdi for sykepleiepraksis (Pravikoff et al., 2005). Manglende tro på forskningens relevans kan være en barriere som gjør at sykepleiere ikke tar i bruk informasjonsteknologi for å få kunnskap. Selv om denne studien ikke kartla sykepleieres syn på forskning, kan både teknologisk ukyndighet og manglende tro på forskning forklare studiens resultat om at teoretiske kilder hadde en liten rolle som kilde for kunnskap.

Resultatene kan tyde på at sykepleiere i begrenset grad vektlegger evidensbasert sykepleie når de begynner å utøve yrket i praksis. Som nevnt i litteraturgjennomgangen, ble det ikke funnet norske eller skandinaviske studier om temaet eller pasientgruppen til tross for omfattende litteratursøk. De fleste studiene er amerikanske og australske (Kelleher, 2007). Siden de fleste studiene er amerikanske og australske, kan det eksistere en språkbarriere som en faktor som kan forklare årsaken til at faglige databaser er lite brukt for å hente kunnskap. En studie utført blant svenske sykepleiere viste at engelsk språk var en barriere mot å lese forskningsresultater og artikler (Kajermo, Nordstrøm, Krusebrant & Bjørvell, 1997). En studie blant norske operasjonssykepleiere viste et tilsvarende resultat (Hommelstad & Ruland, 2004). Det kan tyde på at artikler skrevet på engelsk er lite tilgjengelig for norske sykepleiere. Siden tilgjengelige studier i hovedsak er fra ikke-europeiske land, kan de også oppleves som irrelevante for norsk sykepleiehverdag. Når sykepleierne ikke har tilgang til litteratur på eget språk om temaet, i en kontekst som oppleves som relevant, kan det medføre at sykepleiere ikke benytter seg av forskningsbasert kunnskap. Det kan være en barriere mot evidensbasert sykepleie.

Som det fremgår av resultatene, oppgav flertallet av sykepleierne at de får kunnskap om temaet fra kollegaer og gjennom egen erfaring. Resultatene viser at kollegaer hadde en viktig rolle som kunnskapsformidler. En studie av Pravikoff et al. (2005) viste at 67 % av respondentene alltid eller ofte søkte etter informasjon hos kollegaer. Både denne og andre studier tyder på at kollegaer har en viktig funksjon når det gjelder å bidra med kunnskap. Resultatet kan tyde på at sykepleieres kunnskapskilder er erfaringsbaserte. Belyst på bakgrunn av Alvsvågs (2009) kunnskapssøyler om hva som inngår i en profesjon, kan det tyde på at sykepleiere som arbeider med rusmisbrukere mangler to av tre søyler: vitenskapelig kunnskap og teoretisk praksis. Den erfaringsbaserte søylen er tilstede, men tilstedeværelsen av de andre

søylene synes uklare. Med utgangspunkt i Alvsvåg (2009), kan det tyde på at det er mangler i sykepleieres kunnskapskilder som må fylles før faktorene som inngår i profesjonsbetegnelsen er oppfylt. Funnene tyder på at opplæring og kunnskap fra kollegaer er i samsvar med tradisjonell opplæring av sykepleiere. Som tidligere nevnt, har sykepleiere siden Florence Nightingale lært faget etter "læregutt"-modellen (Watkins, 2000). Det kan tyde på at kunnskapsoverføringen om temaet smerter og rusmisbrukere er mer i tråd med denne modellen, enn med den rådende tankegangen om evidens.

Erfaringsbasert kunnskap har en sentral rolle i kunnskapsbasert praksis (Nortvedt et al., 2008). Det kan være nødvendig å komme med noen betraktninger om kvalitet ved kunnskap som er erfaringsbasert. Deweys (McLelland & Dewey, 1914) tanker om at man lærer gjennom å handle, setter ikke krav til egen kompetanse. Det ligger implisitt i "læregutt"-modellen (Watkins, 2000) at sykepleiere lærer av andre som har bedre kompetanse. Som det fremgår av resultatet, hadde 1/3 av respondentene inntil to års erfaring som sykepleier, mens rundt 2/3 av dem hadde inntil fem års erfaring. Det kan tyde på at sykepleierne generelt hadde begrenset erfaring som sykepleiere, og dermed også begrenset erfaring med pasientgruppen. Studien viste at respondentenes erfaring med rusmisbrukere var litt mindre enn erfaringen som sykepleiere. Studien kan tyde på at sykepleiere får opplæring av kollegaer som selv har noe begrenset erfaring med yrket og pasientgruppen. Belyst ut fra Benners (1984) kunnskapsstige, kan det sies 1/3 av respondentene er i gruppen viderekomne og 1/3 er i kategorien kompetent. Sykepleiere som er kompetent har ikke tilstrekkelig erfaring til å se en situasjon ut fra hvilke aspekter som er mest viktig (Benner, 1984). Belyst ut fra Benner, kan det sies at det er av betydning hvilke kunnskap kollegaer har når de er en viktig kilde for informasjon. Dersom sykepleiere får kunnskap og opplæring fra kollegaer med begrenset erfaring, vil sykepleiere få tilført en erfaringsbasert kunnskap som også kan betegnes som mangelfull. Med andre ord, mangelfull erfaringsbasert kunnskap kan bli reproduisert. Denne studien sier ikke noe om sykepleiere får erfaringsbasert kunnskap fra sykepleiere med liten erfaring eller sykepleiere med lang erfaring. Som nevnt tidligere, viser resultatene at 2/3 av respondentene hadde mindre enn fem års erfaring. Det kan tyde på at det er en mulighet for at den erfaringsbaserte kunnskapen som blir overført kan være begrenset. Det er en viktig oppgave for arbeidsgiver å ha en oversikt over hvilken erfaringsbasert kompetanse personalet har. Ved at arbeidsgiver bevisst gir ansvaret for opplæring til sykepleiere med lang erfaring, kan erfaringsbasert kunnskap som kunnskapskilde få en bedre kvalitet.

Resultatene fra studien kan tyde på at teoretiske og evidensbaserte kilder har en begrenset rolle som kunnskapskilder for sykepleiere som arbeider med dette temaet. Studien kan tyde på at sykepleieres kunnskap må betraktes som erfaringsbasert, og ikke kunnskapsbasert.

5.3 Kunnskap om smertelindring

Som det fremgår av resultatene om sykepleiernes vurdering av egen kunnskap om smertelindring, var flertallet av respondentene enig i at de kan gjenkjenne og vurdere årsak til smerte og effekt av smertelindring. Studien kan tyde på at flertallet av sykepleierne har gode, grunnleggende kunnskaper om smerte. Resultatene viser at mange sykepleiere uttrykte usikkerhet om de hadde disse ferdighetene. Omtrent 1/3 av sykepleierne svarte at de var usikre på om de kan vurdere årsak til smerte, og halvparten av respondentene svarte at de var usikre på om de kan vurdere grad av smerte. Resultatene kan tyde på at det er en stor grad av usikkerhet blant sykepleiere når det gjelder smertevurdering hos rusmisbrukere. Denne usikkerheten kan påvirke smertebehandlingen hos rusmisbrukere. Belyst ut fra et fenomenologisk og biomedisinsk perspektiv på smerte, kan resultatene antyde at smertevurderingen til en viss grad er frakoplet disse perspektivene. Et fenomenologisk perspektiv på smerte gir en forståelse av smerte som en personlig erfaring og opplevelse. Et biomedisinsk perspektiv på smerte gir en forståelse av hvordan smerte oppstår. På den ene siden, kan det fenomenologiske perspektivet bidra til å klarlegge og beskrive pasienters smerteopplevelse. På den andre siden, kan det biomedisinske perspektivet bidra til å klarlegge smertens realitet. Smertens realitet kan betviles, men ikke dens opplevelse (Nortvedt & Nortvedt, 2001). Det kan hevdes at et utgangspunkt i begge perspektivene kan være nyttig når sykepleiere utfører ferdigheter som å gjenkjenne og vurdere grad og årsak til smerte.

Det biomedisinske perspektiv kan sies å være en viktig faktor når smerte hos rusmisbrukere skal vurderes. Dette perspektivet fører til begrepene hyperalgesi og allodyni (Ducharme, 2000; Pud et al., 2006; Morgan D., 2006). Misbruk av opioider fører i seg selv til økt sensitivitet for smerte (Ducharme, 2000). Denne kunnskapen og perspektivet på smerte, kan være et nyttig bidrag når grad og årsak til smerte vurderes. Studier har vist at sykepleieres persepsjon av smerte kan være basert på egen kunnskap og tidligere erfaring med smerte (Manias et al., 2002). Det kan hevdes at denne persepsjonen på smerte vil være utilstrekkelig når man har med rusmisbrukere å gjøre, dersom tidligere erfaring med smerte ikke omfatter smerte hos rusmisbrukere. Det kan føre til en feilvurdering av både grad og årsak til smerte.

Det kan hevdes at tilstedeværelsen av hyperalgesi og allodyni medfører at smertens årsaksforhold og grad er forskjellig hos rusmisbrukere enn hos pasienter uten rusmisbruk. Med andre ord, rusmisbrukere kan ha en større grad av smerte og ha andre årsaksforhold som påvirker smerteopplevelsen. Det kan hevdes at det biomedisinske perspektivet kan være et nyttig bidrag til smertevurdering hos rusmisbrukere. Resultatene fra studien kan tyde på at det biomedisinske perspektivet har en begrenset rolle i sykepleieres smertevurdering.

Det biomedisinske perspektivet og begrepene allodyni og hyperalgesi kan også ha en viktig rolle i å forhindre smerte. Det kan illustreres med et eksempel: Å legge inn en perifer venekanyle utløser lite smerte for pasienter uten rusmisbruk. Pasienter med misbruk av opioider kan oppleve dette som meget smertefull pga hyperalgesi og allodyni. Et aktuelt smertelindrende tiltak kan være å bruke et lokalanestetikum (for eksempel EMLA-krem) til overflateanestesi før innleggelse av en perifer venekanyle hos opioidavhengige pasienter. Det biomedisinske perspektivet kan gi sykepleiere kunnskap om rusmisbrukeres smerteopplevelse og smertens årsaksforhold som gjør sykepleiere i stand til å iverksette forebyggende tiltak. Dersom sykepleiere kun hadde hatt et fenomenologisk perspektiv på pasientens smerteopplevelse, ville sykepleieren ha opplevd at pasienten hadde en sterkere smerteopplevelse enn pasienter uten rusmisbruk. Sykepleieren ville ikke hatt nødvendig kjennskap til årsaksforhold slik at forebyggende tiltak kunne vært iverksatt. Det er lite forskning om forebygging av smerte hos rusmisbrukere. Med bakgrunn i egen erfaring, kan det hevdes at det ikke vektlegges i den grad det burde. Studiens funn indikerer at det kan være mangelfull kunnskap som hindrer at forebyggende tiltak kan iverksettes.

Resultatene viser at flertallet av respondentene svarte at de kunne bruke lette smertestillende medikamenter, opioider og en kombinasjon av disse. Resultatet viser også at 1/3 av respondentene svarte at de ikke kunne eller var usikker på å bruke opioider som smertestillende medikament. Funnene viser at sykepleiere selv mente de har god kunnskap om medikamenter og bruken av disse. Det kan hevdes at funnene viser at en betydelig andel av respondentene strever når det gjelder bruken av opioider som smertelindrende medikament. Studier har vist at det er en motvilje blant sykepleiere å administrere analgetiske preparater (Drayer et al., 1999). Det blir brukt som en forklaring på at pasienter opplever smerte. Resultatene i denne studien tyder ikke på en slik motvilje. Som det fremgår av resultatene,

svarte nesten alle sykepleiere at de ikke gir mindre smertestillende enn det som ble ordinert. Selv om resultatene viser at en del av respondentene var usikre på bruk av opioider, kan det hevdes at funnene viser at sykepleieres kunnskaper om medikamenter og oppfølging av ordinasjoner, tyder på at smertebehandlingen som omfatter medikamenter til rusmisbrukere kan beskrives som tilfredsstillende. Det kan imidlertid være andre faktorer som også påvirker smertebehandlingen. Som det fremgår av resultatene, svarte over 40 % av respondentene at det ikke blir administrert tilstrekkelig smertestillende medikamenter. Dette er en faktor som påvirker smertebehandlingen. Manglende ordinasjon er ikke et ansvar som tilfaller sykepleiere. Det kan hevdes at det er innenfor sykepleieres ansvarsområde å formidle oppfatningen av manglende ordinasjon til legene, fordi observasjonen av manglende ordinasjon kan fremkomme av sykepleieres smertevurdering. Til tross for at funnene viser at rusmisbrukere fikk de medikamentene som ble ordinert, kan det hevdes at smertebehandlingen blir utilfredsstillende dersom det ikke ordineres tilstrekkelig smertelindrende medikamenter. Resultatet viser over halvparten av respondentene var enig i at smertene til pasienter med opioidavhengig rusmisbruk er underbehandlet. Det kan tyde på at det er et misforhold mellom smertebehandlingen og sykepleieres oppfatning av effekten av smertebehandlingen. Det kan tyde på at manglende samarbeid mellom sykepleiere og leger også kan være en faktor som må vektlegges. Det beskrives som en organisatorisk faktor, og vil bli drøftet senere i oppgaven.

Til tross for at flertallet av respondentene svarte at de kan bruke opioider som smertestillende medikament, fremgår det av studien at flertallet av respondentene ikke vet eller var enig i at opioider fører til økt avhengighet hos rusmisbrukere. Forskning som er gjort omkring dette, viser at opioider som brukes for å lindre smerter hos pasienter med en misbruksproblematikk ikke fører til økt avhengighet (McCaffery & Pasero, 2001). Ifølge Morgan B. (2006), er frykt for avhengighet en av de viktigste barrierene mot smertelindring. Denne frykten kan skyldes at sykepleiere ikke ønsker å bidra til at livssituasjonen for pasientene blir forverret. Resultatene viser at sykepleiere hadde empati for rusmisbrukeres livssituasjon. Sykepleieres misjon er å bedre situasjonen for pasientene, ikke forverre den. En misoppfatning om virkningen av opioider kan forverre situasjonen for rusmisbrukere. Frykten for å bidra til økt avhengighet, kan føre til at sykepleiere er restriktive med å bruke opioider som et smertelindrende medikament hos misbrukere. En restriktiv bruk av smertelindring, kan bidra til at rusmisbrukeres smerteopplevelse forverres. Ubehandlet smerte øker smertesensitiviteten

(Ducharme, 2000), og dermed smerteopplevelsen. Resultatet kan tyde på at det eksisterer kunnskapsmangel om forholdet mellom opioidmisbruk og avhengighet. Kunnskapsmangel er av bl.a. Hamilton & Edgar (1992), McCaffery et al. (2000) og King (2004) identifisert som en faktor som kan være en barriere mot smertelindring. Med andre ord, kan det hevdes at dersom sykepleiere hadde fått opplæring i opioidmisbruk og avhengighet, kunne frykten for å skape avhengighet blitt redusert og smertelindringen blitt bedre.

Funnene i studien var ikke direkte entydige. På den ene siden, svarte sykepleiere at de ikke har tilstrekkelig kunnskap om smerte og smertelindring hos rusmisbrukere, at smertene til rusmisbrukere er underbehandlet og at sykepleieres vurdering av smerte/smertelindring er utilstrekkelig. På den andre siden, svarte 40 % av respondentene at sykepleierne på egen arbeidsplass har tilstrekkelig kunnskap og 2/3 mente at over halvparten av rusmisbrukerne på deres arbeidsplass fikk tilfredsstillende smertelindring. Funnene kan synes som en motsetning. Det er vanskelig å forklare denne motsetningen. Det er nærliggende å tenke på bias som en forklaring. Det er en mulighet for at de aktuelle spørsmålene er formulert på en uklar måte slik at det gir motstridene svar (Polit & Beck, 2004). Det kan gjøre det vanskelig å trekke sikre konklusjoner om funnene. Resultatenes motsetninger kan ha andre forklaringer enn bias som må drøftes.

En annen mulig forklaring på ulik vurdering av egen og kollegaers kompetanse, kan være at sykepleiere er mer selvkritisk til egen kunnskap. Resultatene viser at respondentene mente at de ikke hadde tilstrekkelig kunnskap. Funnene viser også at kollegaer har en viktig rolle som kunnskapsformidler. Det er også beskrevet i andre studier (Pravikoff et al., 2005). Det kan tyde på at sykepleiere har tiltro til sine kollegaer. Det kan påvirke den erfaringsbaserte kunnskapen i en positiv retning fordi sykepleiere gir hverandre støtte og råd.

Det kan være ulike forklaringer på resultatene som viser motsetninger i sykepleieres vurderinger av rusmisbrukeres smertelindring. Forskning har vist at sykepleiere vurderte smerte som mindre intens enn pasientens rapportering (Grossmann et al., 1991; Drayer et al., 1999). Dersom funnene belyses med bakgrunn i det, kan det sies at det er positivt at sykepleiere svarte at rusmisbrukeres smerte er underbehandlet. Det er et resultat som på en positiv måte fraviker det forskning viser. Dersom studiens funn om at sykepleiere vurderer

pasienters smertelindring som tilfredsstillende belyses ut fra den ovennevnte forskningen, kan det sies at resultatet samsvarer med forskningen. Dette funnet kan tyde på at rusmisbrukernes smerte blir undervurdert. Det kan igjen tyde på behov for økt kompetanse.

Som drøftet ovenfor, viser resultatene at sykepleiere på noen områder har gode ferdigheter, men at også kunnskapsmangel kan være tilstede. Det reflekteres i sykepleieres vurdering av egen kunnskap. Som det fremgår av resultatet, svarte over halvparten av sykepleierne at de ikke har tilstrekkelig kunnskap. Det kan hevdes at dette resultatet viser at respondentene har en selvkritisk tilnærming til egen kompetanse. Belyst ut fra forskning, er det sammenfallende med andre studier. Selv om forskning har vist at sykepleiere ikke erkjenner egen kunnskapsmangel (Wallace et al., 1995), er det en rekke studier som viser at sykepleiere erkjenner at de har manglende kunnskap om omsorg for rusmisbrukere (Happel et al., 2002; Morgan B., 2006). Både denne studien og andre studier tyder på at det er kunnskapsmangel hos sykepleiere som arbeider med rusmisbrukere. Det kan hevdes at det er positivt at sykepleiere erkjenner kunnskapsmangel. Det kan åpne opp for at endring kan finne sted. Det må påpekes at arbeidsgiver har et ansvar for at sykepleiere har nødvendig kunnskap til å utføre de oppgaver som blir pålagt. I følge Lov om helsepersonell, skal virksomhet som yter helsehjelp organiseres slik at helsepersonell blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter (Lov om helsepersonell, 1999). Belyst ut fra Helsepersonelloven, kan det hevdes at arbeidsgivers plikt også strekker seg til å tilrettelegge for at sykepleiere får nødvendig kompetanse.

5.4 Barrierer

Resultatene fra studien viser at kunnskapsmangel i form av manglende kunnskap om smertelindring og utilstrekkelig vurdering av smerte, kan være barrierer mot smertebehandling hos opioidavhengige pasienter. Resultatene i denne studien antyder at det også kan være organisatoriske og holdningsmessige barrierer tilstede. I dette underkapittelet vil organisatoriske barrierer bli drøftet. Holdningsmessige barrierer vil bli drøftet i neste underkapittel.

Som det fremgår av resultatene, svarte 40 % av respondentene at det er vanskelig å diskutere smertene til pasientene med legene. Funnene viser imidlertid at halvparten av sykepleiere som brukte mer enn en time per vakt på direkte pasientarbeid med rusmisbrukere svarte at det er

vanskelig å diskutere smerte med legene, sammenlignet med 1/3 av sykepleiere med mindre enn time pasientarbeid per vakt. Med andre ord, mente flertallet av sykepleiere som brukte mye tid på pasientarbeid at det var vanskelig å diskutere rusmisbrukeres smerte med legene. Resultatene kan tyde på at det kan være mangelfullt samarbeid mellom leger og sykepleiere om smertebehandling hos rusmisbrukere, og at det også er manglende rutiner for smertebehandling hos denne pasientgruppen. Tradisjonelt, har sykepleiere og leger anklaget hverandre for dårlig smertebehandling (Haigh, 2008). Det kan tyde på at dårlig samarbeid mellom de to faggruppene ikke er uvanlig. Siden ordinerer av smertebehandling er en legeoppgave, og sykepleiere har legedelegert ansvar for implementering og oppfølging av smertebehandling, er samarbeid viktig for å oppnå gode rutiner og god smertebehandling. Litteraturen beskriver at dårlige rutiner for smertebehandling er organisatoriske barrierer mot smertebehandling (Huang et al., 2001). Funnene kan tyde på at det er utfordringer når det gjelder samarbeid mellom sykepleiere og leger, og mangelfulle rutiner når det gjelder smertebehandling.

Dersom resultatene ovenfor blir belyst ut fra studien funn om utilfredsstillende ordinasjon av smertelindrende medikamenter og underbehandling av rusmisbrukeres smerter, blir det skapt et inntrykk av at smertebehandlingen hos rusmisbrukere ikke er optimal. Som nevnt, viser resultatene at det var sykepleiere som brukte mest tid på pasientarbeid som i størst grad opplevde at det var vanskelig å ta opp rusmisbrukeres smerter med legene. Det kan være riktig å hevde at man kunne forventet et annet resultat, dvs. at det ville være sykepleiere med mindre pasientarbeid som hadde denne opplevelsen. Sykepleiere med mye arbeidserfaring kan ha mer kunnskap om temaet, og kan lettere gå inn i en dialog med legene om rusmisbrukeres smerteopplevelse. Dersom det er sykepleiere med mest erfaring gjennom direkte pasientarbeid som vegrer seg mot å diskutere temaet med legene, kan det hevdes at den organisatoriske barrieren som det representerer forsterkes ytterligere.

Resultatene viser også at flertallet av respondentene svarte at det ikke var skriftlige retningslinjer om medikamentering av opioidavhengige pasienter. Manglende retningslinjer kan føre til at sykepleiere opplever manglende autonomi i forbindelse med smertebehandling. Det kan hevdes at dersom skriftlige retningslinjer er tilstede, kan sykepleiere innenfor en bestemt ramme agere selvstendig i forhold til rusmisbrukeres smerteopplevelse. Det kan gi en opplevelse av en viss grad av autonomi, fordi sykepleiere kan handle på egen hånd uten å måtte konferere med en annen faggruppe. Dersom funnet om manglende retningslinjer blir

belyst ut fra resultatet om at sykepleiere opplevde at det er vanskelig å diskutere rusmisbrukeres smerte med legene, kan det hevdes at sykepleiere kan tolke det som om smertebehandling hos denne pasientgruppen ikke gis tilstrekkelig høy prioritet. Det kan være en barriere mot smertebehandling. Mangel på retningslinjer kan også i seg selv være en barriere mot smertebehandling (Huang et al., 2001). Funnene i denne studien kan tyde på at mangel på retningslinjer kan være en barriere mot smertebehandling hos rusmisbrukere. Retningslinjer kan åpne opp for at sykepleiere kan ta avgjørelser innenfor et rammeverk, og dermed kan de bli mer uavhengige av legene. Det er studier som har vist at smertebehandling blir bedre dersom sykepleiere får økt autonomi innen dette feltet (Stenner & Courtney, 2008). Det kan være en måte å redusere organisatoriske barrierer. Det må påpekes at det kan være vanskelig for den enkelte sykepleier å bygge ned barrierer som skyldes organisatoriske faktorer. Det ansvaret er hovedsakelig hos arbeidsgiver. Årsaken er at denne formen for barrierer ofte involverer strukturelle endringer (Huang et al., 2001). Strukturelle endringer må gjøres på overordnet plan, ikke på individnivå. Det kan tyde på at det kan være vanskelig og tidkrevende å bygge ned organisatoriske barrierer mot smertebehandling.

Selv om organisatoriske barrierer ikke direkte omfattes av kompetansebegrepet, kan organisatoriske faktorer påvirke utøvelsen av sykepleiepraksis. Med andre ord kan det hevdes at organisatoriske barrierer kan hindre sykepleiere i å utnytte kunnskapen og kompetansen de besitter. Belyst ut fra studiens funn om at sykepleiere synes det er vanskelig å diskutere rusmisbrukeres smerter med legene, kan det hevdes at manglende samarbeid mellom faggrupper kan hindre sykepleiere å bruke kunnskapen for å oppnå en god smertebehandling for rusmisbrukere. Sykepleiere kan ha en god kunnskapsbase, men den kan bli utfordret av ansenhet som skyldes opplevelsen av at de ikke har kontroll over situasjonen (Wilson, 2007). Det kan føre til at de distanserer seg fra situasjonen (Ibid). Det kan hevdes at organisatoriske barrierer, som manglende samarbeid, kan være en faktor som utløser en opplevelse hos sykepleiere om at de ikke har innflytelse og dermed heller ikke kontroll. Det kan føre til at sykepleiere distanserer seg fra rusmisbrukeres smerteopplevelse, og ikke går inn i situasjonen slik kunnskapen skulle tilsi. Resultatet kan bli at sykepleiere ikke får brukt kunnskapen til å få en god smertebehandling for rusmisbrukere. Det kan hevdes at organisatoriske barrierer på denne måten også kan opptre som en kunnskapsmessig barriere. Det kan tyde på at det ikke er mulig å kartlegge kompetanse uten samtidig å kartlegge barrierer. Manglende kompetanse kan opptre som barrierer, mens barrierer kan påvirke

utøvelsen av kompetanse slik at den begrenses. Det kan derfor hevdes at det kan være et gjensidig forhold mellom kompetanse og barrierer.

5.5 Holdninger

I teorikapittelet, ble holdninger inkludert i en holistisk tilnærming til kompetansebegrepet. Til tross for liten konsensus om hva begrepet kompetanse skal inneholde (Cowan et al., 2005), kan det hevdes at en holistisk tilnærming til kompetansebegrepet synes har fått en økende tilslutning i sykepleiefaget. Holisme som filosofi bygger på at universet må sees ut fra en helhet (Kim, 1999). Sykepleie har hatt fokus på å se pasienten som en helhet, en helhet av kropp, tanke og ånd (Ibid). Det kan tyde på at det ville vært utilstrekkelig å ha en tilnærming til kompetanse som et begrep som kun består av teori og praksis. En slik tilnærming kan ekskludere pasientens tanke, ånd og følelser. Det kan hevdes at holdningsbegrepet bidrar til å utvide synet på mennesker, fordi det omfatter en annen dimensjon enn kun teori og praksis. Belyst ut fra denne studiens tema, krever profesjonell smertebehandling kontinuerlig bevisstgjøring av verdier og holdninger i forhold til smertepasienten (Nortvedt & Nortvedt, 2001). Det tyder på at holdninger er en del av sykepleieres kompetanse dersom man skal oppnå profesjonell smertebehandling. Holdningers trekomponentmodell (Håkonsen, 2009) vektlegger at holdninger blant annet består av en kognitiv del, dvs. en del bestående av kunnskap. Det kan tyde på at det er en interaksjon mellom kompetanse og holdninger. Med andre ord, holdninger kan prege kompetansen, og kompetanse kan påvirke holdninger. Det kan hevdes at holdninger kan bidra til å skape en helhet i synet på pasienter. En holistisk tilnærming til kompetansebegrepet kan bidra til at denne helheten skapes.

Som det fremgår av resultatene, var nesten alle respondentene enig i at rusmisbrukere har en vanskelig livssituasjon. Funnene viser også at sykepleierne gav uttrykk for sympati med rusmisbrukere. Resultatene kan tyde på at sykepleiere har grunnleggende positive holdninger til rusmisbrukere og deres livssituasjon. Funnene kan tyde på at sykepleiere også har en sosiologisk forståelse av narkomani, ikke bare en medisinsk forståelse.

En holdning er måten å reagere på i forhold til andre mennesker (Håkonsen, 2009). Det kan hevdes at rusmisbrukeres livssituasjon påvirker den følelsesmessige komponenten av holdningsbegrepet. Den følelsesmessige delen omfatter de følelsene som utløses når man møter en person eller en situasjon (Ibid). Funnene tyder på at sykepleieres møte med

rusmisbrukere og deres situasjon utløser positive følelser i form av empati, som kan bidra til positive holdninger. En positiv holdning og empati med opioidavhengige rusmisbrukere kan påvirke hvordan sykepleiere tilnærmer seg rusmisbrukere. Det kan hevdes at de positive grunnleggende holdningene kan påvirke det atferdsmessige aspektet av holdninger på en positiv måte. Som trekomponentmodellen (figur 1) viser, er både det følelsesmessige aspektet og atferdsaspektet en del av en persons holdning (Ibid). Belyst ut fra de tre delene av trekomponentmodellen (figur 1), kan det hevdes at funnene i studien kan tyde på at sykepleiere i utgangspunktet responderer positivt på rusmisbrukere som pasientgruppe. Det kan være en viktig faktor når sykepleiere skal agere på rusmisbrukeres smerteopplevelse. En persons holdning påvirker utførelsen av en handling.

En persons holdning har en direkte påvirkning på en handling eller utførelsen av en handling (Terry & O'Leary, 1995). Studiens funn kan tyde på at sykepleiere ikke vegrer seg mot å utføre handlinger rettet mot rusmisbrukeres smerteopplevelse. Til motsetning, kunne negative holdninger blant sykepleiere ført til en vegring mot å utføre handlinger eller at de ville utført handlinger på en dårligere måte enn de ellers ville ha gjort. Funnene kan tyde på at sykepleiere har positive holdninger som kan bidra til god kompetanse siden kompetanse omfatter holdninger i tillegg til kunnskap. Belyst ut fra annen forskning, kan det hevdes at funnene i denne studien viser mer positive grunnholdninger enn hva andre studier har vist. Forskning har vist at sykepleiere ser på pleie av rusmisbrukere som en ubehagelig erfaring (Kelleher, 2007), at sykepleiere har et moralistisk og negativt syn på rusmisbrukere (Ford et al., 2008; Happel & Taylor, 2001), og har manglende respekt for rusmisbrukere (Morgan B., 2006). Belyst ut fra den følelsesmessige delen og atferdsdelen av holdningers trekomponentmodell (figur 1), kan det hevdes at negative og moralistiske holdninger til rusmisbrukere kan påvirke sykepleieres atferd på en negativ måte. Sykepleieres holdninger kan påvirke hvordan sykepleiere tilnærmer seg rusmisbrukere. Det kan hevdes at funnene i denne studien tyder på at sykepleiere tilnærmer seg utfordringene i pasientforholdet med rusmisbrukere på en positiv måte. En positiv oppfatning om, og tilnærming til, rusmisbrukere, kan bidra til at sykepleierne får en bedre forståelse for alle aspekter ved rusmisbrukeres liv og situasjon. Funnene i denne studien synes ikke å vise at sykepleiere har moralistiske holdninger. Tvert imot, tyder funnene på at sykepleieres grunnholdninger kan betegnes som empatiske.

Belyst ut fra de tre delene av trekomponentmodellen og definisjonen av kompetanse, kan det hevdes at det kan bidra til en bedre kompetanse om rusmisbrukeres smerte. Kompetanse kan bestå av både kunnskap, handling og holdninger (Cowan et al., 2005). Positive følelsesmessige holdninger kan føre til positiv atferd. Det kan føre til at sykepleiere møter rusmisbrukere med et positivt syn. Det kan hevdes at funnene i denne studien omfattes av en utvikling som har fremkommet i studier av Howard & Chung (2000), som viser at det har vært en positiv utvikling i sykepleieres holdninger til rusmisbrukere de siste tiårene. Belyst ut fra det holistiske synet på kompetanse, kan det tyde på at sykepleieres kompetanse om smerte og smertebehandling hos rusmisbrukere også har gjennomgått en positiv utvikling siden holdninger er en bestanddel av kompetansebegrepet. Forskingen kan imidlertid tyde på at det ikke er en slik tilsvarende positiv utvikling på smertebehandling hos rusmisbrukere. Studier har vist at rusmisbrukere fremdeles føler at deres smerte ikke blir erkjent (Morgan B., 2006). Resultatene i denne studien viser, som nevnt tidligere, at sykepleiere svarte at rusmisbrukere ikke får tilstrekkelig smertelindring. Det kan tyde på at positive holdninger ikke er eneste faktor som påvirker smertebehandlingen hos rusmisbrukere.

Resultatene viser at 2/3 av respondentene var enig i at rusmisbrukere generelt er vanskelig å ha med å gjøre. Funnene viser også at 3/4 av respondentene kan føle irritasjon når de behandler pasienter med opioidavhengig rusmisbruk. Resultatene kan tyde på at sykepleiere strever med forholdet til rusmisbrukere, til tross for grunnleggende positive holdninger. Belyst ut fra delene i trekomponentmodellen (figur 1), kan det hevdes at funnene er faktorer som berører den følelsesmessige delen av holdninger. Det kan påvirke holdningene slik at de kan bli barrierer mot smertebehandling, fordi følelsesaspektet kan påvirke holdningers atferdsaspekt. Belyst ut fra forskning, kan det hevdes at resultatene i denne studien samsvarer med andre studier. Studier har vist at sykepleiere synes det er vanskelig å forholde seg til rusmisbrukere (Morgan B., 2006), og at de er en krevende pasientgruppe å arbeide med (Klingsheim, 2003). Resultatene kan tyde på at rusmisbrukere kan gi sykepleiere spesielle utfordringer.

Funnene kan også belyses ut fra begrepet ”den vanskelige pasient”, et begrep som er vanlig blant sykepleiere (MacDonald, 2003). Pasienter kan bli betegnet som vanskelige fordi de har en væremåte som er i konflikt med forventet pasientrolle (Ibid). Det er ikke bare karakteristikker hos pasienten som kan gjøre at pasienter oppleves som vanskelige. Pasienter kan også bli sett på som vanskelige dersom sykepleiere føler at de ikke har tilstrekkelig

kompetanse til å hjelpe pasienten (Kus, 1990). Med andre ord, også faktorer hos sykepleiere kan bidra til at pasienter oppleves som vanskelige. Det kan føre til at sykepleiere blir usikre på seg selv (MacDonald, 2003). Det kan tyde på at studiens funn om kunnskapsmangel kan bidra til en usikkerhet hos sykepleiere som gjøre at rusmisbrukere oppleves som vanskelige. Pasienter som blir betegnet som vanskelige kan påvirke både den følelsesmessige og atferdsmessige delen av holdninger. Det kan hevdes at den følelsesmessige opplevelsen av pasienter kan føre til at atferden påvirkes ved at sykepleiere ikke handler til beste for pasienten. Slike negative holdninger kan påvirke sykepleieres kompetanse fordi holdningene kan hindre at kunnskapen blir benyttet slik den kunne blitt.

Dersom betegnelsen ”den vanskelige pasient” brukes fordi sykepleiere føler at de har utilstrekkelig kunnskap, kan det påvirke de tre delene av trekomponentmodellen (figur 1). Følelsen av utilstrekkelighet kan føre til at den kognitive delen utløser en reaksjon i den følelsesmessige delen. Denne reaksjonen kan være opplevelsen av pasienten som ”vanskelig”. Det kan føre til at sykepleiere vegrer seg mot å gå inn i en relasjon med rusmisbrukere, eller iverksetter sanksjoner i form av, for eksempel, grensesetting. Det kan hevdes at følelsen av utilstrekkelighet og bruk av begrepet ”den vanskelige pasient” kan påvirke alle de tre delene av trekomponentmodellen, og bidra til å skape negative holdninger til rusmisbrukere.

Synet på rusmisbrukere som ”vanskelige”, kan også bidra til at sykepleiere ikke vektlegger pasienters ønsker og behov. Pasienters behov er en av komponentene av kunnskapsbasert praksis (Nortvedt et al., 2008). Stereotypiske holdninger til pasienter kan føre til at pasienters behov blir oversett. Det kan være en barriere mot både smertebehandling og kunnskapsbasert praksis. Stereotypiske holdninger kan også være en barriere mot å etablere en behandlingsrelasjon preget av tillit til rusmisbrukere. Det kan hindre sykepleiere til å oppnå god kommunikasjon med rusmisbrukere. Rusmisbrukere lever under vanskelige sosiale forhold som kan bidra til nedsatt evne til kommunikasjon (Klingsheim, 2003), også evnen til kommunikasjon. Manglende evne til å kommunisere smerte kan være en pasientbarriere. Pasientbarrierer kan hindre pasienter til å rapportere smerten sin (Carr, 2007). Uten en relasjon med rusmisbrukere som er preget av tillit og trygghet, kan det være vanskelig for sykepleiere å gå i en dialog med rusmisbrukere om smerteopplevelsen. Dersom kunnskapsmangel er tilstede, kan det sies at kompetanse ikke kan kompensere for tilstedeværelsen av pasientbarriere. Sykepleiere har ikke nødvendig kompetanse til å vurdere pasientens smerte på et objektivt grunnlag. Siden smerte er en subjektiv erfaring, kan det sies

at samarbeid med pasienten er nødvendig for å vurdere og evaluere pasientens smerte. Samarbeid med pasienten kan også sies å være nødvendig for å kartlegge pasientens forventninger til smertelindring. Det kan hevdes at stereotypiske holdninger kan bidra til å forsterke pasientbarrierer, som igjen kan være en hindring mot god smertebehandling.

Det kan hevdes at negative holdninger ikke nødvendigvis er et problem i seg selv. Det som er avgjørende er hvordan holdningene kommer til uttrykk. Alle bærer med seg forutbestemte holdninger, og de er relativt varige (Håkonsen, 2009). Holdninger bygger på permanente tanker og følelser (Schilling, 2004). Slik er det også for sykepleiere. I arbeidet med rusmisbrukere, kan det hevdes at det er nødvendig å erkjenne at man kan ha negative holdninger. En slik erkjennelse kan bidra til at atferdsdelen endres (Kus, 1990). Med andre ord kan det sies at sykepleiere kan utføre bedre smertebehandling dersom de erkjenner eventuelle negative holdninger til rusmisbrukere. Det kan også være til støtte for sykepleiere å dele negative følelser og holdninger om pasienter med kollegaer (Ibid). Det kan bidra til å gi sykepleiere aksept for at slike holdninger kan være vanlige. Det kan imidlertid være en risiko for at det kan forsterke de negative holdningene fordi det kan skapes aksept for negative holdninger. Et slikt utfall kan ha en negativ påvirkning på kompetansen ved at sykepleiere ikke utfører handlinger som er til beste for rusmisbrukere.

Resultatene viser videre at respondentene var enig i at rusmisbrukere overdriver smerte for å få mer smertestillende, og at de ikke er ærlig om effekten av smertelindrende tiltak. Det indikerer at sykepleiere har en tendens til å mistro og ikke anerkjenne rusmisbrukeres smerteopplevelse. Det kan bety at smertebehandlingen blir påvirket i en negativ retning fordi sykepleiere retter smertelindringen mot egen persepsjon av rusmisbrukeres smerte, og ikke mot rusmisbrukeres egen opplevelse. Det kan tyde på at det fenomenologiske perspektivet ikke ligger til grunn for sykepleieres persepsjon av rusmisbrukeres smerte. Det fenomenologiske perspektivet kan sies å vektlegge smerte som en personlig erfaring som ikke kan underkjennes. Forskning kan tyde på at det er vanlige holdninger blant sykepleiere. En rekke studier har vist at mangelen på å kjenne igjen eller anerkjenne smerte er et omfattende problem (Drayer et al., 2009; Morgan B., 2006). Konsekvensen av disse holdningene synes å være mangelfull smertelindring. Studier har vist at omtrent halvparten av pasientene rapporterer om at smertelindringen er utilfredsstillende (Polomano et al., 2008). Det kan hevdes at mistro mot rusmisbrukeres smerteopplevelse kan være en faktor som kan forklare pasienters rapportering om utilfredsstillende smertelindring. Funnene i denne studien kan sies

å reflektere funn gjort i en studie blant rusmisbrukere som viste at rusmisbrukere følte at smerteopplevelsen deres ikke blir erkjent (Morgan B., 2006). Resultatene i denne studien indikerer at det kan eksistere en mistro mellom sykepleiere og rusmisbrukere når det gjelder pasientenes smerteopplevelse. I tillegg til å være en barriere mot smertebehandling, kan en slike negative holdninger også påvirke sykepleieres kompetanse, fordi det kan være holdningene som vektlegges og ikke kunnskap.

Resultatene viser også at respondentene var enig i at rusmisbrukere prøver å kreve ekstra smertestillende medikamenter. Resultatet kan antyde at sykepleiere anser rusmisbrukere som rusmiddelsøkende. Det er et begrep som har vist å være tilstede hos sykepleiere som er i en behandlingsrelasjon med rusmisbrukere. Studier har vist at begrepet brukes om pasienter som er opioidavhengige og som er opptatt av å få medikamenter til riktig tid eller tidligere enn de skal administreres (McCaffery et al., 2004). Bruk av begreper som rusmiddelsøkende for å omtale en pasientgruppe kan bidra til å skape en forforståelse, dvs. en bevisst eller ubevisst forventning om hvordan noe kommer til å bli (Aadland, 2002). Det kan hevdes at en slik forforståelse påvirker holdningene i en bestemt retning. Sykepleiere vil møte alle som tilhører pasientgruppen med den forutbestemte holdningen. Det kan gjøre at sykepleiere ikke ser rusmisbrukere som individer, men som en gruppe. Å beskrive pasienter som rusmiddelsøkende kan beskrives som en negativ holdning. Begrepet antyder at rusmisbrukere vil utfordre sykepleieres rolle ved å forsøke å påvirke eller kontrollere medisinerings. Det kan føre til at sykepleiere, når de møter rusmisbrukere, har som utgangspunkt at de skal være grensesettende for rusmisbrukeres væremåte og medisinerings. Omtale av pasienter som rusmiddelsøkere kan også føre til at sykepleiere mistror rusmisbrukeres egen rapportering av smerter og smerteopplevelse. Det kan påvirke atferdsdelen av trekomponentmodellen. Med andre ord, det kan føre til at sykepleieres handlinger når det gjelder smertelindrende tiltak blir begrenset. Det kan tyde på at begreper som "rusmiddelsøkende" kan være stigmatiserende og påvirke holdningene negativt slik at de kan bli barrierer mot smertebehandling.

Studiens funn antyder en tilstedeværelse av mistro og manglende anerkjennelse av rusmisbrukeres smerte og smerteopplevelse. Det kan belyses med bakgrunn i holdningers kognitive del. Holdninger kan påvirkes av det vi har lært og erfart om et tema (Håkonsen, 2009). Med andre ord kan kunnskap påvirke sykepleiers holdninger om smerte og rusmisbrukere. Med bakgrunn i teorien, kan det hevdes at funnene som antyder negative holdninger kan forklares med utgangspunkt i kunnskapsmangel. Tidligere i oppgaven er studiens resultater om sykepleieres manglende kunnskap om smerte og rusmisbrukere blitt

presentert og drøftet. Belyst ut fra det, kan det hevdes at mistro og manglende anerkjennelse av rusmisbrukeres smerte kan være et resultat av en slik kunnskapsmangel. Det kan tyde på at kunnskap kan bidra til å endre holdninger i en positiv retning. Kunnskap om konsekvensene av opioidmisbruk, kan bidra til at sykepleiere i større grad er lydhør for rusmisbrukeres smerteopplevelse. Med andre ord, kunnskap kan påvirke den atferdsmessige delen av holdninger ved at sykepleiere i større grad handler med bakgrunn i kunnskap fremfor følelser. Det kan hevdes at kunnskap ikke bare påvirker sykepleieres kompetanse, men også holdninger. Selv om holdninger er relativt varige (Håkonsen, 2009), kan det hevdes at holdninger lettere kan påvirkes i positiv retning dersom endringer kan foregå på det kognitive aspektet fremfor det følelsesmessige aspektet. Siden den kognitive delen omfatter det vi lærer, hører og erfarer (Ibid), kan det gi et perspektiv hvor følelser ikke er involvert i samme grad som tanker og følelser i det følelsesmessige aspektet. Det kan bidra til at den følelsesmessige delen blir dempet til fordel for den kognitive delen. Det kan bidra til en endring av holdninger i en positiv retning. I et sykepleiefaglig perspektiv, kan det kan hevdes at den kognitive delen krever at det man lærer og hører må være faglig forankret for at det skal ha en positiv innflytelse på holdninger. Dersom det ikke er det, kan det være en risiko for at uriktig kunnskap kan ha en motsatt effekt på holdninger, dvs. at det kan bidra til en negativ påvirkning på holdningene.

Belyst ut fra definisjoner av smerte som fenomen, kan det hevdes at det kan være en motsetning mellom studiens funn som antyder manglende anerkjennelse av rusmisbrukeres smerteopplevelse og smertebegrepets definisjon. Det ligger til grunn i teorien at smerte er en subjektiv opplevelse (Almås, 1990; IASP, 2007; Watt-Watson et al., 2000). Resultatene som viser at sykepleiere mente at rusmisbrukere overdriver smerte for å få mer smertestillende, kan tyde på at rusmisbrukeres smerteopplevelse blir avvist. Det kan hevdes at holdningene om smerteopplevelse avviker fra synet på smerte. Smertens opplevelse kan ikke avvises (Nortvedt & Nortvedt, 2001). Teorien har som utgangspunkt at individers smerteopplevelse ikke kan avvises. Pasienters subjektive opplevelse kan påvirke sykepleiere på flere måter. På den ene siden kan smerteopplevelsen det være et grunnlag som sykepleiere bruker for å iverksette behandlingstiltak. På den andre siden kan opplevelsen underbygge sykepleieres eventuelle negative holdninger. Dersom forforståelsen sier at rusmisbrukeres subjektive smerteopplevelse ikke er reell, kan rusmisbrukeres smerteopplevelse påvirke den følelsesmessige delen og atferdsmessige delen av holdninger. Det kan ha en negativ innvirkning på kompetanse og dermed på smertebehandling.

Resultatene i studien viser både positive og negative holdninger til rusmisbrukere. Funnene kan tyde på at sykepleiere strever i arbeidet med rusmisbrukere. De kan videre tyde på at sykepleieres relasjon med rusmisbrukere kan være preget av motstridende holdninger som omfatter flere av delene av holdningsbegrepet. Det reflekteres i funnene som viser at sykepleiere syntes at rusmisbrukere er vanskelig å ha med å gjøre. Med bakgrunn i resultatene, kan det hevdes at sykepleieres holdninger kan påvirke kompetansen i en retning som medfører at smertebehandlingen ikke blir tilstrekkelig. Forskning har vist at sykepleiere strever med å oppfylle sine profesjonelle forpliktelser til omsorg for pasienter som bruker rusmidler (Ford et al., 2008). Det kan være en konsekvens av å befinne seg i en relasjon preget av både positive og negative holdninger, dvs. av både sympati og irritasjon.

5.6 Betydningen av tidsbruk på kunnskap og holdninger

Resultatene viser at sykepleiere brukte ulik tid på direkte pasientarbeid med rusmisbrukere. Funnene viser at 57 % av sykepleierne brukte mindre enn en time per vakt på direkte pasientarbeid med rusmisbrukere, mens 43 % brukte mer enn en time per vakt. Belyst ut fra Deweys teori om forholdet mellom erfaring og kompetanse (McLellan & Dewey, 1914), kan det tyde på at tidsbruk kan gi forskjeller i kompetansen mellom sykepleiere. Med andre ord, sykepleiere som bruker mye tid på pasientarbeid med rusmisbrukere får mer erfaring og dermed mer kompetanse enn sykepleiere som bruker mindre tid på pasientarbeid. Med bakgrunn i teorien, kan det hevdes at det kan forventes å være et lineært forhold mellom erfaring og kompetanse. Denne forventningen kan belyses ut fra resultatene av analysen mellom sykepleiere som arbeidet mindre enn en time per vakt med rusmisbrukere og sykepleiere som arbeidet mer enn en time per vakt med rusmisbrukere.

Resultatene fra studien viser at flere sykepleiere som brukte mindre enn en time per vakt på pasientarbeid med rusmisbrukere var enig i at de kan vurdere årsak til smerte og effekt av smertelindrende medikamenter sammenlignet med sykepleiere som brukte mer enn en time per vakt på pasientarbeid. Funnene viser videre at flere sykepleiere med mer enn en time tidsbruk på pasientarbeid per vakt mente at rusmisbrukere overdriver smerte, ikke er ærlig om effekten av smertelindring og krever ekstra smertestillende medikamenter enn sykepleiere som brukte mindre enn en time tidsbruk. Med andre ord, resultatene viser at sykepleiere som brukte lite tid på pasientarbeid med pasientgruppen vurderte sin kunnskap om smerte som

bedre enn sykepleiere som brukte mye tid på pasientarbeid, og at de i større grad anerkjente rusmisbrukeres smerteopplevelse sammenlignet med sykepleiere som brukte mye tid på pasientarbeid. Isolert sett kan resultatene tyde på at sykepleiere som brukte mindre enn en time per vakt på pasientarbeid hadde bedre kompetanse om smertelindring hos rusmisbrukere enn sykepleiere som brukte mer tid på pasientarbeid. Funnene kan, isolert sett, tyde på at rusmisbrukere fikk bedre smertelindring av sykepleiere som brukte lite tid på pasientarbeid. Resultatene kan tyde på at det ikke er et lineært forhold mellom tidsbruk, dvs. erfaring, og kompetanse. Belyst med bakgrunn i Deweys relasjon mellom handling og kunnskap (McLellan & Dewey, 1914) kunne man forventet motsatt resultat. Aktivitet er en forutsetning for å lære. Erfaring kan sies å være en aktivitet som skal bidra til læring og kunnskap. Det kan hevdes at funnene heller ikke er som forventet dersom de belyses ut fra begrepene evidensbasert medisin (Sackett et al, 1996) og evidensbasert sykepleie (Nortvedt et al., 2008). Selv om disse begrepene ikke bare vektlegger erfaring som grunnlag for kunnskap, ser de på erfaring som en sentral faktor av kunnskapsbegrepet. Belyst ut fra teorien, kan det hevdes at erfaringsmengde øker kunnskap og kompetanse. Med andre ord, kunnskap og kompetanse øker med erfaring, dvs. tidsbruk. Resultatene i denne studien har ikke gitt funn som samsvarer med en slik sammenheng. Resultatene kan tyde på at erfaring alene ikke øker kunnskap og kompetanse. Det kan være andre faktorer enn tid som også kan påvirke kunnskap og kompetanse.

En slik faktor kan være holdninger. Som nevnt ovenfor, viser resultatene at sykepleiere som brukte mer enn en time per vakt på direkte pasientarbeid i mindre grad anerkjente rusmisbrukeres smerte sammenlignet med sykepleiere som brukte mindre enn en time per vakt. Resultatene viser også at 3/4 av sykepleiere som brukte mer enn en time per vakt på pasientarbeid mente at rusmisbrukere generelt er vanskelig å ha med å gjøre, sammenlignet med halvparten av sykepleiere som brukte mindre enn en times tidsbruk. Samtidig viser studien at sykepleiere som brukte mye tid på pasientarbeid i mindre grad føler irritasjon med rusmisbrukere sammenlignet med sykepleiere som brukte mindre tid på pasientarbeid. Funnene kan tyde på at opplevelsen av rusmisbrukere som en krevende pasientgruppe øker med økende tidsbruk på pasientarbeid, men at det også gir mer tålmodighet med rusmisbrukere. Flere studier har vist at sykepleiere synes det er vanskelig og krevende å forholde seg til rusmisbrukere (Klingsheim, 2003; Morgan B., 2006; Kelleher, 2007). Funnene i denne studien synes å samsvare med forskning. Det kan hevdes at studiens funn som viser forskjell mellom sykepleiere som brukte mindre enn en time og mer enn en time per

vakt på pasientarbeid, kan påvirke de to gruppenes holdninger. Med andre ord, det kan heves at pasienter med mye tidsbruk på pasientarbeid kan ha holdninger som kan beskrives som mer negative enn sykepleiere som bruker lite tid på pasientarbeid med rusmisbrukere. Det kan være en årsak til at studiens funn antyder en ulikhet i kompetansen mellom de to gruppene.

Det er tidligere blitt drøftet hvordan opplevelsen av rusmisbrukere som ”vanskelige” kan påvirke den følelsesmessige delen av holdninger og hvordan det kan føre til forforståelse. Sykepleiere med mye tidsbruk på pasientarbeid kan i større grad møte rusmisbrukere med en forforståelse. En hyppigere eksponering til det de opplever som vanskelige situasjoner, kan gjøre at den følelsesmessige delen av holdninger hyppigere blir påvirket enn hos sykepleiere som i mindre grad blir eksponert for tilsvarende situasjoner. Det kan gjøre at sykepleiere som bruker mer enn en time på pasientarbeid per vakt i større grad møter rusmisbrukere med en forventning om hvordan noe kommer til å bli. Denne forforståelsen (Aadland, 2002) kan være mindre hos sykepleiere som blir lite eksponert til rusmisbrukere, fordi møtene med rusmisbrukere ikke i samme grad påvirker følelsen av rusmisbrukere som vanskelige å ha med å gjøre. Det kan gjøre at disse sykepleierne ikke møter rusmisbrukere med den samme forforståelsen. Med andre ord, de kan møte rusmisbrukere med mindre forventninger om hvordan møtet med den enkelte rusmisbruker vil bli. Resultatene kan tyde på at sykepleiere som bruker mindre enn en time per vakt på pasientarbeid med rusmisbrukere kan ha holdninger som i mindre grad er påvirket av forforståelse enn sykepleiere med mer enn en time pasientarbeid per vakt. Det kan hevdes at det kan være en forklaring på studiens funn om ulikhet i sykepleieres kompetanse basert på tidsbruk.

Analysen viser at det var en signifikant forskjell i sykepleieres vurdering av kollegaers kunnskap om smertelindring hos rusmisbrukere. Halvparten av sykepleiere som arbeidet mer enn en time per vakt med pasientarbeid med rusmisbrukere var enig i at kollegaer har tilstrekkelig kunnskap om smertelindring hos rusmisbrukere, mens 1/3 av sykepleierne som arbeidet mindre enn en time per vakt med pasientarbeid var enig i påstanden. Resultatene kan tyde på at sykepleiere som arbeider mer enn en time per vakt med rusmisbrukere, har større tiltro til sine kollegaers kunnskap enn sykepleiere som arbeider mindre enn en time. Det er tidligere vist til en studie som viste at over 2/3 av sykepleiere ofte bruker kollegaer som en kilde for informasjon i arbeidet (Pravikoff et al., 2005). Det viser at kollegaer har en viktig rolle for sykepleiere. Belyst ut fra funnene som viser at sykepleiere mente at de ikke har tilstrekkelig kunnskap om smerte og smertelindring hos opioidavhengige pasienter, kan det

hevdes at kollegaer får en betydningsfull rolle hos sykepleiere som bruker mye tid på pasientarbeid med denne pasientgruppen. Som nevnt, viser funnene at sykepleiere som arbeidet mer enn en time per vakt med rusmisbrukere i større grad opplevde at de var vanskelig å ha med å gjøre sammenlignet med sykepleiere som arbeidet mindre enn en time per vakt. Det kan hevdes at det kan føre til at kollegaer blir en viktigere støtte for sykepleiere som bruker mye tid på pasientarbeid. Funnene om utilstrekkelig kunnskap, kan også gjøre at kollegaer får en rolle som kunnskapskilde for at sykepleiere skal kunne utføre smertelindrende oppgaver i forhold til rusmisbrukere. Funnene kan tyde på at kollegaer kan ha en sentral kunnskapsmessig rolle for sykepleiere som bruker mye tid på pasientarbeid. Dersom sykepleiere er avhengig av kollegaers kunnskap for å kunne utføre arbeidsoppgavene i forhold til rusmisbrukere, kan det hevdes at sykepleiere vil vurdere kunnskapen til kollegaene som tilfredsstillende. Det kan være en forklaring på at sykepleiere som bruker mer enn en time per vakt på pasientarbeid vurderer kollegaers kompetanse som bedre enn sykepleiere som bruker mindre tid på pasientarbeid.

Resultatene av analysen av forholdet mellom tidsbruk og kunnskap og holdninger viser at tidsbruk ikke påvirket alle aspekter av kunnskap og holdninger. Resultatene viser at det ikke var et lineært forhold mellom tidsbruk og kompetanse. Med andre ord, tidsbruk fører ikke til at sykepleiere som bruker mer enn en time per vakt på pasientarbeid med rusmisbrukere får bedre kompetanse enn sykepleiere som bruker mindre tid på pasientarbeid. Tidsbruk kan påvirke noen forhold ved kunnskap og holdninger. Resultatene kan tyde på at noen påvirkninger kan betegnes som å være til fordel for sykepleiere som med lite tidsbruk på pasientarbeid, mens andre kan være til fordel for sykepleiere med mye tidsbruk. Funnene kan tyde på at det kan være andre faktorer enn tidsbruk alene som kan være medvirkende forklaringer til de ulikhetene som analysen har vist.

5.7 Styrker og begrensninger ved studien

Studiens kvantitative forskningsmetode har muliggjort datainnsamling fra et relativt stort antall personer. Det kan hevdes at den valgte metoden har vært positivt for denne studien, fordi manglende forskning gjorde at det var nødvendig å få data fra mange personer. Studiens problemstilling satte krav til data av tallmessig karakter, noe studiens metode bidro til. Metoden kan imidlertid være begrensende, fordi respondentenes tanker bak svarene ikke kom frem. Dersom metoden i denne studien hadde blitt kombinert med kvalitativ

forskningsmetode, kunne det blitt avdekket oppfatninger og synspunkter som ikke fremkommer i denne studien. Ved å bruke kvalitativ metode, kan man få vite mer om menneskers erfaringer, opplevelser og tanker (Malterud, 2003). Det kunne ha belyst studiens resultat, eller utdypet funnene, på en annen måte.

Deltakelsen i studien var, som tidligere nevnt, 54,1 %. Det var stor variasjon i responsen mellom enhetene, med to enheter under 50 %. Det kan være vanskelig å forklare forskjellene i deltakelse i studien. Som nevnt tidligere, hadde ledelsen på de ulike enhetene en sentral rolle i utdeling og innsamling av spørreskjema. Alle enhetene fikk den samme oppfølgingen fra studieansvarlig. Det kan hevdes at i studieansvarliges oppfølging av enhetene før og under datainnsamlingen, ikke kan forklare ulikhetene i svarprosent. Bruken av hensiktsmessig utvalgsmetode gjorde de inviterte deltakeres karakteristikk kan beskrives som lik. Det kan hevdes at sammensetningen av sykepleiere som avsto å delta i studien ikke skilte seg ut fra sykepleiere som deltok i studien. Det kan tyde på at karakteristikken til sykepleiere som ikke deltok i studien ikke utgjorde en bias som har påvirket resultatene i studien.

Selv om hensiktsmessig utvalg beskrives som en ikke-objektiv måte å velge deltakere til en studie (Polit & Beck, 2004), kan det hevdes at hensiktsmessig utvalg har vært en styrke i denne studien. Som tidligere nevnt, var studien rettet mot sykepleiere som arbeidet med rusmisbrukere. Med andre ord, kan det hevdes at denne gruppen sykepleiere kan betegnes som eksperter i denne studien fordi de ville være informative i forhold til studiens problemstilling. Hensiktsmessig utvalg blir ofte brukt når man ønsker et utvalg av eksperter (Ibid). Det kan tyde på at utvalgsmetoden som ble brukt i denne studien omfattes av de kriterier som teorien nevner for bruk av hensiktsmessig utvalg. Det kan også hevdes at utvalgsmetodens styrke synes å være reflektert i studiens resultater, fordi resultatene synes å gi svar som belyser forskningsspørsmålene og problemstillingen.

Som nevnt, er studien utført ved to sykehus i en av landets store byer. Dersom studien hadde vært utført ved sykehus i andre deler av landet, kunne det gitt andre resultater. Geografiske ulikheter i kompetanseutvikling og opplæring kunne ha påvirket resultatene. Fordi studien er begrenset til et geografisk område, bør man være forsiktig med å generalisere resultatene i denne studien

Som nevnt tidligere, var ikke alle funnene i studien entydige. Resultatenes motsetninger kan drøftes i lys av validitet siden de kan være et resultat av bias. Formulering av spørsmålene kan føre til bias. Det er en mulighet for at de aktuelle spørsmålene er formulert på en uklar måte slik at det gir motstridene svar (Polit & Beck, 2004). Bias kan bidra til at spørsmålene ikke måler det de er tenkt å måle. Det kan gi innkorrekt informasjon eller data som ikke besvarer problemstillingen. Tilstedeværelsen av bias kan påvirke begrepsvaliditeten i studien. Begrepsvaliditet sier noe om hvor nøyaktig måleinstrumentet er (Polit & Beck, 2004). Med andre ord, kan et unøyaktig måleinstrument svekke validiteten i studien. Det kan imidlertid hevdes at det er vanskelig å trekke sikre slutninger om manglende entydighet i enkelte av funnene i denne studien skyldes bias. I forrige kapittel, ble andre årsaker som kan forklare motsetninger i resultatet drøftet. Dersom motsetningene i funnene er forårsaket av ulikheter i sykepleieres holdninger og avhengighet av kollegaer, kan det hevdes at måleinstrumentet ikke svekker validiteten i studien. Det kan i motsetning tyde på at måleinstrumentet styrker validiteten i studien fordi spørsmålene avdekker konsekvenser av tilstedeværelse av ulikheter hos sykepleiere. En rekke av resultatene i denne studien samsvarer med funnene i internasjonale studier. Siden deler av spørreskjemaet ble utviklet basert på resultater fra andre studier, kan det tyde på at begrepsvaliditeten i studien til en viss grad er ivaretatt.

Som nevnt, er spørreskjemaet som ble brukt til datainnsamlingen en videreutvikling av et annet spørreskjema (Andersen et al., 2007) som var utprøvd på det tidspunktet det ble videreutviklet for denne studien. Det er tidligere beskrevet at face-validering av spørreskjemaet ble utført i forkant av datainnsamlingen. Valideringen førte til endringer av spørreskjemaet slik at det ble akseptabelt for gruppen av fagpersoner som vurderte skjemaet. Det kan hevdes at dette gav en viss grad av reliabilitet. Imidlertid kunne måleinstrumentet ha vært validert ytterligere. En pilotstudie med en test-retest for å undersøke om måleinstrumentet måler det samme når det blir gjentatt på samme gruppen, ville ha gitt en reliabilitet-koeffisient som en størrelse på måleinstrumentets reliabilitet (Polit & Beck, 2004). Det kunne ha bidratt til å styrke studiens reliabilitet ytterligere.

6.0 KONKLUSJON

I dette kapittelet vil konklusjonen bli presentert, sammen med hvilke implikasjoner funnene kan ha for sykepleie og tanker om videre forskning om temaet.

6.1 Konklusjon

Med bakgrunn i studiens funn og diskusjon, tar konklusjonen utgangspunkt i å besvare problemstillingen og forskningsspørsmålene.

Studiens funn viser at sykepleiere i hovedsak fikk kunnskap om smerte og smertelindring hos pasienter med opioidavhengig rusmisbruk fra kollegaer og gjennom egen arbeidserfaring. Informasjonsteknologi og evidensbaserte kilder hadde begrenset rolle som kunnskapskilder. Resultatene indikerer at sykepleieres kompetanse om smerte og smertelindring hos opioidavhengige pasienter kan beskrives som erfaringsbasert, og ikke kunnskapsbasert.

Studiens funn viser at mange sykepleiere hadde god klinisk kompetanse til å mestre smertelindring hos denne pasientgruppen. Funnene viser også at mellom 1/3 og 1/2 av sykepleierne var usikre på om de kan vurdere årsak til smerte og grad av smerte. Resultatene viser at mellom 1/3 og 1/2 av sykepleierne ikke hadde kunnskap om hvordan opioider påvirker smerte og smerteopplevelsen hos rusmisbrukere. Funnene synes å peke på at sykepleiere har utilstrekkelig kunnskap når det gjelder å vurdere årsak til smerte, grad av smerte og effekt av smertelindring, samt om konsekvensene av opioidmisbruk.

Studiens funn synes å peke på at det kan være barrierer mot smertebehandling hos pasienter med opioidavhengig rusmisbruk. Funnene tyder på at følgende fire barrierer kan fremheves: manglende kunnskap om smerte og rusmisbrukere, utilstrekkelig vurdering av rusmisbrukeres smerte og smertelindring, det ble opplevd som vanskelig å diskutere pasienters smerte med legene og opioidavhengige pasienter opplevdes som vanskelig å ha med å gjøre.

Resultatene viser at sykepleiere hadde grunnleggende positive holdninger og gav uttrykk for sympati for rusmisbrukere. Studien indikerer at sykepleieres holdninger ikke var like positive når det gjaldt hvordan de så på og vurderte rusmisbrukeres smerteopplevelse, og hvordan de så på relasjonen med rusmisbrukere som pasientgruppe. Resultatene tyder på at sykepleiere

mente rusmisbrukere var vanskelig å ha med å gjøre, at de ikke er ærlig om effekten av smertestillende medikamenter, og at de forsøker å kreve ekstra smertestillende medikamenter. Funnene synes å peke på en mistro til rusmisbrukeres smerteopplevelse.

Resultatet av forholdet mellom sykepleieres tidsbruk på direkte pasientarbeid og kompetanse, synes å tyde på at det ikke var en lineær relasjon mellom tidsbruk og kompetansenivå. Med andre ord, mye tidsbruk på pasientarbeid (dvs. erfaring) førte ikke nødvendigvis til høyere kompetanse enn lite tidsbruk. Funnene viser at sykepleiere med mye tidsbruk på direkte pasientarbeid ikke nødvendigvis har mer kompetanse enn sykepleiere med mindre tidsbruk. På noen faktorer har tidsbruk ingen påvirkning, mens tidsbruk kan påvirke andre faktorer på både positiv eller negativ måte. Funnene synes å peke på at sykepleiere som brukte mindre enn en time per vakt på direkte pasientarbeid, hadde bedre kunnskap og holdninger enn sykepleiere som brukte mer enn en time per vakt på pasientarbeid.

Dersom funnene til forskningsspørsmålene legges til grunn for å besvare studiens problemstilling, kan det hevdes at funnene tyder på at sykepleieres kompetanse når det gjelder smerte og smertelindring hos pasienter med opioidavhengig rusmisbruk ikke var tilstrekkelig. Funnene synes å peke på at det var mangelfull teoretisk og evidensbasert kunnskap om temaet. Funnene indikerer også at det kan være barrierer som påvirker kompetansen i form av kunnskapsmangel og organisatoriske barrierer.

Som oppsummeringen viser, tyder resultatene i denne studien på at sykepleiere hadde manglende kompetanse om smertelindring hos opioidavhengige pasienter. Manglende teoretisk kunnskap om opioider gjør at sykepleiere ikke forstår hvordan opioidmisbruk påvirker utløsning av smerte og smerteopplevelse hos rusmisbrukere. Det kan føre til at rusmisbrukeres smerter blir undervurdert. Basert på teori om opioidmisbruk og smerte, kan det utledes at rusmisbrukere kan ha en sterkere smerteopplevelse enn pasienter uten rusmisbruk. Det indikerer at det kan være større krav til sykepleieres kompetanse når det gjelder rusmisbrukere i forhold til pasienter generelt. Smerteproblematikk hos rusmisbrukere kan være mer komplekst enn hos pasienter uten rusmisbruk. Sykepleieres manglende kunnskap kan tyde på at smertelindringen hos rusmisbrukere ikke er tilstrekkelig. Det kan hevdes at smertelindringen hos rusmisbrukere kan være dårligere enn hos pasienter uten rusmisbruk. Kunnskapsmangel kan være en barriere mot smertebehandling.

Som nevnt i oppsummeringen ovenfor, viser resultatene grunnleggende positive holdninger til rusmisbrukere. Funnene indikerer at det kan være negative holdninger i form av mistro til rusmisbrukeres smerteopplevelse. Det kan hevdes at det som kan beskrives som dårlige holdninger kan være utløst av kunnskapsmangel. Holdningers trekomponentmodell (figur 1), som blant annet består av en kognitiv del, er tidligere drøftet. Kunnskapsmangel befinner seg i den kognitive delen. Opplevelsen av kunnskapsmangel kan sette i verk en reaksjon både i den følelsesmessige delen i form av følelsen av utilstrekkelighet og frustrasjon. Det kan bidra til at negative holdninger opptrer. Studiens funn synes å peke på at kunnskapsmangel kan forklare negative holdninger, særlig dersom det belyses ut fra funnene om at sykepleiere har grunnleggende positive holdninger til rusmisbrukere.

Kunnskapsmangel kan også være en forklaring på resultatene som indikerer at sykepleiere som brukte lite tid på pasientarbeid synes å ha bedre kunnskap og holdninger enn sykepleiere som brukte mye tid på pasientarbeid. Funnene viste ingen forskjell mellom de to gruppernes grunnleggende syn på rusmisbrukere. Det kan hevdes at kunnskapsmangel blir mer synlig dersom man arbeider mye med en problemstilling hvor man føler at man ikke har tilstrekkelig kunnskap til å møte utfordringene. Resultatene kan tyde på at sykepleiere som bruker mye tid på pasientarbeid, oftere eksponeres for en slik følelse av utilstrekkelighet og frustrasjon. Det kan føre til mistro i forhold til rusmisbrukeres smerteopplevelse, og til en sterkere opplevelse om at rusmisbrukere er vanskelig å ha med å gjøre. Dersom man ofte er i en arbeidssituasjon preget av følelsen av utilstrekkelighet og frustrasjon, vil kollegaers støtte være en viktig faktor. Studiens funn viser at sykepleierne hadde relativt begrenset erfaring både i yrket, og med pasientgruppen. Det kan indikere at erfaringsbasert kunnskap ikke oppveier for manglende teoretisk kunnskap dersom erfaringsgrunlaget til kollegaer kan beskrives som relativt begrenset. Belyst ut fra studiens funn, kan det hevdes at det også kan være mangler i den erfaringsbaserte kunnskapen.

Dersom funnene i studien belyses ut fra teori og forskning, kan det hevdes at økt fokus på teoretisk og evidensbasert kunnskap kan bidra til å gi sykepleiere bedre grunnlag for å møte utfordringene som rusmisbrukeres smerteopplevelse utgjør. Det kan også bidra til å redusere sykepleieres opplevelse av mistro og frustrasjon i forhold til å være i en behandlingsmessig relasjon til rusmisbrukere. Det kan hevdes at økt fokus på kompetanse kan bidra til bedre smertelindring hos pasienter med opioidavhengig rusmisbruk.

Studiens funn som synes å peke på kunnskapsmangel, økt behov for teoretisk og evidensbasert kunnskap og organisatoriske barrierer, kan tyde på at arbeidsgiver ikke har tatt ansvaret med å kvalitetssikre smertebehandlingen hos rusmisbrukere, et ansvar som kan sies å være et ledelsesansvar. Det kan hevdes at arbeidsgiver kan bidra til å forbedre smertebehandlingen til rusmisbrukere dersom dette lederansvaret vektlegges.

6.2 Implikasjoner for sykepleie/videre forskning

Resultatene av studien kan tyde på at det er behov for økt fokus på sykepleieres kompetanse om smerte og smertelindring i forhold til pasienter med opioidavhengig rusmisbruk. Profesjonell smertebehandling må være kunnskapsbasert (Nortvedt & Nortvedt, 2001). For å kunne utøve en profesjonell smertebehandling kreves også en kontinuerlig oppdatering og bevisstgjøring av verdier og holdninger i forhold til smertepasienten (Ibid). Med bakgrunn i studiens funn, kan det hevdes at premissene for en profesjonell smertebehandling ikke er tilstede. Studiens funn synes å peke på at smertebehandlingen hos rusmisbrukere ikke oppfyller beskrivelsen av en profesjonell smertebehandling slik som det er formulert av Nortvedt & Nortvedt (2001). Det kan hevdes at kontinuerlig oppdatering av kunnskap og holdninger ikke er tilstede. Det kan tyde på at det er behov for opplæring av sykepleiere, både for teoretisk kunnskap og bevisstgjøring av egne holdninger.

Som nevnt, viser resultatene at sykepleiere opplevde at det var vanskelig å ta opp rusmisbrukeres smerte med legene. Funnene tyder på at det eksisterer organisatoriske barrierer som hindrer smertebehandling hos rusmisbrukere. Denne formen for barrierer involverer strukturelle endringer (Huang et al., 2001). Det kan tyde på at arbeidsgiver har et ansvar for å analysere årsakene til at sykepleiere opplevde at samarbeidet med legene var vanskelig, og iverksette tiltak for å redusere disse barrierene. Det vil bidra til bedre smertebehandling hos rusmisbrukere.

Utvalget for denne studien kan sies å være begrenset i forhold til geografi. For å få et bredere bakgrunnsmateriale, kan det være en fordel å gjenta studien ved flere sykehus slik at utvalget blir større. Det vil da bli mer representativt for populasjonen. Før en eventuell ny eller utvidet studie gjennomføres, kan det være hensiktsmessig å validere spørreskjemaet som er brukt i denne studien ytterligere ved å utføre en test-retest.

Resultatene i studien tyder på at sykepleiere i begrenset grad brukte internett for å hente kunnskap. Internasjonale studier har vist at sykepleieres internett – og søkekompetanse kan beskrives som begrenset (Bond, 2004; Pravikoff et al., 2005). Det tyder på at manglende datakyndighet kan være en barriere mot evidensbasert kunnskap. En norsk studie som kartlegger sykepleieres kompetanse i bruk av informasjonsteknologi kunne gitt nyttig informasjon for å avdekke om manglende bruk av internett skyldes dårlig datakyndighet, eller om det er andre årsaksfaktorer. En slik studie kan også være et redskap for å vurdere om sykepleiere har tilstrekkelig forutsetning for å arbeide kunnskapsbasert. Det kan hevdes at bruk av informasjonsteknologi er en forutsetning for å arbeide kunnskapsbasert fordi informasjonsteknologi brukes for å få tilgang til teoretisk kunnskap. Tilsvarende, viste en studie at sykepleiere ikke forstod eller så verdien av forskning og forskningsbasert litteratur (Pravikoff et al., 2005). Det kan tyde på at sykepleieres syn på forskning kan være en hindring for å oppnå evidensbasert kompetanse. En kartlegging av norske sykepleieres syn på forskning og forskningens relevans i praksis, kan bidra til å avdekke om det kan være en barriere mot evidensbasert kompetanse.

LITTERATUROVERSIKT

- Almås, H. (red) (1990): *Medisinsk og kirurgisk sykepleie*, 5. opplag, Oslo: Universitetsforlaget A/S
- Alvsvåg, H. (2009): Kunnskapsbasert praksis er ikke noe nytt, *Sykepleien Forskning*, 4(3): 216 – 220
- Andersen, R. D., Greve-Isdahl, M., Meberg, A. & Jylli, L. (2007): Oppfatninger om kunnskap og barrierer i smertebehandling av nyfødte, *Vård i Norden*, 83(27): 22 – 26
- Attitude (1992): I: J. Sinclair (red.): *BBC English Dictionary*, (p. 67), London: Harper Collins Publisher Ltd.
- Aadland, E. (2002): "Og eg ser på deg...." – vitenskapsteori og metode i helse og sosialfag, kap. 5 og 8, 3. utgave, Oslo: Universitetsforlaget
- Benner, P. (1984): *From Novice to Expert*, ch. 3, California: Addison-Wesley Publishing Company,
- Bjørndal, A. & Hofoss D. (1996): *Statistikk for helsepersonell - en innføring*, Oslo: Universitetsforlaget A.S
- Bond, C. S. (2004): Surfing or drowning? Student nurses' internet skills, *Nurse Education Today*, 25:169 - 173
- Brink, P. J. & Wood, M. J. (1998): *Advanced design in nursing research*, 2nd ed., ch. 11, California, Sage Publications
- Broekmans, S., Vanderschueren, S., Morlion, B., Kumar, A. & Evers, G.(2003): Nurses' attitudes toward pain treatment with opioids: a survey in a Belgian university hospital, *International Journal of Nursing Studies*, 41: 183 – 189
- Carr, E. (2007): Barriers to effective pain management, *The Journal of Perioperative Practice*, 17(5): 200 – 208
- Cason, C., Jones, T., Brock, J., Maese, P. & Milligan C. (1999): Nurses' knowledge of pain management: Implications for staff education, *Journal of Nursing Staff Development*, 15(6): 228 – 235
- Clarke E., B., French, B., Bilodeau, M. L., Capasso, V. C., Edwards, A. & Empoliti, J. (1996): Pain Management Knowledge, Attitudes and Clinical Practice: The Impact of Nurses' Characteristics and Education, *Journal of Pain and Symptom Management*, 11(1): 18 – 31

- Compton, P., Charuvastra, V. C., Kintaudi, K. & Ling, W. (2000): Pain Responses in Methadone-Maintained Opioid Abusers, *Journal of Pain and Symptom Management*, 20(4): 237 – 245
- Compton, P. & McCaffery, M. (2001): Treating acute pain in addicted patients, *Nursing*, 31(1): 17
- Corley, M. C. & Goren, S. (1998): The Dark Side of Nursing: Impact of Stigmatizing Responses on Patients, *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 12(2): 99 – 110
- Coulling, S. (2005): Nurses' and doctors' knowledge of pain after surgery, *Nursing Standard*, 19(35): 41 – 48
- Cowan, D. T., Norman, I. & Coopamah, V. P. (2005); Competence in nursing practice: A controversial Concept – A focused review of literature, *Nurse Education Today*, 25: 335 – 362
- Dolan, G. (2003): Assessing student nurse clinical competency, will we ever get it right?, *Journal of Clinical Nursing*, 12: 132 – 141
- Drayer, R. A., Henderson, J. & Reidenberg, M. (1999): Barriers to Better Pain Control in Hospitalized Patients, *Journal of Pain and Symptom Management*, 17(6): 434 – 440
- Ducharme, J. (2000): Acute Pain and Pain Control: State of the Art, *Annals of Emergency Medicine*, 35(6): 592 – 602
- Duignan, M. & Dunn, V. (2008): Barriers to Pain Management in Emergency Departments, *Emergency Nurse*, 15(9): 30 – 34
- Edwards, H. E., Nash, R. E., Najman, J. M., Yates, P. M., Fentiman, B. J., Dewar, A., Walsh, A. M., Dowell, J. K. & Skerman, H. M. (2001): Determinants of nurses' intention to administer opioids for pain relief, *Nursing and Health Sciences*, 3: 149 – 159
- Ford, R., Bammer, G. & Becker, N. (2008): The determinants of nurses' therapeutic attitude to patients who use illicit drugs and implications for workforce development, *Journal of Clinical Nursing*, 17: 2452 – 2462
- Gerace, L. M., Hughes, T. L. & Spunt, J. (1995): Improving Nurses' Response Toward Substance-Misusing Patients: A Clinical Evaluation Project, *Archives of Psychiatric Nursing*, IX(5): 286 – 294
- Gillespie, B. M., Chaboyer, W., Wallis, M., Chang, H-y. A. & Werder, H. (2009): Operating theatre nurses' perceptions of competence: a focus group study, *Journal of Advanced Nursing*, 65(5), 1019 – 1028

- Granum, V. & Solvoll B-A.(1997): *Sykepleieren - den forskende praktiker*, kap. 4 – 6
Oslo: Tanum Aschoug
- Grossman, S. A., Sheidler, V. R., Swedeen, K., Muchenski, J. & Piantadasi, S. (1991):
Correlation of patient and caregiver ratings of cancer pain,
Journal of Pain and Symptom Management, 6: 89 – 296
- Haigh, C. (2008): Editorial: This might hurt.... a reflection on pain management
in the 21st century, *Journal of Clinical Nursing*, 17(15):
1961 – 1962
- Hamilton, J. & Edgar, I. (1992): A survey examining nurses' knowledge of
pain control, *Journal of Pain and Symptom Management*,
7: 18 – 26
- Happel B. & Taylor C. (2001): Negative attitudes towards clients with
drug and alcohol related problems: Finding the elusive solution,
Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing,
10: 87 – 96
- Happel, B., Carta, B. & Pinikahana, J. (2002): Nurses' knowledge, attitudes and
beliefs regarding substance use: A questionnaire survey,
Nursing and Health Sciences, 4: 193 – 200
- Hawthorne, J. & Redmond, K. (1998): *Pain & Management*, ch. 3, Oxford:
Blackwell Publishing
- Helse- og omsorgsdepartementet (2006 - 2007): *St. prp. nr. 1, Nasjonal
Helseplan 2007 – 2010*, kap. 6
- Heroin (1992): I: A. Øyri: *Norsk medisinsk ordbok*, (2. utgåve, s. 309), Oslo: Det norske
samlaget
- Holdninger (2005): I: T. Guttu T. (red.): *Norsk ordbok*, (2. utgave, s. 481), Bergen:
Fagbokforlaget
- Howard, M. O. & Chung, S. S. (2000): Nurses' attitudes toward substance
misusers. I. Surveys,
Substance Use & Misuse, 35(3): 347 – 365
- Hommelstad, J. & Ruland, C. (2004): Norwegian Nurses' Perceived Barriers and
Facilitators to Research Use, *AORN Journal*, 79(3): 621 - 634
- Huang, N., Cunningham, F., Laurito, C. E. & Chen, C. (2001): Can we do better with
postoperative pain management?, *The American Journal of
Surgery*, 182: 440 – 448

- Håkonsen, K. M. (2009): *Innføring i psykologi*, 4. utgave, kap. 11, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S
- Kajermo, K. N., Nordström, G., Krusebrant, Å. & Björvell, H. (1998): Barriers to and facilitators of research utilization, as perceived by a group of registered nurses in Sweden, *Journal of Advanced Nursing*, 27: 798 - 807
- Kelleher, S. (2007): Health care professionals' knowledge and attitudes regarding substance use and substance users, *Accident and Emergency Nursing*, 15: 161 – 165
- Kim, S. H. (1999): The Concept of Holism, I: S. H. Kim & I. Kollak (ed): *Nursing Theories; Conceptual and Philosophical foundations*, New York: Springer Publishing Company
- King, R. (2004): Issues and innovations in nursing education. Nurses' perceptions of their pharmacology educational needs, *Journal of Advanced Nursing*, 45: 392 – 398
- Klingsheim, R. (2003): Narkomanes dårlige helse – en sykepleiefaglig utfordring, *Tidsskriftet Sykepleien*, 2: 33 – 37
- Kompetanse (2005): I: T. Guttu T. (red.): *Norsk ordbok*, (2. utgave, s. 617), Bergen: Fagbokforlaget
- Kus, R. J. (1990): Nurses and unpopular patients, *American Journal of Nursing*, 90(6): 62 – 66
- Leddy, S. & Pepper, J. M. (1998): *Conceptual Bases of Professional Nursing*, ch. 1 – 10, 4th Edition, Philadelphia: Lippincott
- Lov om helsepersonell (1999): Hentet 1. mai 2010 fra Lovdatas website: <http://www.lovdatabasen.no/all/tl-19990702-064-003.html#16>
- Lund, T. (2002): *Innføring i forskningsmetodologi*, Oslo; Unipub AS
- Lykkeslett, E. (2003): *Bevegelig handlingskunnskap – en studie i sykepleiens praksis*, doktorgradsavhandling, Universitet i Tromsø
- MacDonald, M. (2003): Seeing the Cage: Stigma and its potential to inform the concept of the difficult patient, *Clinical Nurse Specialist*, 17(6): 305 – 310
- Manias, E., Botti, M. & Bucknall, T. (2002): Observation of pain assessment and management – the complexities of clinical practice, *Journal of Clinical Nursing*, 11: 724 – 733

- Malterud, K. (2003): *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*, kap 1 – 3
Universitetsforlaget, Oslo, 2 utgave
- Martinsen, K. & Boge, J. (2004): Kunnskapshierarkiet i evidensbasert sykepleie,
Tidsskriftet Sykepleien, 92(13): 58 – 61
- McCaffery, M., & Ferrell, B. R. (1997): Nurses' Knowledge of Pain Assessment and
Management: How Much Progress Have We Made,
Journal of Pain and Symptom Management, 14(3): 175 – 188
- McCaffery, M., Ferrell, B. R. & Pasero, C. (2000): Nurses' Personal Opinions
About Patient's Pain and Their Effect on Recorded Assessment
and titration of Opioid Doses,
Pain Management Nursing, 1(3): 79 – 87
- McCaffery, M. & Pasero, C. (2001): Stigmatizing Patients as Addicts,
American Journal of Nursing, 101(5): 77 – 78
- McCaffery, M. & Robinson, E. S. (2002): Your Patient Is In Pain,
Nursing, 32(10): 36 – 47
- McCaffery, M., Grimm, M. A., Pasero, C., Ferrell, B. & Uman, G. C. (2005): On the
Meaning of "Drug Seeking", *Pain Management Nursing*,
6(4): 122 – 136
- McLelland, J. A. & Dewey, J. (1914): *Applied Psychology: An Introduction
To the Principles and Practice of Education*, ch 3 & 4
London: Lightning Source UK Ltd (2010)
- McMullan, M., Endacott, R., Gray, M. A., Jasper, M., Miller, C. M. L.,
Scholes, J. & Webb, C. (2003): Portfolios and assessment of
competence: a review of literature, *Journal of Advanced
Nursing*, 42(3): 283 – 294
- Melzack, R. & Katz, J. (2006): *Pain assessment in adult patients*, In Wall and
Melzack's Textbook of pain 5 edition, ed. McMahon SB &
Koltzenburg M, Philadelphi: Elsevier Churchill Livingstone,
291 – 305
- Metadon (1992): I: A. Øyri: *Norsk medisinsk ordbok*, (2. utgave, s. 467), Oslo: Det norske
samlaget
- Milligan, F. (1998): Defining and assessing competence: the distraction of
outcomes and the importance of educational process,
Nurse Education Today, 18: 273 – 280
- Mitra, S. & Sinatra, R. S. (2004): Perioperative Management of Acute Pain in
the Opioid-dependent Patient, *Anesthesiology*, 101(1): 212 – 227

- Morgan, B. D. (2006): Knowing How to Play the Game: Hospitalized Substance Abusers' Strategies for Obtaining Pain Relief, *Pain Management Nursing*, 7(1): 31 – 41
- Morgan, D., Frost-Pineda K. & Gold M. S. (2006): Medical and Nonmedical Use of Prescription Opioids: Epidemiology and Prevalence, *Psychiatric Annals*, 36(6): 404 – 409
- Morton, P. G., Fontaine D. K., Hudak C. M. & Gallo B. M. (2005): *Critical Care Nursing – A Holistic Approach*, ch. 1 – 10, ch. 32 – 35, 8th edition, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Murrells, T., Robinson, S. & Griffiths, P. (2009): Assessing competence in nursing, *Nursing Management*, 16(4): 18 – 20
- Nagelsmith, L. (1995): Competence: An Evolving Concept, *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 26(6): 245 – 248
- Narkomani (1992): I: A. Øyri: *Norsk medisinsk ordbok*, (2. utgåve, s. 514), Oslo: Det norske samlaget
- Narkomani (2005): I: B. Wangensteen: *Bokmålsordboka*, (3. utgave, s. 691), Oslo: Kunnskapsforlaget
- Nash, R, Edwards, H & Nebeuer, M (1993): Effect of attitudes, subjective norms and perceived control on nurses' intention to asses patients' pain, *Journal of Advanced Nursing*, 18: 941 – 947
- Nortvedt, F. & Nortvedt, P. (2001): *Smerte – fenomen og forståelse*, Oslo: Gyldendal Akademisk
- Nortvedt, M., Jamtvedt, G., Graverholdt, B. & Reinart, L. M. (2008), *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert*, 2. Opplag, kap. 1, 6
Oslo: Norsk sykepleierforbund,
- Opioid (1992): I: A. Øyri: *Norsk medisinsk ordbok*, (2. utgåve, s. 556), Oslo: Det norske samlaget
- Pain (2007): Hentet 3. mars 2007 fra IASPs webside:
http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=1728#Pain
- Parahoo, K. (1997): *Nursing Research – Principles, Process and Issues*, New York, Palgrave

- Pinikahana, J., Happel, B. & Carta B. (2002): Mental health professionals' attitudes to drugs and substance abuse, *Nursing and Health Sciences*, 4: 57 - 62
- Polit, D. F. & Beck, C.T. (2004): *Nursing Research – Principles and Methods*, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 7th edition
- Polomano, R. C., Dunwoody C. J., Krenzischek D. A. & Rathmell J. P. (2008): Perspectives on Pain Management in the 21st Century, *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 23(1 A): S4 – S14
- Pravikoff, D. S., Tanner, A. B. & Pierce, S. T. (2005): Readiness of U.S. Nurses For Evidence-Based Practice, *American Journal of Nursing*, 105(9): 40 – 50
- Pud, D., Cohen, D., Lawental, E. & Eisenberg, E. (2006): Opioids and abnormal pain perception: New evidence from A study of chronic opioid addicts and healthy subjects, *Drug and Alcohol Dependence*, 82: 218 – 223
- Richardson, J. G. (1994): Learning Best Through Experience, *Journal of Extension*, 32(2): 34 - 40
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B. & Richardson, W. S. (1996): Evidence based medicine: what it is and what it isn't, *British Medical Journal*, 312: 71 – 72
- Schilling, M. (2004): *Menneskets psykologi*, 1. utgave, kap. 11, København: Munksgaard Danmark
- Short, E. C. (1984): Competence re-examined, *Educational Theory*, 34: 201 – 207
- Slovan, R., Rosen, G., Rom, M. & Shir, Y. (2004): Nurses' assessment of pain in surgical patients, *Journal of Advanced Nursing*, 52(2): 125 – 132
- Stenner, K. & Courtney, M. (2008): Benefits of nurse prescribing for patients in pain: nurses' views, *Journal of Advanced Nursing*, 63(1): 27 – 35
- Terry, D. J. & O'Leary, J. E. (1995): The theory of planned behaviour: The Effects of perceived behavioural control and self-efficacy, *British Journal of Social Psychology*, 34: 199 – 220
- Thomassen, M. (2006): *Vitenskap, kunnskap og praksis*, Oslo, Gyldendal Akademisk, kap. 1, 2 og kap. 5

- Thornquist, E. (2003): *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*, kap. 3 og 4
Bergen: Fagbokforlaget
- Våre hovedoppgaver (2009): Hentet 3. september 2009 fra NSDs webside:
<http://www.nsd.uib.no/personvern/om/hovedoppgaver.html>
- Wallace, K. G., Reed, B. A., Pacero, C. & Olsson, G. L. (1995): Staff Nurses' Perceptions of Barriers to Effective Pain Management, *Journal of Pain and Symptom Management*, 10(3): 204 – 213
- Watkins, M. J. (2000): Competency for nursing practice, *Journal of Clinical Nursing*, 9: 338 – 346
- Watson, R., Stimpson, A., Topping, A. & Porock, D. (2002): Clinical competence assessment in nursing: a systematic review of the literature, *Journal of Advanced Nursing*, 39(5): 421 - 431
- Watt-Wattson, J., Garfinkel, P., Gallop, R., Stevens, B. & Streine, D. (2000): The Impact of Nurses Empathetic Responses on Patient's Pain Management in Acute Care, *Nursing Research*, 49(4): 191 – 200
- Wilson, B. (2007): Nurses' knowledge of pain, *Journal of Clinical Nursing*, 16: 1012 – 1020

Vedlegg 1: Spørreskjema som ble brukt til datainnsamling

Smerte/smertelindring hos pasienter med opioidavhengig misbruk - en spørreundersøkelse blant sykepleiere

Temaet for denne spørreundersøkelsen er sykepleieres kompetanse om pasienter med opioidavhengig rusmisbruk. Pasienter som får tilbud om LAR (Legemiddelassistert rehabilitering), dvs. som får Metadon, Subutex eller lignende, er også inkludert.

Demografiske data:

1) Alder år

Kjønn: Kvinne Mann

2) Hvor arbeider du?

Medisinsk avdeling

Ortopedisk avdeling

3) Hvilken stillingsprosent har du?

mindre enn 25 %

25 % - 49 %

50 % - 74 %

75 % - 100 %

4) Har du videreutdanning i sykepleie?

Ja

Nei

Hvis ja, hvilken

5) Hvor lenge har du arbeidet som sykepleier? år

6) Hvor lenge har du arbeidet med pasienter med opioidavhengig misbruk ? år

7) Hvor ofte er du involvert i smertevurdering/smertelindring av pasienter med opioidavhengig misbruk ved din post?

nesten aldri

mindre enn 1 gang per uke

flere ganger hver uke

daglig

mer enn 1 gang per dag

8) I gjennomsnitt, hvor stor del av arbeidstiden per vakt bruker du på direkte pasientarbeid med pasienter med opioidavhengig misbruk?

Ingen tid Mindre enn 1 time 1 – 3 timer

4 – 6 timer

Mer enn 6 timer

Fortsettelse vedlegg 1: Spørreskjema som ble brukt til datainnsamling

Kunnskaper om smerte hos pasienter med opioidavhengig rusmisbruk:

1. Hvor mye kunnskap har du fått om smerter og smertehåndtering hos pasienter med opioidavhengig rusmisbruk følgende steder? Sett kryss ved hvert alternativ.

		Ikke i det hele tatt	Litt	En del	Mye	Svært mye
1.1	Grunnutdanning - sykepleie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2	Videreutdanning – sykepleie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3	Arbeidserfaring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4	Kurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5	Fra kolleger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6	Litteratur (bøker, tidsskrift)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.7	Internett – Google	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.8	Internett - faglige databaser (Medline, PubMed osv)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. På din post, hvor stor prosentandel av pasienter med opioidavhengig misbruk mener du får tilfredsstillende smertelindring?

under 25% 25-49% 50-75% over 75%

Fortsettelse vedlegg 1: Spørreskjema som ble brukt til datainnsamling

3. Hvilken kompetanse mener du selv at du har i forhold til å mestre følgende aspekter ved smertebehandlingen hos pasienter med opioidavhengig misbruk?

Nedenfor er en rekke påstander. Du velger det svaralternativet som passer best for hver påstand.

		Helt enig	Enig	Usikker	Uenig	Helt uenig
3.1	Jeg kan gjenkjenne smerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2	Jeg kan vurdere årsaken til smerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3	Jeg kan vurdere graden av smerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4	Jeg kan bruke ikke-medikamentelle metoder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5	Jeg kan bruke lette smertestillende (som paracetamol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.6	Jeg kan ikke bruke opioider som smertestillende medikament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7	Jeg kan kombinere opioider og lette smertestillende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.8	Jeg kan vurdere effekten av smertelindring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.9	Jeg kan behandle fysisk avhengighet (abstinens) etter bruk av opioider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.10	Jeg har tilstrekkelig kunnskap om smertebehandling hos pasienter med opioid-avhengig misbruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fortsettelse vedlegg 1: Spørreskjema som ble brukt til datainnsamling

4. Nedenfor er det en rekke påstander om mulige barrierer mot smertelindring hos pasienter med opioidavhengig misbruk. Du velger det svaralternativet som passer best for hver påstand.

	Helt enig	Enig	Uenig	Helt uenig	Vet ikke
4.1 Det blir ikke ordinert tilstrekkelig smertestillende medikamenter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 Sykepleiere gir mindre doser smertestillende medikamenter enn det som er ordinert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3 Sykepleiere har manglende kunnskap om smerter relatert til pasienter med opioidavhengig misbruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4 Sykepleieres vurdering av smerter og smertelindring er tilstrekkelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5 Sykepleiere prioriterer ikke å gi smertestillende til den opioidavhengige pasient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.6 Det er vanskelig å diskutere smertene til en pasient med opioidavhengig misbruk med legene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.7 Opioidavhengige misbrukere er generelt vanskelig å ha med å gjøre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fortsettelse vedlegg 1: Spørreskjema som ble brukt til datainnsamling

5. I hvilken grad er du enig eller uenig i påstandene nedenfor? Du velger det svaralternativet som passer best for hver påstand.

	Helt enig	Enig	Uenig	Helt uenig	Vet ikke
5.1 Pasienter med opioidavhengig misbruk har en vanskelig livssituasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2 Misbruk av opioider fører til økt smerteopplevelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3 Pasienter med opioidavhengig misbruk overdriver smerte for å få mer smertestillende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4 Pasienter med opioidavhengig misbruk er ikke ærlig om effekten av smertestillende medikamenter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.5 Bruk av smertestillende opioider gir økt avhengighet hos opioidavhengige misbrukere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.6 Det er krevende å arbeide med pasienter som er opioidavhengige misbrukere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.7 Pasienter med opioidavhengig misbruk har behov for mer smertestillende medikamenter enn andre pasienter for å få smertelindring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.8 Smertene til pasienter med opioidavhengig misbruk er underbehandlet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Siste side →

Fortsettelse vedlegg 1: Spørreskjema som ble brukt til datainnsamling

	Helt enig	Enig	Uenig	Helt uenig	Vet ikke
5.9 Sykepleierne på min arbeidsplass har tilstrekkelig kunnskap for å gi pasienter med opioidavhengig misbruk god smertelindring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.10 Pasienter med opioidavhengig misbruk prøver å kreve ekstra smertestillende medikamenter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.11 På min arbeidsplass synes pasienter med opioidavhengig misbruk at de får tilstrekkelig smertestillende medikamenter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.12 På min arbeidsplass er det skriftlige retningslinjer for å kunne ivareta smertebehandlingen hos opioidavhengige pasienter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.13 På min arbeidsplass er mange sykepleiere likegyldig til pasienter med opioidavhengig misbruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.14 Det hender at jeg føler irritasjon når jeg behandler en pasient med opioidavhengig misbruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.15 Jeg har sympati for opioidavhengige pasienter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Takk for at du deltar i studien!

Vedlegg 2: Informasjonsskriv til deltakere i studien

Forespørsel om å delta i spørreundersøkelse

Jeg er masterstudent i klinisk sykepleievitenskap ved Høgskolen i Oslo, Avdeling for sykepleierutdanning. Som del av studiet skal jeg skrive masteroppgave med temaet ”Sykepleieres kompetanse om smerte/smertelindring hos pasienter med opioidavhengig rusmisbruk som er innlagt på sykehus”. Veileder er førsteamanuensis Randi Andenæs, Avdeling for sykepleierutdanning, Høgskolen i Oslo.

Jeg vil foreta en spørreundersøkelse blant ca. 250 sykepleiere ansatt ved to avdelinger på to sykehus som begge har et stort antall pasienter med opioidavhengig rusmisbruk. Som ansatt ved en av disse avdelingene inviteres du herved til å delta i studien.

Du deltar ved å fylle ut vedlagte spørreskjema, som er beregnet til ca 15 minutter.

Det er helt frivillig å delta. Spørreskjemaet er fullstendig anonymisert.

Ved å levere det utfylte spørreskjemaet i lukket konvolutt, samtykker du til at informasjonen du gir kan benyttes i studien.

Dataene som blir innsamlet vil kun bli brukt i min masteroppgave. Det kan bli aktuelt å publisere en vitenskapelig artikkel på bakgrunn av masteroppgaven.

Dataene i studien vil bli oppbevart og behandlet i henhold til gjeldene etiske og faglige retningslinjer. Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Prosjektet avsluttes i løpet av våren 2010 Spørreskjemaene blir makulert og elektronisk lagrede data blir slettet innen utgangen av 2010.

Svarfrist er 2 uker. Utfylt spørreskjema leveres til ass. avdelingssykepleier på din post. Selv om du har levert inn spørreskjemaet, vil alle få en påminnelse etter en uke og kanskje en gang senere. Dersom du har spørsmål, kan jeg kontaktes på telefon: 93 00 24 55 eller e-post: kuarild@online.no/s139258@stud.hio.no . Enheter/poster med svarprosent over 60 vil få 4 Flaxlodd.

Vennlig hilsen

Kurt Arild Krokmyrdal

Vedlegg 3: Påminnelsesbrev til deltakerne i studien

Påminnelse om spørreundersøkelse

For en uke siden fikk du en invitasjon til å delta i studien "Sykepleieres kompetanse om smerte/smertelindring hos pasienter med opioidavhengig rusmisbruk som er innlagt på sykehus" sammen med et spørreskjema.

Bakgrunnen for studien er at det er ca. 15 000 opioidavhengige rusmisbrukere i Norge. De er ofte innlagt på sykehus. Det er tidligere ikke gjort norske studier som kartlegger sykepleieres kompetanse til å ivareta denne gruppen rusmisbrukere. Ved å delta i studien, bidrar du til ny kunnskap.

Dataene i studien vil bli oppbevart og behandlet i henhold til gjeldene etiske og faglige retningslinjer. Prosjektet er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Utfylt spørreskjema leveres i lukket konvolutt til assisterende avdelingssykepleier/avdelingssykepleier på din enhet.

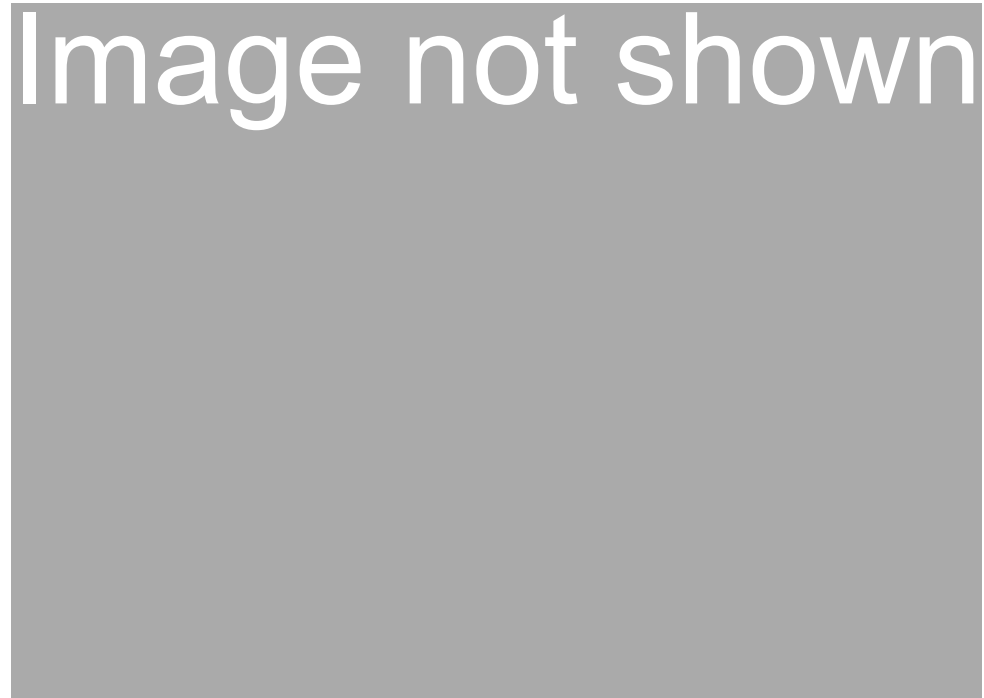
Jeg minner om at fristen for å delta i studien er 25. januar 2010.

Dersom du har spørsmål, kan jeg kontaktes på telefon 93 00 24 55 eller e-post kuarild@online.no

Vennlig hilsen
Kurt Arild Krokmyrdal
Sykepleier/masterstudent

Vedlegg 4: Plakat til påminnelse om studien

VIL DU BIDRA TIL NY KUNNSKAP?



Da kan du delta i studien ”Sykepleieres kompetanse om smerter/smertelindring hos opioidavhengige pasienter”.

Se etter spørreskjema i posthyllen din!

Vennlig hilsen
Kurt Arild Krokmyrdal
Sykepleier/masterstudent

Vedlegg 5: Svar fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD)

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Randi Andenæs
Avdeling for sykepleierutdanning
Høgskolen i Oslo
Postboks 4 St. Olavs plass
0130 OSLO



Vår dato: 11.11.2009

Vår ref:22881 / 2 / RKH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 27.10.2009. Meldingen gjelder prosjektet:

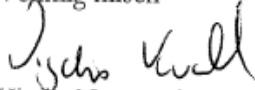
22881	<i>Sykepleieres kompetanse om smerte/smertelindring hos opioidavhengige rusmisbrukere som er innlagt på sykehus</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Randi Andenæs</i>
Student	<i>Kurt Arild Krokemyrdal</i>

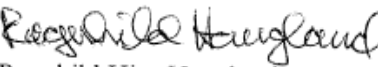
Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Ragnhild Kise Haugland

Fortsettelse vedlegg 5: Svar fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD)

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

22881

Utvalget omfatter sykepleiere som arbeider på medisinske og ortopediske avdelinger ved to sykehus. Prosjektleder informerer om prosjektet på personalmøter ved avdelingene.

Opplysningene samles inn gjennom spørreskjema. Spørreskjema vedlagt meldeskjema er i seg selv anonymt. Det vil ikke være mulig å koble opplysningene i spørreskjema til navn på informantene, navn på sykehus, geografisk område, eller andre opplysninger som kan være direkte eller indirekte identifiserende (jf. telefonsamtale med Kurt Arild Krokmyrdal, 10. november 2009).

På bakgrunn av dette vurderer personvernombudet prosjektet som ikke meldepliktig i henhold til personopplysningsloven.

Vedlegg 6: Oversikt over sykepleieres videreutdanninger

Type videreutdanning N=15	Andel sykepleiere Prosent
Helsefremmende og forebyggende arbeid	14,3
Kunnskapsbasert praksis	14,3
Ortopedi	14,3
Infeksjon og smittevern	21,4
Diabetes	14,3
Anestesi	7,1
Intensiv	14,3