



RÖDA KORSETTS HÖGSKOLA
- utbildning & forskning inom vårdområdet

Sjuksköterskeprogrammet 180hp
Vetenskaplig metodik III, Självständigt examensarbete
KURS 17, 15 hp
HT 12

Smärtlindring av patienter med opiatberoende

En kvalitativ intervjustudie med
sjuksköterskor verksamma inom beroendevård

Pain management in patients with opioid dependence

A qualitative interview study with nurses
working within drug dependence treatment

Författare: Pil-Sung Hong och Anders Kjell

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Internationell forskning visar på problematik kring smärtlindring av patienter med opiatberoende. Det framkommer att otillräckliga doser analgetika administreras till denna patientgrupp och att vårdpersonal saknar kunskap gällande smärtlindring av patienter med opiatberoende. Forskning visar även att vårdpersonal kan ha en negativ inställning till drogberoende patienter och ofta misstror deras motiv gällande förfrågan om analgetika. Vidare visar forskningen att denna patientgrupp upplever sig få en sämre vård än patienter utan drogberoende.

Syfte: Studiens syfte var att belysa faktorer som har inverkan på smärtlindringen av patienter med opiatberoende på en beroendeavdelning.

Metod: Empirisk studie med deskriptiv kvalitativ ansats baserad på strukturerade intervjuer med fyra sjuksköterskor verksamma vid en beroendeavdelning i en svensk storstad. Data analyserades genom manifest innehållsanalys.

Resultat: Under analysen utkristalliserades tre kategorier och elva underkategorier, vilka beskriver faktorer som har inverkan på smärtlindringen av patienter med opiatberoende: (I) *Förhållningssätt* omfattar (1) Att inte döma och (2) Bemötande. (II) *Förutsättningar* omfattar (3) Restriktivitet, (4) Tolerans, (5) Ångest, (6) Personalbrist och (7) Kunskap. (III) *Metoder* omfattar (8) Smärtskattning, (9) Lindra ångest, (10) Kämpa för patienten och (11) Interprofessionalitet.

Slutsats: Studiens resultat tyder på att ett respektfullt och tillmötesgående bemötande gentemot patienterna utgör en central roll i smärtbehandlingen. Vidare visar studien att sjuksköterskornas möjlighet att smärtlindra patienter i beroendevården begränsas av kunskapsluckor, restriktiva regler, resursbrist samt en patientgrupp som är svår att smärtlindra. Studiens resultat tyder på vikten av att lindra patienternas ångest samt vinsterna med ett interprofessionellt samarbete kring smärtlindring.

Klinisk betydelse: Studien kan öka medvetenheten kring de hinder som identifierats för smärtlindring av patienter med opiatberoende. Sjuksköterskornas metoder i den aktuella studien skulle kunna utnyttjas i betydligt större utsträckning i beroendevården och i andra vårdkontexter vilket därigenom skulle bespara patientgruppen onödigt vårdlidande.

Nyckelord: Beroendevård, omvårdnad, opiatberoende, sjuksköterskor, smärtlindring.

ABSTRACT

Background: International research indicates several difficulties concerning pain relief for patients with opioid dependence. It appears that inadequate doses of analgesics are administered to patients with substance dependence and that health professionals lack knowledge regarding pain management of patients with opioid dependence. Research also shows that health professionals may have a negative attitude towards drug-dependent patients and often distrust their motives regarding request for analgesics. Furthermore, research shows that opioid dependent patients feel that they get poorer care than patients without drug addiction.

Aim: The aim of the study was to examine factors that have an impact on pain relief in patients with opioid dependence from nurses' perspective at a drug dependence treatment clinic.

Method: Empirical study with descriptive qualitative approach based on structured interviews with four nurses working at a drug dependence treatment clinic in a major Swedish city. Data were analyzed with manifest content analysis.

Results: During the analysis three categories and eleven subcategories emerged: (I) *Attitude* is comprised of (1) To not judge, and (2) Treatment. (II) *Conditions* is comprised of (3) Restrictivity, (4) Tolerance (5) Anxiety, (6) Staff shortage and (7) Knowledge. (III) *Methods* is comprised of (8) Pain assessment, (9) Relieving anxiety, (10) Fighting for the patient, and (11) Interprofessionalism.

Conclusion: The study's results suggest that a respectful attitude towards patients plays a key role in pain management. Furthermore, the study shows that the nurses' opportunity to relieve pain of patients in addiction treatment is limited by gaps in knowledge, restrictive regulations, lack of resources and patients that are difficult to pain relieve. The study's findings indicate the importance of alleviating the patients' anxiety and the benefits of interprofessional collaboration regarding pain treatment.

Clinical significance: This study can increase the awareness of the barriers to pain management identified for patients with opioid dependence. Nursing practice in the current study could be used to a much greater extent in addiction services and other care contexts and thereby save the patients unnecessary suffering.

Keywords: Addiction treatment, nurses, nursing, opioid dependence, pain management.

INNEHÅLL

INLEDNING	1
BAKGRUND.....	1
Patientgruppen.....	1
Opiater	2
Opiatberoende	2
Beroendevård.....	2
Smärtbehandling.....	4
Smärtskattning.....	5
Sjuksköterskans ansvar	5
PROBLEMFÖRMULERING.....	5
SYFTE	6
METOD	6
Design	6
Urval	6
Datainsamlingsmetod.....	6
Dataanalys	7
ETISKA ASPEKTER	7
RESULTAT	8
Förhållningssätt	8
<i>Att inte döma</i>	8
<i>Bemötande</i>	9
Förutsättningar.....	9
<i>Restriktivitet</i>	9
<i>Tolerans</i>	10
<i>Ångest</i>	10
<i>Personalbrist</i>	11
<i>Kunskap</i>	11
Metoder.....	11
<i>Smärtskattning</i>	11
<i>Lindra ångest</i>	12
<i>Kämpa för patienten</i>	12
<i>Interprofessionalitet</i>	13
DISKUSSION	13
Metoddiskussion.....	13
Resultatdiskussion.....	15
Slutsats	17
Klinisk betydelse	17
Förslag på vidare forskning/utveckling	17
REFERENSER	18
BILAGOR I-II	

INLEDNING

Under den verksamhetsförlagda utbildningen som ingår i sjuksköterskeutbildningen har vi som studenter vid ett flertal tillfällen upplevt hur patienter med opiatberoende bemötts med misstro. Vi har erfarit hur sjuksköterskor hanterat patienter med opiatberoende och dessa patienters önskan om att få smärtlindring. Många gånger har dessa patienter avfärdats som någon som endast är ute efter ett rus och därmed ej vara förtjänt av smärtlindring. Sjuksköterskor har också uttryckt en rädsla för att skapa eller nära ett beroende vilket kan få liknande konsekvenser. De attityder som finns gentemot dessa patienter med opiatberoende kan leda till att smärta inte erkänns eller utreds på adekvat sätt. Internationellt finns det forskning inom området men i svensk kontext har vi funnit få studier. Detta motiverade oss att undersöka faktorer som kan ha effekt på smärtlindringen av patienter i beroendevård.

BAKGRUND

Antalet drogberoende i Sverige har enligt Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning [CAN], (2012) ökat stadigt sedan 70-talet och det beräknas att cirka 26 000 personer hade ett tungt missbruk år 2004. Tunga narkotikamissbrukare inkluderar den som under det senaste året injicerat opiater eller dagligen på annat sätt brukat opiater de senaste fyra veckorna (Lander, Olsson, Rönnerling & Skrinjar, 2002). Denna grupp kommer så som övriga samhället i kontakt med vården. Socialstyrelsen (u.å.) skattar att 20 000 patienter med ett drogberoende årligen besöker hälso- och sjukvården.

Patientgruppen

Lander et al. (2002) uppger att tre fjärdedelar av de tunga narkotikamissbrukarna är män och en femtedel är födda i annat land. Vidare framhåller de att bostadssituationen för tunga narkotikamissbrukare är svår och i Stockholm uppges cirka två tredjedelar vara bostadslösa. Mer än tre fjärdedelar saknar anknytning till arbetsmarknaden och en kraftig majoritet finansierar sitt beroende med bidrag och illegala inkomster. De tunga narkotikamissbrukarna saknar i regel tillgång till sociala nätverk utanför den egna missbrukargruppen (ibid.). Statens folkhälsoinstitut (2011) framhåller att olika typer av psykisk sjukdom är vanligt förekommande hos personer med ett skadligt narkotikabruk. Vidare påtalas att gruppen är socialt marginaliserad och utsatt samt löper en starkt förhöjd risk för att drabbas av såväl medicinska som psykiska sjukdomar.

Opiater

Opiater är enligt Kakko (2011) ett samlingsnamn för substanser som har sitt ursprung i opievallmon, kända opiatier som utvinns ur denna växt är bland andra, heroin, morfin, opium och kodein. Opiaterna är alla kortverkande och ger således endast ett kortvarigt stimulerande rus, heroin ger ett rus på ungefär 10 minuter. Opioider är syntetiskt framställda preparat vilka är besläktade med opiatier. Opioider binder till samma receptorer som opiaterna. Vanliga opioider är substanserna buprenorfin och metadon. Opioider är långverkande och ger ett mindre framträdande och mindre intensivt rus än effekten från exempelvis heroin. Heroin var ursprungligen ett botemedel mot morfinmissbruk och lanserades 1899. Olyckligtvis visade sig heroinet vara mer beroendeframkallande än morfin, och har alltsedan dess varit det dominerande missbrukspreparatet i opiatgruppen (Kakko, 2011).

Opiatberoende

I riktlinjerna från Socialstyrelsen (2007) används diagnosen substansberoende för personer med opiatberoende. Substansberoende definieras i Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM-IV-TR] enligt ett antal kriterier där minst tre skall uppfyllas. Kriterierna rör ökad tolerans, abstinenssymtom, intagande av substansen under en längre period och i större mängd än avsett, att lägga ned mycket tid på att få tag i substansen, att åsidosätta dagliga sysslor på grund av substansbruket och försök att sluta bruka substansen samt fortsatt bruk trots vetskapen att det är fysiskt eller psykiskt skadligt för kroppen. Vidare skiljer DSM-IV-TR på substansberoende och substansmissbruk då det senare saknar kriterier som tolerans, abstinens och endast inkluderar de skadliga konsekvenserna av upprepat bruk. Detta gör att patienter diagnostiseras endast som substansmissbrukare eller substansberoende (American Psychiatric Association, 2000).

Beroendevård

Opiatberoende behandlas i öppen- såväl som slutenvård och Socialstyrelsen (2007) har arbetat fram riktlinjer för missbruks- och beroendevård som innefattar både medicinska och sociala insatser som erhålls av både kommunens socialtjänst och landstingens beroendevård. Vidare påtalar de dock att riktlinjerna brister gällande omvårdnad då studier gällande opiatberoende och omvårdnad i hög grad saknas.

Innan underhållsbehandling med metadon eller subutex kan inledas behövs, enligt Socialstyrelsen (2007), vanligtvis abstinensbehandling. Denna syftar till att eliminera substansen/-erna ur kroppen och samtidigt lindra de psykologiska och fysiologiska reaktionerna som uppkommer vid ett avslutat intag. Under abstinensfasen uppträder ofta symtom på depression och ångest som ofta avklingar efter behandlingens slut (Socialstyrelsen, 2007). Metadon är en långverkande opioid och den långsamma halveringstiden på 24 timmar tar bort drogsug. Metadonet är en syntetisk agonist som likt heroin verkar på my-opioidreceptorn. Detta gör att andra agonister, som till exempel heroin, blir verkningslösa, en så kallad narkotisk blockad skapas som minskar risken för återfall. (Kaako, 2011). Buprenorfin är den aktiva substansen i subutex och binder likt heroin och metadon till my-opioidreceptorer fast med en ännu högre bindningsbenägenhet, likt metadon har även denna en lång halveringstid och kan fungera som narkotisk blockad (Kaako, 2011). Underhållsbehandling har enligt Socialstyrelsen (2007) större vinster då de kombineras med psykosocial behandling. Sociala stödåtgärder i form arbetsrehabilitering, boendestöd och stöd av familjemedlemmar har även visat sig kunna ha stor inverkan på rehabiliteringen. De övervägande goda effekterna av underhållsbehandling i form av metadon och subutex lyfts av Socialstyrelsen men kritiker till dessa preparat ser en kontraproduktivitet med substituten då dessa anses bevara det drogberoende som behandlingen ska få bukt med (Socialstyrelsen, 2007).

Personer med opiatberoende uppvisar en hög frekvens av samsjuklighet då de oftare än övrig befolkning lider av psykiska sjukdomar, i synnerhet ångestsyndrom samt depressioner (Socialstyrelsen, 2007). Socialstyrelsen anger att det idag inte finns någon specifik abstinensbehandling för personer med både missbruk och psykiatrisk sjuklighet. Vidare påtalar de att behandling bör samordnas mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård för att skapa en vårdkedja som ger goda effekter över en längre tid.

Smärta

International Association for the Study of Pain [IASP] hävdar att upplevelsen av smärta alltid är subjektiv och att den kan innefatta både en obehaglig sensorisk såväl som emotionell upplevelse. Med subjektiv åsyftas att endast individen själv kan avgöra om det gör ont eller inte (IASP, u.å.).

Smärtbehandling

Smärtlindring är en viktig del av vården och det är till stor del sjuksköterskans ansvar att bedöma och behandla smärta (McCaffery & Ferrell, 1997). I en svensk studie där patienter med missbruk och HIV fick ranka vilka kompetenser de värdesatte hos sjuksköterskor kom smärtbehandlingskompetens högst, först därefter kom kompetens gällande somatisk vård. I samma studie hävdade många av patienterna att de inte erhållit någon smärtbehandling alls, eller fått otillräckliga doser av analgetika, efter att de av personalen blivit stämplade som drogmissbrukare (Krook, Kastrup, Lidman, Mann och Stymne, 1995).

Otillräcklig smärtbehandling i vården har det rapporterats och forskats kring i årtionden (Cook, Sefcik & Stetina, 2004). Detta utbredda omvårdnadsproblem drabbar av flera anledningar särskilt drogberoende patienter. Forskning har visat på en oro hos vårdpersonal för att förvärra, skapa eller nära ett beroende vid smärtlindring med opiat (Dewar, Osborne, Mullet, Langdeau och Plummer, 2009). I en jämförande fallstudie framkom det att drogberoende patienter ordinerades mindre doser opiat-baserad analgetika än kotrollgruppen (Cook et al., 2004). En annan faktor som påverkar smärtlindringen är vårdpersonalens oro för att bli manipulerade av patienterna och följaktligen tolkar önskan om mer smärtlindring som ett drog-sökande beteende (Merrill, Rhodes, Deyo, Marlatt & Bradley, 2002). Stigmatiseringen av drogberoende personer i samhället speglas även i sjukvården och flera studier har uppmärksammat att sjuksköterskor ofta har en negativ attityd gentemot patienter med substansberoende (Morgan, in press; Natan, Beyil & Neta, 2009). Forskning visar att drogberoende patienter upplever sig få sämre vård än andra patienter och ofta känner sig kränkta i mötet med vården (Neale, Tompkins & Sheard, 2008). En ömsesidig misstro mellan vårdpersonal och patientgruppen har påvisats i flera studier (Krook et al., 1995; Merrill et al., 2002; Morgan, 2006). Denna misstro försvårar det viktiga samarbetet mellan vårdgivare och patient (Björvell & Insulanders, 2008).

Ytterligare en svårighet kring smärtlindring av patienter med opiatberoende är risken att patienterna utvecklat eller utvecklar opioidinducerad hyperalgesi [OIH], vilket beskrivs som en ökad smärtekänslighet vid intag av opioider (Leal, Clivatti, Garcia & Sakata, 2010). Detta leder paradoxalt nog till att administrering av opioidbaserad analgetika kan medföra att patienten blir än mer smärtekänslig (ibid.). Chang, Chen och

Mao (2007) beskriver hur både OIH och utvecklingen av opioidtolerans reducerar effekten av opioidbaserad analgetika och därmed försvårar smärtbehandlingen.

Smärtskattning

Visuell analog skala [VAS] är ett skattningsinstrument som kan användas i klinisk praxis för att mäta smärta på en skala mellan 0 och 10. Patienten får uppskatta sin upplevda smärta genom att, på en ograderad eller graderad smärtskala, markera var i intervallet smärtan ligger (Huskisson, 1983).

Sjuksköterskans ansvar

I Sverige lyder sjuksköterskor under Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] som i 2 § av lagen föreskriver att, ”Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet” (HSL, SFS 1982:763). Vidare åligger det sjuksköterskor i Sverige att arbeta utifrån International council of nurses [ICN] etiska kod som säger att sjuksköterskans huvudsakliga uppgift är att ge vård. Vårdandet indelas i fyra grundläggande områden som är: att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. I sitt arbete skall sjuksköterskan även möta alla patienter med respekt utan att begränsas av sina fördomar. Här får varken kultur, kön eller social status begränsa den vård som sjuksköterskan ger (Svensk sjuksköterskeförening, 2007). Sammantaget ger detta en bild av att sjuksköterskan har ett stort ansvar vad gäller patienters smärta.

PROBLEMFÖRMULERING

Internationell forskning har visat att smärtlindring för patienter med opiatberoende är problematiskt av flera anledningar. Det framgår att otillräckliga doser analgetika administreras till patientgruppen och att vårdpersonal saknar kunskap gällande smärtlindring av patienter med opiatberoende. Vidare har forskning visat att vårdpersonal kan ha en negativ inställning till drogberoende och ibland misstror patienternas motiv gällande förfrågan om analgetika. Patienterna kan känna en misstro mot vårdpersonalen och upplever sig få en sämre vård än patienter utan drogberoende. Sammantaget resulterar dessa faktorer i en otillräcklig smärtlindring för patientgruppen. Sett till att sjuksköterskor utifrån lagen och etiska koder skall ge likvärdig

smärtbehandling till alla patienter ges skäl för en studie som har för avsikt att belysa vilka faktorer som har inverkan på smärtlindringen vid en beroendeavdelning.

SYFTE

Studiens syfte var att belysa faktorer som har inverkan på smärtlindringen av patienter med opiatberoende på en beroendeavdelning.

METOD

Design

Empirisk intervjustudie med deskriptiv kvalitativ ansats utifrån Polit och Beck (2009).

Urval

Inklusionskriteriet var legitimerade sjuksköterskor verksamma inom beroendevård för patienter med opiatberoende.

Datainsamlingsmetod

Utifrån urvalskriteriet tipsade en lärare vid högskolan författarna om en möjlig kontaktperson på en beroendeavdelning. Efter samtal med kontaktpersonen på avdelningen kom hen att agera gatekeeper. Detta beskrivs av Polit & Beck (2009) som den person som kan ge tillträde till forskningsfältet. Därefter översändes PM och efter godkännande tillfrågade gatekeepern de sjuksköterskor som arbetade för dagen om deltagande i studien. Fyra sjuksköterskor visade intresse och författarna besökte sedan avdelningen och presenterade studien för de som visat intresse. Skriftlig förfrågan om deltagande (Bilaga I) överlämnades och undertecknades. De fyra sjuksköterskorna var mellan 26 och 45 år och hade varit verksamma på avdelningen mellan fyra månader och tre år. Av dessa var tre kvinnor och en man, tiden sedan sjuksköterskeexamen varierade mellan fyra månader och fyra år. Semistrukturerade samtalsintervjuer genomfördes med sjuksköterskorna utifrån en intervjuguide (Bilaga II). Detta för att, som Polit och Beck (2009) beskriver, försäkra sig om att täcka alla områden av intresse. Guiden utformades av uppsatsförfattarna utifrån föreställningen om vad som kunde ge svar på studiens syfte. Guiden testades på en sjuksköterska verksam inom beroendevården, varpå två av frågorna modifierades och en togs bort. Intervjuerna utfördes på avdelningen under november 2012 och för att undvika avbrott samt störande moment skedde intervjuerna i ett tyst och avskilt rum. Under intervjuerna var

båda uppsatsförfattarna närvarande men endast en agerade intervjuare. Den författare som agerade bisittare kunde när som helst avbryta för att ställa kompletterande frågor. Intervjuerna spelades in digitalt och varade mellan 29 och 35 minuter. Författarna transkriberade sedan ordagrant två intervjuer vardera vilket resulterade i totalt 57 A4-sidor text.

Dataanalys

Insamlad data analyserades genom manifest innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Analysen utgjordes av fem steg, varav de två första stegen utfördes av författarna individuellt.

1. Det transkriberade materialet uppdelades i meningsbärande enheter, vilket beskrivs som en mening eller ett stycke som hålls samman av sitt innehåll och kontext.
2. De meningsbärande enheterna kondenserades, vilket innebär att korta ned de meningsbärande enheterna med bibehållen mening.
3. Författarna gick tillsammans igenom de meningsbärande enheterna och kondenseringen för att uppnå konsensus. De kondenserade enheterna skrevs sedan upp på 190 kort.
4. Korten kodades och grupperades i underkategorier, vilket är en grupp kodade meningsenheter med inbördes likheter. De underkategorier som framkom under analysen var: att inte döma, bemötande, restriktivitet, tolerans, personalbrist, ångest, kunskap, smärtskattning, lindra ångest, kämpa för patienten och interprofessionalitet.
5. Underkategorierna grupperades i kategorier, vilket beskrivs som en grupp underkategorier med inbördes likheter. De kategorier som framkom var: förhållningssätt, förutsättningar och metoder.

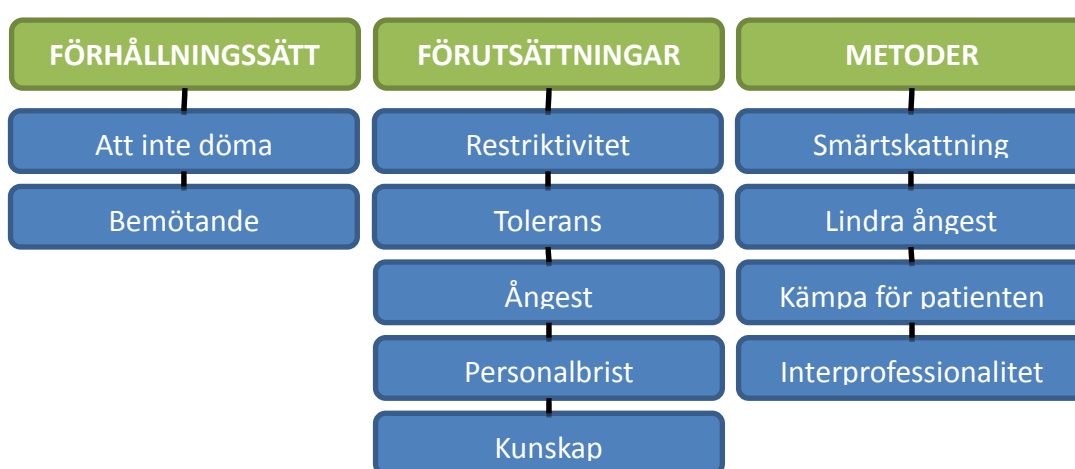
ETISKA ASPEKTER

I enlighet med de forskningsetiska principerna informerades samtliga deltagare både skriftligt och muntligt om studiens syfte och metod samt att deltagande är frivilligt och när som helst kan avbrytas. Detta gör att studien uppfyller informationskravet och samtyckeskravet i enlighet med Vetenskapsrådet (2002). Vidare beskriver Vetenskapsrådet konfidentialitetskravet och för att möta detta har alla data som

insamlats behandlats konfidentiellt och de citat som använts har avidentifierats. Den data som insamlades kommer inte användas i kommersiella eller icke-vetenskapliga syften, detta för att möta det av Vetenskapsrådet uppställda nyttjandekravet. Uppsatsförfattarna har under studien strävat efter att följa en god forskningsetik, vilket innebär att inga data eller resultat har förvanskats, fabricerats, plagierats eller tillrättalagts (Vetenskapsrådet, 2012).

RESULTAT

Resultatet presenteras utifrån de kategorier och underkategorier som framkom under analysfasen (Figur 1).



Figur 1. Kategorier och underkategorier som framkom under analysfasen

Förhållningssätt

Att inte döma

Samtliga sjuksköterskor beskriver vikten av att inte döma patienterna trots en ibland upplevd hopplöshet inför att många patienter ständigt återkommer till avdelningen. Det framkommer i intervjuerna hur de istället försöker fokusera på nuvarande situation och se nya möjligheter till behandling. Vidare beskriver sjuksköterskorna hur inställningen att vem som helst kan hamna i ett substansberoende är en viktig del för att upprätthålla en fördomsfri syn på patienterna.

Jag brukar ta dom här och nu för att det är, även om vi har haft patienter som skrivit ut sig för typ en vecka sen och kommer igen, men under den veckan kanske det har hänt nåt, ja, jag vet inte vad, så då måste jag ta det.

Jag ser det som att nästan vem som helst kan drabbas och man kan ha det i släkt, alltså vänner eller släkt eller så, det är liksom inget konstigt så.

Bemötande

Sjuksköterskorna betonar hur bemötandet ses som en central del i vården av den enskilde patienten. Under intervjuerna framkommer att patientgruppen upplevs som krävande och stundtals svårhanterad men samtidigt hur ett respektfullt bemötande präglat av omsorg kan underlätta vården och i förlängningen smärtlindringen.

Men jag hade en kompis på ortopedien här, som har en hel del patienter, alltså våra patienter, jag och hon sa det, att de är de jobbigaste hon har träffat på, och hon har jobbat där ett par år, så dom är ju både svåra, och alltså att hantera smärta och just att bemöta. Så bemötande, det är ju den viktigaste, utan den funkar inte vården eller smärtan, alltså hantera smärta.

Å jag känner att när de kommer till oss får vi liksom ta hand om dom på bästa möjliga sätt. Tvätta kläder, dom får god mat, en skön säng (skrattar), och liksom vila upp sig. Det är så jag känner.

Förutsättningar

Restriktivitet

De intervjuade sjuksköterskorna uttrycker att de ibland kan känna en frustration inför vissa läkares stora restriktivitet gällande analgetika. Vidare framkom hur ett ibland ensidigt fokus på avgiftningen ofta försvårade sjuksköterskornas möjlighet till smärtlindring. En respondent upplever att läkarna sällan tar egna initiativ till smärtlindring såvida inte patienten har tydliga kroppsskador som dokumenterats.

...vi har patienter som har smärtor efter självmordsförsök eller efter skador och så, alltså det är ju jättesvårt, det känns ju omänskligt många gånger att inte kunna smärtlindra dom här människorna. Men sen är det ju ofta att läkarna på metadonteamet, dom är väldigt, väldigt hårda, dom ska absolut inte ha någon narkotika...

Ja, både fysiska bevis och dokumenterat från läkare, från därifrån man kommer så att, så ska det smärtlindras, alltså då får de ju. Men att ta steget själva, det är väldigt strikt med det.

En sjuksköterska uttrycker stor frustration inför de krav och regler som omgärdar underhållsbehandling. Särskilt problematiskt ses kravet på patientens absoluta renhet från substanser, innan underhållsbehandlingens början, då det starkt begränsar möjligheten till smärtlindring.

De måste vara labbrena i sina svar och det betyder att om dom får nånting här, utöver det som de har missbrukat. Alltså förstår du! Vi kan inte ge nåt för då förlänger det deras vistelse på avdelningen.

Tolerans

Tre av sjuksköterskorna upplever svårigheter att smärtlindra patienterna då de utvecklats en mycket hög opioidtolerans. Vidare upplever de att doserna som administreras sällan ger önskad smärtlindrande effekt.

Dom har ju liksom jobbat upp den här toleransnivån så himla högt, så det är svårt för oss, liksom på dom här normala doserna, att kunna hjälpa patienten.

...men alltså en patient som står på 130 mg Metadon, en dos som liksom är dödlig många gånger om, om jag skulle ta den. Hur smärtlindrar man dom? Vad ska en Citodon eller en tia Dolcontin hjälpa dom, ingenting.

Ångest

Sjuksköterskorna beskriver att nästan samtliga patienter har kraftig ångest som på ett tydligt sätt är kopplad till den fysiska smärtan, då deras leverne ofta kan leda till både fysiska och psykiska konsekvenser. De upplever även att patienter ibland ger uttryck för fysisk smärta som en följd av deras kraftiga ångest.

Våra patienter har ju jättemycket ångest också, och det är ju den som dom kanske också, alltså dom har ju så mycket ångest så att det bara sprutar genom öronen, eh, och dom har ju genomgått mycket, alltså det är mycket våld, våldtäkter, misshandlar, alltså det är ju mycket, det ena med det tredje, eh, och det är ju, jag kan känna att det är ju liksom smärta, alltså själslig smärta och fysisk smärta, så kroppslig smärta.

...dom har levt länge med smärtorna, kanske en liten tablett hjälper inte så mycket, det kanske är mer, ibland kan det kanske vara lite mer psykologiskt...

Personalbrist

Det framkommer att läkarbristen på avdelningen gör det svårare och mer tidskrävande att få ordination för smärtlindring. Detta i kombination med att generella ordinationer tagits bort begränsar ytterligare möjligheten till smärtbehandling. Vidare beskriver respondenterna hur underbemanningen av vårdpersonal leder till att möjligheten att sitta med patienten och samtala minskar samt att tidsbristen blir ett hinder för att använda sig av alternativ smärtlindring,

Alltså förut, jag hade ju generella ordinationer för jag hade jobbat så länge, eh och jag, nu har de tagit bort det så jag måste ringa läkarna på BAS för Alvedon, du förstår, förstår du hur löjligt det låter, men så är det.

Vissa patienter har sagt att de fått akupunktur i öppenvården och att de tyckt om det som sjutton, men här hinner vi inte med nåt sånt.

Kunskap

Sjuksköterskorna resonerar under intervjuerna kring hur läkarnas varierande erfarenhet och kunskap kan ha stor inverkan på vilken smärtlindring som ges. Respondenterna beskriver situationer då specialistkompetens på ett gynnsamt sätt gagnat patienterna.

...sen tror jag inte att det beror på regler, eller enbart regler, utan det kan bero på erfarenhet, hur erfaren läkaren är...

...då hade vi vår läkare från smärteamet här, så han hade sån lyckträff, så att hon satte ju in honom på opiater som var lätta att spåra i öppenvården.

Metoder

Smärtskattning

Sjuksköterskorna framhåller att patientens uttalade smärta är det som initialt ligger till grund för smärtbedömningen. Tre av de intervjuade säger att de använder VAS-skalan för att kunna dokumentera och rapportera patienternas smärta. Vidare beskriver de hur den kliniska blicken är ett bra verktyg för att bedöma huruvida patienten är smärtpåverkad eller önskan om smärtlindring är ett uttryck för abstinens.

...VAS, det är väl mer för att veta ungefär vart, vad man skall säga till läkarna och vad man skall skriva i journalen liksom, så att man kan se ett mönster över tid å sådär.

...sen så lär man sig, man lär sig å se vilka som tjarar och vill ha, och vilka som faktiskt har ont...

Lindra ångest

Under intervjuerna framkommer hur sjuksköterskorna försöker lindra patienternas ångest. De nämner vikten av att sätta sig ned och samtala med patienterna för att kunna trösta och lindra deras ångest. Två sjuksköterskor lyfter fram hur beröring och massage kan vara goda verktyg för att lindra patienternas oro och ångest, och att beröringen även kan vara ett bra sätt att visa sin omtanke för patienten samt ge bekräftelse.

Men på vissa vet jag, eller oftast är det ja, på tjejer så kan jag typ massera på axlar eller nånting, den fysiska beröringen, eller bara ge en kram, det räcker. Jag har fått höra många gånger att "du är den enda som kramar mig på, jag vet inte hur länge". Och liksom, det är bara det som gör att det släpper.

...det kan vara, bara vara bra om en människa sitter bredvid där och, och tröstar dom, och liksom ser människan bakom...det är ett bra verktyg att sitta med en människa.

Många gånger kan man avleda ångest om, bara genom att prata med dom en stund.

Kämpa för patienten

Sjuksköterskorna upplever att de ibland måste kämpa för att patienterna ska få adekvat smärtlindring och därmed stundtals göra sig obekväma. De nämner situationer då de känt sig tvungna att ta till okonventionella metoder för att kunna smärtbehandla patienter. En sjuksköterska beskriver hur hen ibland kringgår restriktiva läkare genom att vänta ut denne för att kunna få ordination på smärtlindrande.

Ja, många gånger har ju folk uppfattat mig som uppkäftig och alltså, så jag är en av dom som ifrågasätter, alltså tankegången och även deras ordinationer...

...så länge hon [läkaren] är här då kommer patienten inte få det, så när hon hade gått klockan tio då ringde jag till jouren...

Interprofessionalitet

Sjuksköterskorna beskriver vinsterna med att använda sig av andra yrkesgrupper för att på ett bättre sätt smärtbehandla och hjälpa patienterna. Det framkommer till exempel att många patienter ofta lider av tandvärk och att avdelningen då försöker ta hjälp av tandvården. Vidare upplever tre sjuksköterskor att de gånger då verksamhetens smärtcentrum konsulterats har patienter på ett effektivt sätt kunnat smärtbehandlas. Två av sjuksköterskorna lyfter även fram vikten av att lyssna på och fråga vad annan vårdpersonal uppmärksammar hos patienterna.

...våra metadon- eller narkomanpatienter, deras tänder är förstörda, oftast för Subutex fräter på tänderna, dom har jättedålig status oftast, vissa har tandinfektioner...vi försöker så man får en sån här akutremiss till tandvården...

...det är ofta mina skötare som hojtar och säger hallå, den här killen har jätteont, tror du att du kan fixa det...

DISKUSSION

Studiens syfte var att belysa faktorer som har inverkan på smärtlindringen av patienter med opiatberoende. I vårt resultat framkom vikten av ett gott bemötande och fördelarna med ett interprofessionellt samarbete. Vidare framkom ett flertal begränsningar gällande smärtlindring samt vikten av att lindra patienternas ångest.

Metoddiskussion

En styrka med urvalet kan ses i att respondenterna arbetar med patientgruppen och därmed har kunskap att på ett kvalificerat sätt kunna ge uttömmande och nyanserade svar. Samtidigt kan det tolkas som en svaghet om man ser det som ett uttryck för att uppsatsförfattarna söker bekräfta sin förförståelse. Att en gatekeeper användes för att få kontakt med respondenterna kan ses som en svaghet då denne kan ha valt bort personer omedvetet eller medvetet. En annan styrka i urvalet var att respondenter av båda kön deltog i studien trots att endast ett fåtal manliga sjuksköterskor fanns att tillfråga på avdelningen. Vidare kan en styrka i urvalet vara att det gav ett relativt brett åldersspann och en skiftande yrkeserfarenhet av vårdfältet. Detta ger studien en ökad giltighet enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2008) som beskriver att

området då belyses utifrån olika erfarenhetsgrunder. Att två av respondenterna hade arbetat mindre än ett halvår inom beroendevården kan ses som en svaghet då det kan minska datans diversitet. Att endast fyra respondenter intervjuades kan ses som ett problem då det ökar risken för urvalsbias vilket i sin tur försvårar överförbarheten.

En styrka kan ses i att intervjuerna utfördes på avdelningen då denna plats för respondenterna är en känd miljö vilket kan göra att de känner sig tryggare och mer avslappnade under intervjuerna. Att uppsatsförfattarna utförde två intervjuer vardera kan ses som en svaghet då det finns risk för skillnader i genomförandet samtidigt som den strukturerade intervjuguiden motverkar allt för stora skillnader mellan de olika intervjuerna. De skillnader i intervjuarnas följdfrågor som uppstod kan ses som en styrka då det enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2008) kan ge större möjligheter att få fram ett mer mångfacetterat material. Den intervjuguide som användes upplevdes av både uppsatsförfattarna något begränsande, då den stundtals förhindrade att ett flytande samtal uppstod och därmed eventuellt begränsade de svar som framkom. Samtidigt kan den ses som en fördel då den på ett tydligt sätt utifrån syftet upplevdes ge en god avgränsning för intervjuerna.

Vidare kan det att båda uppsatsförfattarna deltog vid intervjuerna ses som ett problem utifrån Josephson (2008) som beskriver att respondenten då kan uppleva det som en två mot en-situation. Samtidigt kan det ses som en styrka att båda författarna var med då bisittaren hade möjlighet att ställa kompletterande frågor samt föra anteckningar under intervjun och därmed kunde lägga grund för ett mer uttömmande material. Att transkriberingen gjordes kort efter intervjutillfällena och av den som genomfört intervjun kan ses som en styrka då det minskar risken för missuppfattningar och feltolkningar. Vidare kan en styrka ses i att även kondenseringen gjordes kort efter intervjun, då dessa finns färskt i minnet, och således kan tolkas mer korrekt.

En möjlig svaghet under analysfasen är den eventuella förförståelse uppsatsförfattarna besitter vilket riskerar att analysen utförs utifrån ett redan förutfattat svar. Att helt förhindra förförståelse går ej men att uppsatsförfattarna under hela analysprocessen höll förförståelsen färskt i minnet och försökte reflektera över denna kan ses som en styrka. Samtidigt får författarnas förförståelse en mindre inverkan då studien genomförts med manifest innehållsanalys och således hållit sig mycket nära transkriberingens text. Studiens tillförlitlighet stärks då analysen skett både enskilt och tillsammans samt att konsensus författarna emellan söktes och uppnåts under varje enskilt moment av analysen (Lundman & Hällgren Graneheim,

2008).

Då studiens resultat på ett tydligt sätt bekräftas av andra studier inom området tyder det på en större möjlighet till överförbarhet men enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2008) bestäms studiens överförbarhet alltid av läsaren, däremot kan författaren underlätta för läsaren att bedöma överförbarhet.

Resultatdiskussion

Resultatet visar att sjuksköterskorna har en ambition att inte döma patienten, och ej heller låta sig färgas av samhällets värderingar och normer i det dagliga arbetet. Vikten av detta ges stöd för av Morgan (in press) som hävdar att samhällets normer och värderingar återspeglas i vården då vårdpersonal även är en del av övriga samhället. Detta leder till att personal ofta upprätthåller den i samhället rådande stereotypbilden av patienter i opiatberoende, detta kan leda till stigmatisering och marginalisering i vården (ibid.). Sjuksköterskornas icke-dömmande attityd kan även kopplas till de förhållningssätt HSL och ICN:s etiska kod föreskriver, då de båda framhåller vikten av respekt för alla människors lika värde samt kravet att inte begränsas av rådande fördomar (HSL, SFS 1982:763; Svensk sjuksköterskeförening, 2007). Vidare beskriver Morgan (2006), i en studie med patienter i substansberoende, hur ett respektfullt bemötande gentemot patienterna identifierades som en signifikant faktor i smärtlindringen. Vilket ger ytterligare stöd för sjuksköterskornas förhållningssätt i den aktuella studien. En annan fördel med detta förhållningssätt framhålls av Passik och Kirsh (2004) som menar att vårdarens medkänsla och icke-dömmande attityd förbättrar möjligheterna till en god vårdande allians mellan patient och vårdgivare. Passik och Kirsh menar att det i sin tur leder till att patientens egenrapporterade smärta blir mer tillförlitlig och därmed även sjuksköterskornas möjlighet till korrekt smärtbedömning. Studiens resultat visar att sjuksköterskorna upplever en stark restriktivitet angående analgetika och att ett alltför stort fokus lades på avgiftningen. Denna restriktivitet lyfts även fram i en studie om smärtlindring av patienter i metadonprogram (Berg, Arnsten, Sacajiu & Karasz, 2009). I studien valde en del av läkarna att helt fokusera på drogavvänjningen och därmed åsidosätta smärtlindring. Sett till den studie av Morgan (in press) kan detta tyckas kontraproduktivt då den framhåller att obehandlad smärta hos patienter med substansberoende ökar risken för återfall.

Kunskapsnivån hos både läkare och sjuksköterskor har i flertalet studier bekräftats som en signifikant faktor gällande smärtlindring (Dunn & Neuman, 2012; Ferrell,

McCaffery & Rhiner, 1992; Mann & Redwood, 2000). Vilket även påtalas i den aktuella studien då sjuksköterskorna hävdar att läkarnas kompetens gällande smärtlindring kan avgöra om patienterna smärtlindras eller ej.

Ett annat problem som sjuksköterskorna i studien påtalar är svårigheten att smärtlindra patienter med hög opioidtolerans. Denna svårighet lyfts även i en studie som påtalar problemet med att heroin verkar farmakologiskt likartat som flertalet i vården vanligen använda analgetika, vilket medför att patientgruppen har byggt upp en hög tolerans mot opioidbaserad analgetika och därmed blir komplicerade att smärtlindra (Compton, Canamar, Hillhouse & Ling, 2012).

Vidare betonade sjuksköterskorna i den aktuella studien underbemanningens negativa konsekvenser. Detta beskriver även Morgan (in press) då hon nämner hinder för smärtlindring, som till exempel underbemanning, svårigheter att kontakta läkare, tid och tillgång till alternativa smärtbehandlingar, samt bristande fortbildning i smärtbehandling. Annan forskning visar på att förhöjd personaltäthet har positiva effekter på omvårdnaden och patientens tillfredsställelse (Zhu et al., 2012).

Ett annat problem som sjuksköterskorna påtalar är att patienterna lider av ångest vilket även bekräftas av Jones, Mogali och Comer (2012) som hävdar att ångest och oro är en del av abstinenssymptomen.

På samma sätt som sjuksköterskorna i den aktuella studien påtalar vikten av interprofessionellt samarbete för god smärtlindring nämner också Passik och Kirsh (2004) fördelarna med att arbeta multidisciplinärt för att ge god omvårdnad och lindra smärta. Annan forskning hävdar att det tvärvetenskapliga samarbetet ökar möjligheten till god smärtlindring (Jewell, Tomlinson & Weaver, 2011).

I de samtal som sjuksköterskorna i studien beskriver intar vårdaren en aktivt lyssnade roll och bekräftar patientens ångest och i förlängningen även människan bakom beroendet. Detta kan liknas vid det Wiklund (2003) beskriver då hon påtalar vikten av att i mötet med patienten inte enbart fokusera på behandlingen utan även se hela människan och därmed bekräfta att patienten är mer än sitt beroende. Wiklund beskriver även hur det stöd och den bekräftelse som kommer ur samtalet hjälper patienten att acceptera sin situation och därmed lättare kunna försonas med sitt lidande. Gällande smärtskattning rekommenderar Jewell et al. (2011) användandet av VAS och den kliniska blicken för att dokumentera, utvärdera och se trender i smärtan, vilket ger stöd för sjuksköterskornas agerande i den gällande studien. Patientens egenrapporterade smärta ses vara det enskilt mest tillförlitliga måttet på smärta enligt McCaffrey och

Ferrell (1997) vilket således ger ytterligare stöd för sjuksköterskornas bruk av VAS-skalan.

Sjuksköterskornas uttryck för att de måste kämpa för sina patienter gällande smärtlindring påvisas i en studie av Lovi och Barr (2009) som påtalar vikten av att agera advokat för sin patient så att denne alltid försäkras adekvat vård.

I en klinisk studie på patienter under avgiftning framkom att massage signifikant reducerade oro och ångest hos patienterna (Black et al., 2010). Vilket ger stöd åt sjuksköterskornas användning av massage och beröring som metod för att lindra oro.

Slutsats

Studiens resultat tyder på att ett respektfullt och tillmötesgående bemötande gentemot patienterna utgör en central roll i smärtbehandlingen. Vidare visar studiens resultat att sjuksköterskornas möjlighet att smärtlindra patienter i beroendevården begränsas av ett flertal faktorer. Begränsningarna omfattar såväl kunskapsluckor, restriktiva regler, resursbrist samt en patientgrupp som är svår att smärtlindra. Trots dessa begränsningar visar resultatet att sjuksköterskorna använder flera strategier för att på bästa möjliga sätt ge patienten adekvat smärtlindring och därmed bidra till en god omvårdnad. Studiens resultat tyder på vikten av att lindra patienternas ångest samt vinsterna med ett interprofessionellt samarbete kring smärtlindring.

Klinisk betydelse

Studien kan öka medvetenheten kring de hinder som identifierats för smärtlindring av patienter med opioidberoende. Sjuksköterskornas metoder i den aktuella studien skulle kunna utnyttjas i betydligt större utsträckning i beroendevården och i andra vårdkontexter vilket därigenom skulle bespara patientgruppen onödigt vårdlidande.

Förslag på vidare forskning/utveckling

Vidare forskning skulle kunna undersöka vad den medicinska restriktiviteten hos läkarna beror på. Även en intervjustudie med patientgruppen skulle vara av intresse för att spegla problematiken kring smärtlindringen ur ett patientperspektiv. Avslutningsvis anser vi att denna studie med fördel skulle kunna reproduceras i större skala och i flera vårdkontexter för att bekräfta eller förkasta de fynd som framkommit.

REFERENSER

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. (4th ed.) Washington, DC: American Psychiatric Association.

Berg, K. M., Arnsten, J. H., Sacajiu, G. & Karasz, A. (2009). Providers' experiences treating chronic pain among opioid-dependent drug users. *Journal of General Internal Medicine*, 24(4), 482-488. doi: 10.1007/s11606-009-0908-x

Björvell, H. & Insulander, L. (2008). Patient empowerment – ett förhållningssätt i mötet med patienten. I B. Klang Söderkvist (Red.), *Patientundervisning*. (2. uppl., s. 89-111) Lund: Studentlitteratur

Black, S., Jacques, K., Webber, A., Spurr, K., Carey, E., Hebb, A. & Gilbert, R. (2010). Chair massage for treating anxiety in patients withdrawing from psychoactive drugs. *The journal of alternative and complementary medicine*, 16(9), 978-987. doi: 10.1089/acm.2009.0645

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (2012). *Drogutvecklingen i Sverige 2011* (CAN rapport, nr 130). Stockholm: CAN. Hämtad från <http://www.can.se/PageFiles/1299/drogutvecklingen-i-sverige-2011.pdf?epslanguage=sv>

Chang, G., Chen, L., & Mao, J. (2007). Opioid tolerance and hyperalgesia. *The Medical Clinics of North America*, 91(2), 199-211. doi: 10.1016/j.mcna.2006.10.003

Compton, P., Canamar, C. P., Hillhouse, M & Ling, W. (2012). Hyperalgesia in heroin dependent patients and the effects of opioid substitution therapy. *The Journal of Pain: Official Journal of The American Pain Society*, 13(4), 401-409. doi: 10.1016/j.jpain.2012.01.001

Cook, L., Sefcik, E., & Stetina, P. (2004). Pain management in the addicted population: a case study comparison of prescriptive practice. *Journal of Addictions Nursing*, 15(1), 11-14. doi: 10.1080/10884600490279363

Dewar, A., Osborne, M., Mullett, J., Langdeau, S., & Plummer, M. (2009). Psychiatric patients: how can we decide if you are in pain?. *Issues In Mental Health Nursing*, 30(5), 295-303. doi: 10.1080/01612840902754297

Dunn, D. & Neuman, J. (2012). How substance abuse impacts pain management in acute care. *Nursing*, 42(8), 66-68. doi: 10.1097/01.NURSE.0000414643.35700.1b

Ferrell, B. R., McCaffery, M. & Rhiner, M. (1992). Pain and addiction: an urgent need for change in nursing education. *Journal of Pain And Symptom Management*, 7(2), 117-124. doi: 10.1016/0885-3924(92)90123-Y

Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001

Huskisson, E. (1983). *Pain measurement and assessment*. New York: Raven

IASP (u.å.). *Pain*. Hämtad 8 november, 2012, Från International Association for the Study of Pain, <http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/PainDefinitions/default.htm>

Jewell, C.E., Tomlinson, J. & Weaver, N. (2011). Identification and management of prescription opioid abuse in hospitalized patients. *Journal of Addictions Nursing* 22(1-2), 32-38. doi: 10.3109/10884602.2010.545094

Jones, J.D., Mogali, S. & Comer, S. D. (2012). Polydrug abuse: A review of opioid and benzodiazepine combination use. *Drug And Alcohol Dependence*, 125(1-2), 8-18. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2012.07.004

Josephson, U. (2008). Samtalsmetodik. I B. Klang Söderkvist (Red.), *Patientundervisning*. (2. uppl., s. 153-180) Lund: Studentlitteratur

Kakko, J. (2011). *Heroinberoende*. Stockholm: Liber

Krook, A. A., Kastrup, A. A., Lidman, K., Mann, C. & Stymne, A. (1995). Somatic care wanted by HIV-infected intravenous drug abusers: The patients' opinions and. *AIDS Care*, 7(3), 375. doi: 10.1080/09540129550126588

Lander, I., Olsson, B., Rönnerling, A. & Skrinjar, M. (2002). *Narkotikamissbruk och marginalisering* (CAN rapport, nr 65). Stockholm: CAN. Hämtad från <http://www.can.se/PageFiles/1926/CAN-rapportserie-65-narkotikamissbruk-och-marginalisering-MAX-projektet-slutrapport.pdf?epslanguage=sv>

Leal, P., Clivatti, J., Garcia, J. & Sakata, R. (2010). Opioid-induced hyperalgesia (OIH). *Revista Brasileira De Anestesiologia*, 60(6), 639. doi:10.1016/S0034-7094(10)70080-5

Lovi, R. & Barr, J. (2009). Stigma reported by nurses related to those experiencing drug and alcohol dependency: a phenomenological Giorgi study. *Contemporary Nurse*, 33(2), 166-178. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 159-172). Lund: Studentlitteratur.

Mann, E. & Redwood, S. (2000). Improving pain management: breaking down the invisible barrier. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 9(19), 2067-2072. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.

McCaffery, M., & Ferrell, B. (1997). Nurses' knowledge of pain assessment and management: how much progress have we made?. *Journal of Pain And Symptom Management*, 14(3), 175-188. doi: 10.3928/00220124-20110103-03

Merrill, J., Rhodes, L., Deyo, R., Marlatt, G., & Bradley, K. (2002). Mutual mistrust in the medical care of drug users: the keys to the "narc" cabinet. *Journal of General Internal Medicine*, 17(5), 327-333. Hämtad från databasen Academic Search Elite.

Morgan, B. D. (2006). Knowing how to play the game: hospitalized substance abusers' strategies for obtaining pain relief. *Pain Management Nursing: Official Journal of The American Society of Pain Management Nurses*, 7(1), 31-41. doi: 10.1016/j.pmn.2005.12.003

Morgan, B. D. (in press) Nursing Attitudes toward patients with substance use disorders in pain. *Pain Management Nursing*. doi: 10.1016/j.pmn.2012.08004

Natan, M., Beyil, V. & Neta, O. (2009) Nurses' perception of the quality of care they provide to hospitalized drug addicts: Testing the theory of reasoned action. *International Journal of Nursing Practice*, 15(6), 566-573. doi: 10.1111/j.1440-172X.2009.01799.x

Neale, J., Tompkins, C., & Sheard, L. (2008). Barriers to accessing generic health and social care services: a qualitative study of injecting drug users. *Health & Social Care In The Community*, 16(2), 147-154. Hämtad från database CINAHL with Text.

Passik, S. D. & Kirsh, K. L. (2004). Opioid therapy in patients with a history of substance abuse. *CNS Drugs*, 18(1), 13-25. Hämtad från databasen Medline.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2009). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. (7. uppl.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Hämtad 2 november 2012 från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/?bet=1982:763

Socialstyrelsen (2007). *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård: Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem*. (Socialstyrelsen, nr 2007-102-1) Stockholm: Socialstyrelsen. Från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8933/2007-102-1_20071021_rev.pdf

Socialstyrelsen (u.å.). *Narkotikamissbruk*. Hämtad 8 november, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/missbrukochberoende/narkotikamissbruk>

Svensk sjuksköterskeförening (2007). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. [Broschyr]
Hämtad 2 november 2012 från
<http://www.swenurse.se/pagefiles/2582/ssf%20etisk%20kod%20t%20webb2.pdf>

Statens folkhälsoinstitut (2011). *Narkotika: Kunskapsunderlag för folkhälsopolitisk rapport 2010* (Statens folkhälsoinstitut, nr R1011:25). Östersund: Statens folkhälsoinstitut. Från <http://www.fhi.se/PageFiles/12812/Narkotika-Kunskapsunderlag-Folkhalsopolitisk-rapport-2010-2-3.pdf>

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet. Från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Vetenskapsrådet (2012) *Forskarens etik*. Hämtad 21 december, 2012, från CODEX, <http://www.codex.vr.se/forskarensetik.shtml>

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och Kultur

Zhu, X-W., You, L-M., Zheng, J., Liu, K., Fang, J-B., Hou, S-X., Lu, M-M., Lv, A-L., Ma, W-G., Wang, H-H., Wu, Z-J. & Zhang, L. (2012). Nurse staffing levels make a difference on patient outcomes: a multisite study in Chinese hospitals. *Journal of Nursing Scholarship: An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing / Sigma Theta Tau*, 44(3), 266-273. doi:10.1111/j.1547-5069.2012.01454.



RÖDA KORSETTS HÖGSKOLA

- utbildning & forskning inom vårdområdet

Förfrågan om deltagande i intervjustudie

Preliminär titel: Smärtlindring i beroendevården, En intervjustudie om sjuksköterskors strategier.

Bakgrund: På flertalet praktikplaceringar har vi som sjuksköterskestudenter upplevt situationer där drogberoende patienter har bemöts med misstänksamhet och ibland ignorerats när de påtalat smärta. Forskningen visar på problematik gällande smärtlindring av patienter med opiatmissbruk och att det ofta saknas kunskap gällande smärtlindring av patienter med beroende. Sjuksköterskor har ett omvårdnadsansvar när det kommer till bedömning av smärta och hantering av smärtlindring. Utifrån detta önskar vi ta del av de kunskaper och erfarenheter som finns hos sjuksköterskor på Beroendecentrum Stockholm.

Syfte: Studiens syfte är att belysa faktorer som har inverkan på smärtlindringen av patienter med opiatberoende på en beroendeavdelning.

Projekt: Vi avser under november att undersöka hur sjuksköterskor som arbetar på Beroendecentrum bedömer smärta och hanterar smärtlindring till opiatberoende patienter. Undersökningen och intervjuerna skall ligga till grund för vårt examensarbete på 15 högskolepoäng inom omvårdnadsvetenskap på sjuksköterskeutbildningen vid Röda Korsets Högskola.

Informerat samtycke: Vi vill fråga dig om du kan tänka dig att ställa upp på en intervju utifrån studiens syfte. Deltagande är helt frivilligt och du kan välja att när som helst avsluta ditt deltagande. Deltagande kommer vara konfidentiellt och intervjumaterialet kommer att avidentifieras. Allt inspelat material och all transkriberad text kommer att förvaras i ett låst utrymme och är endast tillgänglig för författarna samt handledare och examinator vid högskolan. Vi räknar med att intervjun kommer ta cirka 30 minuter. Om du har några frågor är du välkommen att kontakta oss

Resultatet av denna studie hoppas vi skall kunna ge ökad kunskap gällande smärtlindring. Denna kunskap kan förhoppningsvis föras över till andra vårdkontexter som denna patientgrupp även är del av.

Stockholm 2012 11 15

Pil-Sung Hong
Sjuksköterskestudent



Anders Kjell
Sjuksköterskestudent



Röda Korsets Högskola
Box 55 676
102 15 Stockholm
Tel. 08 58751600



Intervjuguide – Semistrukturerad intervju

Bilaga II

Information gällande syfte, samtycke, konfidentialitet, och nyttjandekrav.

Kön, ålder, färdig sjuksköterska, år i vården, år i beroendevården.

Rutiner

1. Vet du om avdelningen har riktlinjer för smärtlindring gällande patienter i opiatmissbruk och i så fall kan du beskriva när och hur?
2. Om du behöver konsultation av annan personal i frågor gällande smärtbehandling av din patient, hur går du tillväga?
3. Vilket ansvar har du som sjuksköterska gällande smärtlindring på Beroendecentrum?

Patienten

4. Kan du beskriva hur du smärtbedömer patienter?
5. Vad avgör om en patient får smärtlindring eller inte?
6. Vem och hur ges information om smärtlindring till opiatberoende patienter?
7. Vem och hur för diskussionen/samarbetet med patienter (opiatberoende) gällande smärtlindring?

Sjuksköterskans syn

8. Hur ser du på drogberoende patienter?
9. Vad är din uppfattning om att arbeta med drogberoende patienter?
10. Finns det några skillnader i smärtbehandlingen av patienter med opiatberoende kontra patienter utan opiatberoende?
11. Är det vanligt att patienter med ett opiatberoende har smärta?
12. Upplever du att de har mer smärta än patienter utan opiatberoende?

Avslutning

13. Är det något du vill tillägga, ändra eller har undringar över?
14. Kan vi få återkomma om det är något ytterligare vi undrar över?