



Masteroppgave

MHS704 Helse- og sosialfag

En kvalitativ studie om pasienters møte med helsepersonell, i en hverdag med sterke kroniske smerter

Marit Næss Brendehaug

Totalt antall sider inkludert forsiden: 65

Molde, 06.05.21



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i URKUND, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Personvern

Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer: 129395

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 30

Veileder: Hildegunn Sundal

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Dato: 20.04.21

Antall ord:

I introduksjonskapittel: 9029

I artikkel: 4999

Dedikasjon

Jeg vil med dette dedikere denne studien til min mamma. Et menneske med mer ståpåvilje skal man lete lenge etter, selv etter alle prøvelsene du har møtt. Jeg ser opp til deg, og du er min beste venn. En jeg kan dele alt med, og som jeg vet alltid stiller opp. Denne studien er for deg, og tilegnes deg, da vi vet så altfor godt hva stigmatisering betyr for hverdagen og livskvaliteten. Men sammen er vi sterke!

Den personen jeg nå har blitt,
er et resultat av verket ditt,
med omsorg og råd gjennom alle år,
er jeg meget godt rustet her jeg står

For verden kan føles urettferdig og tung,
og vanskelig å takle for en som er ung,
jeg er derfor glad for at du er min mor,
som kan veilede og støtte meg med gode ord.

Dikt av redaksjonen i tekstforslag.com

Glad i deg, mamma!

Forord

Ved oppstart av dette studiet var jeg helt klar på hva jeg ønsket å forske på, og det var en av årsakene til at jeg ønsket å ta en master. Jeg ønsket å lære meg mer om kvalitativ forskning, for å kunne få tak i erfaringer og opplevelser hos pasienter med sterke kroniske smerter som står på OxyContin, og hvordan de møtes av helsepersonell. Jeg har gjennom 11 år som sykepleier opplevd ulike uheldige situasjoner, hvor pasienter ikke har blitt møtt av helsepersonell. I tillegg har jeg erfaring fra å være i nær relasjon med en pasient i denne situasjonen. Her har jeg fått fortalt om stigmatisering og en vanskelig hverdag. Dette har gitt meg en forforståelse for temaet, men mens jeg har jobbet med studien har jeg blitt mer bevisst min egen forforståelse og hvilken innvirkning den kan ha. Derfor føler jeg at jeg har en mer refleksiv holdning nå, hvor jeg er åpen for ulike erfaringer og opplevelser.

Min første takk går til min veileder, Hildegunn Sundal. Du har gitt meg verdifulle innspill og en god veiledning. Jeg kan bare takke for at du har delt av kunnskapen din, og gitt meg konstruktive tilbakemeldinger. Dette har bidratt til videre motivasjon, gjennom hele prosessen.

Jeg vil også takke kontaktpersonene jeg fikk tildelt ved de ulike smertepoliklinikkene, behandlingssenter og hjemmesykepleien, da dere hjalp meg med å finne aktuelle deltakere. Videre vil jeg takke intervjudeltakerne, som var villige til å dele sine erfaringer. Uten dere hadde ikke studien vært mulig. Vi fikk gjennomført gode intervju, selv i en tid med Covid-19. En takk til Norsk Sykepleieforbund for at dere bidro med stipend.

Jeg vil til slutt takke min mamma Anne Kate, pappa Kjell Inge og min bror Erik, for engelskretting, støttende ord og motivasjon til å gjennomføre denne studien. I tillegg vil jeg takke Frode, min onkel, for korrekturlesing.

Sunnalsøra, april 2021.

Marit Næss Brendehaug

Sammendrag

Bakgrunn:

Bakgrunnen for studien er den økende forekomsten av bruk av opioider i forbindelse med sterke kroniske smerter, samt utfordringene pasientene erfarer ved å bruke opioider til å håndtere sterke kroniske smerter.

Hensikt:

Hensikten med studien er å undersøke hvordan pasienter som bruker medikamentet OxyContin, grunnet sterke smerter etter en skade, erfarer å bli møtt av helsepersonell ved behov for mer smertestillende og i behandlingssituasjoner, og hvordan dette påvirker deres hverdag.

Metode:

Studien har et kvalitativt design. Det er benyttet semistrukturerte intervju av 5 kvinner og 3 menn med sterke kroniske smerter. De står på medikamentet OxyContin. Intervjumaterialet er transkribert, og deretter analysert etter Malteruds systematiske tekstkondenseringsmetode, som ga fire tema som funn.

Resultat:

Funnene i studien viser at pasientene opplever å bli sett ned på av helsepersonell. Pasientene har ulike erfaringer med det å bli møtt med forståelse eller ikke av helsepersonell. De ønsker å kunne fungere i hverdagen, selv med kroniske smerter. I tillegg har de et behov for å bli sett av helsepersonell.

Konklusjon:

Studien viser at pasientene opplever det som vanskelig å være pasient når de bruker medikamentet OxyContin. Dette fordi de ses på som rusmisbrukere, og de opplever en forhåndsdomming, stigmatisering, nedvurdering av egen person og det å bli sett ned på. Pasientene er kun ute etter smertelindring, og det å få en bedre hverdag. De ønsker ikke en rusfølelse. Det er derfor viktig at helsepersonell danner egne oppfatninger i møte med pasientene.

Nøkkelord:

Pasienter, erfaringer, OxyContin, smerter, helsepersonell, kvalitativ forskning

Abstract

Background:

The incidence of opioid use related to severe chronic pain is increasing, and patients experience challenges related to having severe chronic pain and using opioids.

Purpose:

The purpose of the study is to explore how patients who use the medication OxyContin due to severe pain after an injury, experience meeting with healthcare professionals when they need more painkillers in treatment situations and how this affects their everyday lives.

Method:

A qualitative design was used in this study. Semi-structured interviews were conducted with 5 women and 3 men with severe chronic pain who were taking the medication OxyContin. The interview material was transcribed and analyzed according to Malterud's systematic text condensation method, which identified four themes as findings.

Results:

The findings of the study shows that patients experience being looked down on by healthcare professionals; are met with understanding or misunderstanding by healthcare professionals; are able to function in everyday life, even with chronic pain; and need to be viewed as any other patient by healthcare professionals.

Conclusion:

The study shows that people find it difficult to be a patient when they use the medication OxyContin. This is because they are viewed as drug addicts and experience prejudice, stigma, and downgrading of their own person. They feel as though they are looked down upon. These patients are only looking for pain relief to improve their everyday life; they do not want a feeling of intoxication. It is important for healthcare professionals to form their own perceptions when meeting with patients.

Keywords:

Patients, experiences, OxyContin, pain, health professionals, qualitative research

Innhold

1.0	Introduksjon	1
1.1	Innledning	1
1.2	Litteratursøk	3
1.3	Tidligere forskning	4
1.4	Hensikt og problemstilling	7
2.0	Teori	8
2.1	Skader	8
2.2	Smerter	8
2.3	OxyContin	10
2.4	Avhengighet og abstinens	11
2.5	Stigmatisering	12
2.6	Det å være pasient	14
3.0	Metode	16
3.1	Kvalitativ design og metode	16
3.2	Forforståelse	16
3.3	Utvalg	17
3.3.1	Inklusjon- og eksklusjonskriterier	17
3.3.2	Rekruttering av deltakere	17
3.4	Intervju som metode	18
3.4.1	Planlegging og gjennomføring av intervju	18
3.4.2	Transkriberingen	20
3.4.3	Refleksjoner fra intervjusituasjonen	20
3.5	Etiske aspekter	22
3.6	Refleksjoner rundt valg av metode	23
4.0	Analyse	25
4.1	Analysetrinnene	25
5.0	Oppsummering	27
6.0	Litteratur	28
	Vedlegg 1, NSD sin vurdering	
	Vedlegg 2, Informasjonsskriv til helsetjenesten	
	Vedlegg 3, Forespørsel om deltakelse med samtykkeerklæring	
	Vedlegg 4, Intervjuguide	
7.0	Artikkel	42

1.0 Introduksjon

I introduksjonskapittelet vil bakgrunnen for studien og artikkelen bli utdypet. Tema for studien er pasienters møte med helsepersonell når de har sterke kroniske smerter og bruker medikamentet OxyContin. Videre vil det gis en mer omfattende beskrivelse av teori, samt metodekapittel. Dette for å gi en dypere forståelse for innholdet i artikkelen som er plassert til slutt i masteroppgaven. I introduksjonskapittelet vil ikke funn presenteres og diskusjon inngå, da dette er presentert i artikkelen. Artikkelen er skrevet for Nordisk tidsskrift for helseforskning, og maks antall ord er 5000.

1.1 Innledning

Historisk sett er menneskenes bruk av psykoaktive substanser nesten like gammelt som selve sivilisasjonen. Mange samfunn bruker legale rusmidler ved seremonier og feiringer, eller som stemningsskapende elementer, og er en normal handling. I noen subgrupper kan bruk av ulovlige rusmidler være normal atferd. Vår tids bruk av alkohol og narkotiske stoffer har en rekke negative konsekvenser, som problemer med mellommenneskelige relasjoner, problemer med å håndtere skolegang og arbeid, samt helseproblemer og problemer med rettsvesenet og kan skape rusmiddelavhengighet (Mueser, Douglas, Robert & Fox, 2006).

Rusmiddelavhengighet er noe mange har meninger og tanker om, og er en av våre aller største helsepolitiske utfordringer (Lossius, 2019). Personer med rusmiddelavhengighet blir ofte eksponert i media, og fremstilles på en spesiell måte, som slitne, møkkete, med knekk i knærne o.l. Det sies ofte «oss og dem». Ulike historier fremstilles, men det blir ikke fortalt at de er som alle andre mennesker. Det skal ikke være «oss og dem». En ser at også helsepersonell har problemer med å forholde seg til pasientgruppen (Lossius, 2019). Flere fortolker situasjonen til denne pasientgruppen, og sitter med en forforståelse om hvordan de er og hvordan de har det, i stedet for å lytte til pasienten, samt se pasienten og ivareta deres behov (Lossius, 2019). Pasientgruppen er i stor grad stigmatisert, da mange har en formening om hva som er riktig. Pasientgruppen hører da ikke under sosiale standarder ut ifra disse formeningene, altså det samfunnet har som oppfatning av normal eller unormal atferd (Goffman, 1986).

For pasienter som bruker OxyContin, innebærer det bruk av et langtidsvirkende opioidanalgetikum mot sterke smerter, som karakteriseres som et narkotisk legemiddel (Felleskatalogen, 2021). Flere personer har kroniske smerter, som krever behandling av sterkere smertestillende. Her skal andre medikamenter være prøvd ut, og OxyContin er det medikamentet som har effekt, i den grad at en kan fungere i hverdagen. Det skal benyttes i samsvar med de nasjonale retningslinjer, der det også inngår retningslinjer for seponering når det er basert på kunnskap om sterke kroniske smerter (Borchgrevink et al., 2018; Felleskatalogen, 2021). Helsepersonell kan undervurdere smertene til denne pasientgruppen, da det kan være lettere å bære andres smerte ved å oppfatte den som svakere enn den er. Det er viktig å ha som utgangspunkt en forståelse for at smerter er pasientens uttrykte og opplevde smerte, og ingen andres oppfatning av den (Jensen, Dahl & Arendt-Nielsen, 2013). OxyContin er et medikament som er avhengighetsskapende, og kan over tid føre til en toleranseutvikling (Felleskatalogen, 2021). Det igjen kan gi abstinenser, som er den fysiske delen av avhengighet (Bramness, 2018). OxyContin er et opioid som kan gi abstinenser og avhengighet hos flere av de som står på medikamentet, men ikke alle. Om en står på OxyContin over lengre tid vil man utvikle en toleranse, men her er det viktig å påpeke at dette ikke indikerer et avhengighetssyndrom (Borchgrevink et al., 2018).

Selv om det ikke defineres som et avhengighetssyndrom, kan behandlingsretningslinjer knyttet til rusproblematikk fungere veiledende. I henhold til dette har Helsedirektoratet (2020) utarbeidet et pakkeforløp med tanke på behandling og oppfølging av pasienter med utfordringer innen psykisk helse og rus, dette for å gi økt brukermedvirkning og brukertilfredshet. Det forutsetter at pasienten skal være en likeverdig partner i diskusjoner, og skal høres når avgjørelser skal tas. Intensjonen er at dette skal være et likeverdig behandling- og oppfølgingstilbud til pasientgruppen uavhengig av hvor en bor i landet, og til slutt skal det gi bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner. Å ivareta disse hensynene er viktige i møte med pasientgruppen, og pakkeforløpene skal bidra med dette. De skal blant annet forebygge det å stigmatisere pasientgruppen og skape gode behandlingssituasjoner (Helsedirektoratet, 2020).

Jeg har jobbet som sykepleier i 11 år, og har gjennom disse årene opplevd at pasientgruppen har vært undervurdert på flere måter. I tillegg har jeg erfaring fra nære relasjoner, der de har fortalt om stigmatisering og uheldige behandlingssituasjoner. Det er

gjennom de nære relasjonene at jeg begynte å se på dette med stigmatisering av pasientgruppen og uheldige behandlingssituasjoner, da jeg også har opplevelser fra praksis med tanke på dette. Mange pasienter har sterke kroniske smerter, og trenger smertestillende for å klare hverdagen. Hvorfor skal det å være avhengig av å bruke medikamentet OxyContin være med på å gjøre dette til en stigmatisert pasientgruppe og skape uheldige behandlingssituasjoner, der pasientene blir sett på som rusmiddelavhengige? Bakgrunnen for å gjennomføre studien er derfor egne erfaringer som pårørende til en pasient som har opplevd å bli stigmatisert. Jeg har en forforståelse jeg må være bevisst, og må derfor møte andre pasienter i samme situasjon med åpenhet for å få deres erfaringer. Det er nettopp disse erfaringene jeg ønsker å få tilgang til. Det å intervju dem vil kunne gi tilgang til disse erfaringene.

1.2 Litteratursøk

For å finne relevante artikler til studien, ble det gjort søk i databasene Medline (Ovid) og Cinahl. Det ble i søkene krysset av for vitenskapelige og fagfellevurderte artikler, samt peer-reviewed, noe som innebærer at artiklene er fagfellevurdert av andre forskere. Søkeordene som er benyttet for å få treff på ønskede artikler er ordet «OxyContin» i kombinasjon med ulike andre ord. Først ble det søkt på «OxyContin» i ulike kombinasjoner med ordene; «pain», «stigma» og «attitudes». Det gav treff på studier som omhandler den mye omtalte opioidepidemien med økt forbruk i USA, og effekten av medikamentet på ulike typer smerter, som kreft smerter. Når «OxyContin» ble byttet ut med «opioider» økte antall treff, og jeg satt igjen med flere relevante artikler. Søkeordene som ble benyttet videre i søkene var: «adult», «chronic pain», «pain management», «substance-related disorders», «opioid-related disorders», «attitudes», «attitude of health personnel», «stigma», «physician-patient relations», «opioids», «health knowledge» og «social stigma». De synonyme søkeordene ble kombinert med OR, og hovedsøkeordene ble kombinert med AND. Etter endt søk, leste jeg artiklenes sammendrag, og fant 4 relevante forskningsartikler til egen studie.

For å finne flere artikler til studien, ble det søkt i Google Scholar. Det ble søkt ut ifra: «patients experience of chronic pain and in need of OxyContin». Her ble sammendrag lest ved aktuelle artikler, og etter gjennomgang ble 3 artikler inkludert. Jeg satt igjen med 7 relevante artikler for studien. Gjennomgang av referanselister har bidratt med å finne

aktuell og relevant teori. Det er hentet teori fra ulike bøker, som «Å være pasient – en innføring i pasientologi» av Graubæk (2010) og «hva er avhengighet» av Bramness (2018). Til metodekapittel er bøker av Malterud (2017), Svartdal (2015) og Kvale og Brinkmann (2015) benyttet.

1.3 Tidligere forskning

Gjennom søkeprosessen ble det treff på forskning om OxyContin, og hva det kan gjøre med kroppen, og økt forbruk av medikamentet i USA (Tveito, 2019; van Zee, 2009). En studie omhandler hvilken effekt forutinntatthet kan ha på behandlingen pasienter får fra helsevesenet (Goddu et al., 2018). I Norge er det ved Folkehelseinstituttet satt i gang et forskningsprosjekt av Svetlana Skurtveit (2015) for å avklare om det skjer en opioidepidemiutvikling med økt forbruk i Norge, gjennom reseptutskrivelser og om det gjøres i tråd med de nasjonale retningslinjene. En rapport fra NOU (2003: 4) viser at det i Norge er gjort forskning på rusmiddelfeltet, men da på alkohol og andre rusmidler. Funnene viser at det er behov for mer forskning, og da pasientrettet forskning.

Primm et al. (2004) oppsummerer tidligere forskning i en artikkel om utilstrekkelig smertebehandling som et stort problem i store deler av Amerika. Det er forskning utført innen smertebehandling og rusproblematikk. Pasienter er ofte nektet effektiv smertebehandling, på grunn av manglende kunnskap og redsel for sanksjoner mot lege som forskriver medikamentet. En ser også at faktorer som forutinntatthet og dårlig kommunikasjon mellom pasient og lege forårsaker uheldig smertebehandling. Derfor er det viktig med kunnskap om lover og regler, samt retningslinjer for behandling av pasienter. Videre er det nødvendig med samarbeid med andre helseinstanser om forskning på smertebehandling, øking av offentlig kunnskap om fordeler ved smertebehandling og sikker bruk av smertestillende. En bør ha mer fokus på å identifisere årsaken til smertene og hvordan eliminere dem. Uansett rase, alder, kjønn, sykdom, så kan en ikke overse pasientens smerter, da dette har innvirkning på livskvaliteten til dem.

Ifølge Ververda, Hansen og Larsen (2018) påvirker sykepleieres holdninger smertebehandlingen til rusmiddelavhengige. Oversiktsartikkelen basert på fem fagfelleverderte forskningsartikler, omhandler kvalitativ forskning om pasienterfaringer. Pasientgruppen føler seg stigmatisert av samfunnet og enkeltpersoner. Selv om sykepleiere

har lovverk og retningslinjer å følge for å sikre lik behandling av pasienter, erfarer pasientene at stigmatiserende holdninger fortsatt eksisterer. Sykepleiere er redde for å bli lurt, og kan ha manglende kunnskap om smertelindring av pasientgruppen, noe som gjør at pasientgruppen ofte ikke blir smertelindret optimalt. Det vises også til at holdninger kan være et av hindrene for å tilegne seg ny kunnskap, men samtidig kan manglende kunnskap føre til negative holdninger. Sykepleiere er pliktige til å innhente kunnskap på de områdene kompetansen ikke strekker til, i dette tilfelle smertelindring (Ververda et al., 2018)

Stigmatisering blant helsepersonell mot pasienter med medikamentavhengighet har en konsekvens for behandlingen pasientene mottar, ifølge van Boekel, Brouwers, Weeghel og Garretsen (2013). Det er en reviewstudie basert på 28 forskningsartikler fra vestlige land ut fra et helsepersonellperspektiv. Resultatene i studien viser at negative holdninger hos helsepersonell er vanlig og bidrar til en mindre heldig behandling. I studien ser man også at manglende kunnskap er en faktor til holdningene, og at helsepersonell involverer seg mindre i behandlingen av pasientgruppen. Negative holdninger hos helsepersonell reduserte pasientenes myndiggjøring og påfølgende behandlingsresultater for pasienten. Når helsepersonell er mindre involverte i behandlingen, bidrar det til mindre personlig engasjement og mindre empati.

Ifølge forskningsartikkelen av Goddu et al. (2018) bidrar forutinntatthet til forskjellsbehandling i helsesektoren, og språket som brukes til å beskrive pasientene kan øke denne forskjellsbehandlingen. Formuleringer i journaler kan bidra til stigmatisering av pasientgrupper. 413 legestudenter, turnusleger og assistentleger har bidratt i studien. De har fått et skriv om en hypotetisk pasient beskrevet på to ulike måter, der de blir bedt om å smertebehandle pasienten. Den ene inneholder stigmatiserende språkbruk og den andre har nøytralt språkbruk. Resultatene viser at stigmatiserende språkbruk i pasientjournal er assosiert med negative holdninger mot pasienten. Videre viser det at negative holdninger har innvirkning på pasientbehandling og om smertestillende medikamenter forskrives. Hovedfunnet i studien er at om en er oppmerksom på språkbruken i pasientjournaler, kan en bidra til en mer pasientsentrert omsorg og redusere forskjellsbehandlingen i helsetjenestene for en stigmatisert pasientgruppe.

En metaetnografisk studie av Nichols et al. (2020), basert 31 kvalitative studier ser på pasientenes syn på det å stå på opioider mot kroniske ikke-ondartete smerter, og det å skulle slutte på medikamentene. Funnene i studien viser at pasientene var motvillige til å bruke opioider, men hadde lite valg grunnet smertene. Pasientene hadde en forståelse for bruk av opioider, da både negative og positive konsekvenser med å bruke det. Videre erfarte de en terapeutisk allianse med helsepersonellet, selv om de ikke alltid var på samme side. De kjente på stigmatisering, følte seg redde og hemmelighetsfulle ved å stå på opioider, og hadde behov for støtte. I tillegg følte de at det var utfordrende å skulle redusere eller slutte med medikamentet. Hovedessensen som funn i studien var det å konstant skulle balansere spenningen mellom å ikke alltid ville ta medikamentet, å veie det opp mot fordeler og ulemper, og samtidig kjenne på det at de ikke hadde et valg grunnet smertene.

Ljungvall, Rhodin, Wagner, Zetterberg og Åsenlöf (2020) har gjort en fenomenologisk studie av ti personer med kroniske smerter i Sverige, der de får opioidbehandling. Målet med studien var å se på opplevelsen til pasientene med tanke på det å bruke opioider, og om det gav tilstrekkelig nok effekt til å kunne jobbe. Funnene viser at lengre tids opioidbehandling peker på risiko og tap av gunstige effekt. Likevel rapporterer pasienter om fordeler med smertebehandlingen som at de kan forbli i jobb. Uten opioider ble smertene den som bestemmer i livet, selv om opioidbruken ble erfart som både en frelse og en forbannelse. Erkjennelse av smerten og aksept av opioidbehandlingen muliggjorde en overgang til et bedre liv. Opioider gjorde det mulig å overvinne kontrollen over smertene, gjenvinne et ønsket liv og selvtillit, og samtidig ha en kontroll over livet. Pasientene opplevde det ikke som uproblematisk å stå på opioider, og noen opplevde en nedadgående spiral med økende smerter, ukontrollert bruk av opioider og stigmatisering.

I en kvalitativ studie av Buchman, Ho og Illes (2016) ser en at tillit og troverdighet er viktig i møte mellom pasient og helsepersonell. Studien er gjennomført med semistrukturert intervju av 21 deltakere med kroniske rygg smerter, samt to feedback-grupper etterpå med pasienter for å styrke funnene, eller unngå misoppfatninger fra forskerne. Videre ble det utført en feedback-gruppe med leger innen smertebehandling og avhengighetsmedisin. Funnene viser at troverdighet er viktig i et terapeutisk møte for pasientene, og det vil bidra til reduserte spenninger og det å fremme respekt, med tanke på

smerter, avhengighet og bruken av opioider. Ved ydmykhet kan en skape et troverdig samarbeid mellom pasient og helsepersonell, og optimal smertebehandling for pasient.

Ved autoetnografisk narrativ metode av Wilbers (2015), er en studie av forfatters egne erfaringer som datter til en mor med kroniske smerter, og hvilke erfaringer moren har med helsevesenet. Moren har og har hatt en kamp med helsevesenet, og har opplevd stigmatisering i og utenfor helsevesenet, noe som har ført til utilstrekkelig smertebehandling. Hovedfunnet i denne artikkelen er at moren har et smerteproblem, og ikke en tablettavhengighet. Forfatteren viser til at stigmaet rundt reseptbelagte opioider gjennomsyrer alle deler av livet til både moren og resten av familien.

1.4 Hensikt og problemstilling

Basert på det økte forbruket av opioidbruk og de utfordringer som pasienter erfarer ved å ha sterke smerter og bruke opioider, er hensikten med denne studien å belyse hvordan pasienter som står på medikamentet OxyContin, grunnet sterke smerter etter en skade, erfarer å bli møtt av helsepersonell ved behov for mer smertestillende og i behandlingssituasjoner, og hvordan dette påvirker deres hverdag. Studiens funn kan bidra til kunnskap om hvordan denne pasientgruppen har det, og hvordan de ønsker og bli møtt.

Med utgangspunkt i denne hensikten, er følgende problemstilling utarbeidet:

Hvordan erfarer pasienter som står på OxyContin grunnet sterke kroniske smerter å bli møtt av helsepersonell, ved behov for mer smertestillende medikamenter og i behandlingssituasjoner?

2.0 Teori

Seks områder vil utdypes teoretisk. Disse er relevant for å belyse problemstillingen, funn, samt at de benyttes i diskusjonen av funnene. Først vil jeg se på hva skader hos pasienter defineres som, for deretter å se på hva smerter hos pasienter kan innebære. Videre belyses OxyContin som smertestillende, som igjen kan gi en avhengighet hos pasientene. Avhengighet kan føre til stigmatisering. Til slutt er det viktig å ta for seg det å være pasient og motta helsetjenester, da studien omhandler pasienter.

2.1 Skader

Studien omhandler pasienter som har kroniske smerter etter en skade. En skade er et konkret resultat av en ulykke, og skyldes en akutt eller plutselig påvirkning av kroppens fysiske faktorer, gjennom en størrelse som overstiger menneskets toleranseevne. Det finnes ikke et bestemt vitenskapelig skille mellom skade og sykdom, men en skade oppstår nesten direkte etter kontakt med den påvirkende faktoren (Folkehelseinstituttet, 2017; Nygaard, 2007). En skade omhandler både fysiske og psykiske skader. Skademekanisme er en viktig faktor, og den beskriver årsaken til skaden. Eksempler på skader kan være trafikkskade, arbeidsulykker, pasientskade grunnet svikt i behandling fra medisinsk fagperson, vold, brannskader o.l. (Støver & Håndlykken, 2016). Felles for skader er at de kan gi smerter som trenger behandling.

2.2 Smerter

Pasientene i studien har en skade som har gitt dem kroniske smerter, og det krever en utdyping av smerteforståelsen. Smerter kan ifølge ISAP (the International Association for the Study of Pain) defineres som: «*en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade, eller beskrevet som slik skade*» (Jensen, Dahl & Arendt-Nielsen, 2013, 11).

Definisjonen innebærer at smerten ikke kun er av ren sensorisk karakter, men at den også har en emosjonell komponent som frykt, ubehag og angst i tillegg. Smerter omhandler også en kognitiv komponent, hvor det enkelte menneske på bakgrunn av tidligere erfaringer forholder seg til smertene, og derifra tar forhåndsregler. Disse tre aspektene gir

smerten en kompleks karakter, da smertene ikke bare varierer fra person til person, men også fra situasjon til situasjon hos samme person (Jensen et al., 2013). Smerter er en personlig og subjektiv opplevelse, og den enkeltes opplevelse av smerten må derfor ikke betviles. Dette er pasientens uttrykte smerteopplevelse, ikke pårørende eller helsepersonells opplevelse. Undersøkelser har vist at helsepersonell har vurdert pasienters smerte som lavere, enn det pasienten gjør, da det kan være lettere å bære andres smerte ved å oppfatte den som mindre intens (Jensen et al., 2013). Filosofen Vetlesen (2004) viser til at livet ikke er til å leve uten smerter, samtidig som livet er vanskelig å holde ut med smerter. Smerter kan dominere, slik at man glemmer å leve, samtidig kan ønsket om smertefrihet bli så stort at det kan bety at man lengter etter slutten på livet. Uansett smerte handler det om å ha vondt uavhengig av årsak. Smerter er energitappende, ved at de tar mye av egen oppmerksomhet og en ender opp med å bli utslitt (Vetlesen, 2004).

Smerter deles inn i 4 ulike typer. Først har en nociseptiv smerte, som er det ubehaget en kjenner ved en skade eller truende skade i en del av kroppen. Årsaker kan være kutt, varme, slag, betennelse eller andre smertefremkallende stimuli. Smertene kan utløses både i indre og ytre deler av kroppen. Deretter har man nevrologiske smerter, grunnet skade i nerver eller hjerne. Denne typen smerte kan oppstå uten smertefremkallende stimuli. Videre har man psykogen smerte, som omhandler smerter av psykiske årsaker. Det er kroppslige symptomer på psykisk uhelse, og er ikke mindre ubehagelig for pasienten enn andre smertetyper. Når man ikke har årsak til smerten, kalles det idiopatisk smerte (Jensen et al., 2013).

Akutte og kroniske smerter er ulike grunnet varighet, men også i forhold til hvordan pasienten oppfatter smerten. Akutt smerte er en reaksjon på en underliggende eller potensiell vevsskade, og omhandler den øyeblikkelige smerten, men også smerten under tilheling. Akutt smerte reagerer ofte godt på smertestillende medikamenter. Kroniske smerter betyr smerter som varer mer enn 3-6 måneder, og kan skyldes vedvarende vevsskader eller forverring av smerten, eller patologiske forandringer i smertesystemet. Kroniske smerter kan oppleves som meningsløse, og kan ha store psykiske følger. Ved kroniske smerter kan smertestillende ha mindre effekt, grunnet de psykiske og sosiale faktorene ved å ha disse smertene (Jensen et al., 2013).

For å undersøke smertene til en pasient må de kartlegges, og da evalueres det om pasient får god nok behandling. Smertekartleggingen avhenger av om det er akutt eller kronisk smerte. Akutte smerter måles med tanke på smerteintensitet, type smerte og årsak. Ved kroniske smerter ser man mer på hvordan smerten påvirker mennesket. Siden smerte er en subjektiv opplevelse, oppleves den forskjellig fra menneske til menneske. Selv om forskning dokumenterer høy forekomst av smerte og stadig bedre behandlinger, opplever mange pasienter at de ikke får den hjelpen de trenger (Rustøen & Wahl, 2008).

2.3 OxyContin

Pasientene i studien bruker OxyContin fordi de har kroniske smerter, og det krever en utdyping av medikamentets virkning og bivirkninger. Det var i 1996 at OxyContin ble produsert og lansert i USA av Purdue Pharma. Medikamentet er et opioid som skal frigjøres langsommere enn andre typer smertestillende, og da være mindre avhengighetsskapende (Tveito, 2019). Virkestoffet i OxyContin er okxykodon, som er et medikament for behandling av sterke smerter. OxyContin er et morfinpreparat som skal benyttes dersom andre svakere smertestillende midler ikke gir tilstrekkelig effekt, eller ikke kan brukes av andre årsaker (Felleskatalogen, 2021). Medikamentet er avhengighetsskapende og over tid kan det miste effekten. Dette kalles toleranseutvikling, og lege bør kontaktes om smertene øker igjen. Utilstrekkelig eller manglende tilførsel av medikamentet kan føre til abstinenser, og dette er den fysiske delen av avhengighet (Bramness, 2018).

OxyContin er et opioid, og Helsedirektoratet (Borchgrevink et al., 2018) har utarbeidet en veileder om bruken av opioider. Veilederen viser til at langt fra alle som behandles med opioider utvikler et avhengighetssyndrom. Derimot vil alle som benytter medikamentet utvikle en avhengighet, ved at de får abstinenssymptomer ved rask dosereduksjon eller seponering, samt at det skjer en toleranseutvikling. Dette karakteriseres som fysisk avhengighet, men indikerer ikke et avhengighetssyndrom. Hvis en lege har mistanke om at en pasient utvikler et avhengighetssyndrom, kan legen i stedet for å sette en diagnose benytte det mindre stigmatiserende begrepet problematisk opioidbruk, da dette ikke er en diagnose (Borchgrevink et al., 2018, 6). Å skrive ut medikamentet OxyContin er godkjent hos Statens legemiddelverk, om det forskrives riktig. Når retningslinjer ikke følges, og

problemer oppstår, ligger ansvaret hos lege som må følge lov om legemidler (Legemiddelloven, 1994).

Når en pasient står på medikamentet OxyContin er det viktig med oppfølging, akkurat som med andre opioidpreparater. Skal man fortsette behandlingen med opioider, forutsetter det at pasienten kan vise til økt fysisk, psykisk og sosial funksjon, samt bedre livskvalitet (Borchgrevink et al., 2018). Nøye oppfølging er viktig for å forebygge bivirkninger og komplikasjoner som obstipasjon. Det er viktig å informere pasienten godt, slik at pasienten også kan være medansvarlig for overvåkning av effekt og eventuelle bivirkninger. Om en pasient angir sterke smerter, selv etter økt dose i løpet av tre måneder, bør hjelp fra smertesenter vurderes. Å øke dosene grunnet toleranseutvikling kan være nødvendig, men ved sterke og økende smerter tross opioidbehandling, bør en heller prøve nedtrapping av dosene, istedenfor opptrapping (Borchgrevink et al., 2018, 44; Felleskatalogen, 2021).

2.4 Avhengighet og abstinens

Studien omhandler pasienter som bruker medikamentet OxyContin, som kan gi avhengighet og abstinens. Begrepet «avhengighet» brukes stadig, men defineres sjelden av fagfolk. Folk flest antar at avhengige er de som bruker stoffet hver dag, bruker mye av stoffet, føler bruken er en slags trang og ikke klarer å slutte (Fekjær, 2016). Mange har meninger og tanker om medikamentavhengighet, og avhengighet diskuteres ofte i media, hvor det fremstilles som negativt og uheldig. En har en tendens til å omtale de som «oss og dem» (Lossius, 2019). Et avhengighetssyndrom omhandler fysiologiske, atferdsmessige og kognitive områder hos bruker, der bruken får mye høyere prioritet for en person enn tidligere (Borchgrevink et al., 2018; Fekjær, 2016).

Det finnes 2 utbredte diagnosesystemer, Verdens helseorganisasjon ICD, som har 6 kriterier, og det amerikanske DSM, som har 7 kriterier. For at en avhengighetsdiagnose skal kunne settes må 3 av kriteriene bli oppfylt i løpet av de siste 12 måneder.

Rusforskeren Robin Room har systematisert kriteriene inn i 4 typer kriterier (Fekjær, 2016, 231-232). Man har psykologisk avhengighet, som omhandler sterk trang til å innta stoffet og problemer med atferd tilknyttet inntak av stoffet. Deretter har en fysiologisk avhengighet, hvor man kan oppleve abstinenser ved reduksjon eller stopp av medikamentet, samt toleranseutvikling, med klart redusert effekt ved samme dose. Fysisk

avhengighet kan ikke forklare hvorfor de ruser seg, det vil si at fysisk avhengighet alene kan generelt ikke forklare et avhengighetssyndrom. De to siste kriteriene omhandler bruken av stoffet, tross skadelige virkninger, samt bruksmønsteret og bruk som går ut over andre aktiviteter (Fekjær, 2016).

Skal en sette diagnosen avhengighetssyndrom, må tre av seks kriterier oppfylles, som nevnt tidligere. Det handler om et sterkt ønske eller følelse av tvang til å innta medikamentet/substansen, samt problemer med å kontrollere bruk, mengde og tidspunkt. En har abstinensproblemer, toleranseutvikling, økende passivitet overfor andre gleder og interesser, og at den økende bruken opprettholdes tross negative konsekvenser (Borchgrevink et al., 2018, 6; Bramness 2018). Kriteriene som er nevnt passer best for personer som bruker illegale stoffer eller store mengder alkohol. En må være oppmerksom på overdiagnostisering av avhengighetssyndrom hos pasienter under opioidbehandling for langvarige smerter (Borchgrevink et al., 2018). Toleranseutvikling og abstinensproblemer utvikler seg hos alle som over lengre tid bruker opioider daglig, også de som får behandlingen helt forskriftsmessig. Overdiagnostisering kan også skje ved at atferden til pasienten, som har sterke smerter, kan forveksles med tre av de fire gjenværende kriteriene (Borchgrevink et al., 2018; Fekjær, 2016).

Når en pasient bruker opioider daglig i mer enn 2 uker, vil raskt seponering gi abstinens (Borchgrevink et al., 2018; Felleskatalogen, 2021). Abstinens betyr avholdenhet fra stoffer som kan utvikle en avhengighet. Dette omfatter alkohol, andre rusmidler, medikamenter med tilvenningsfare, nikotin og koffein. Pasienten kan oppleve symptomer som svetting, frysing, kvalme, hodepine, uro, sanseforstyrrelser, puls- og blodtrykksforandringer, økte smerter og angst. Når slike plager forekommer, tilsier det at det foreligger en fysisk avhengighet, som etter bruk av for eksempel opioider. Smertestillende som opioider, brukt mer enn 2 uker, må derfor seponeres langsomt (Borchgrevink et al., 2018; SML, 2020; Felleskatalogen, 2021).

2.5 Stigmatisering

Pasientene i studien har kroniske smerter og bruker OxyContin, og det gjør dem utsatt for å bli stigmatisert. Begrepet stigma består av de egenskapene som vi tillegger en person, og

de stereotype oppfatningene vi tillegger de som tilhører samme gruppe, eller som har samme type diagnose (Frahm Jensen, Dybvig & Johannessen, 2009). Stigma er negative forestillinger knyttet til en betegnelse, og kan være rase, seksuell legning, religion, kjønn eller psykisk helse. Stigma kan oppleves som utstøting, hvor «de er noe annet enn oss», og «de er farlige, mindre viktige, en belastning for samfunnet, og lignende» (Frahm Jensen et al., 2009). Om en har en lidelse som stigmatiserer en som person, kan negativ respons oppleves fra omgivelsene, men også fra hjelpeapparatet. Derfor kan stigma anees å være en av årsakene til at det fortsatt eksisterer negative holdninger i helsevesenet, som igjen kan føre til at pasienten ikke får den behandlingen en har behov og rett til (Biong & Ytrehus, 2012).

Når en person stigmatiseres, vil en i større grad identifisere seg med de dårlige egenskapene stigmaet fører med seg, noe som igjen kan svekke personens evne til å kreve rettferdig og likestilt behandling av seg selv (Frahm Jensen et al., 2009). Ulike pasientgrupper opplever stigmatisering, da mange har en mening om hva som er riktig atferd, og på den måten hører ikke pasientgruppen til under sosiale standarder (Goffman, 1986). Sosiale standarder vil si det samfunnet oppfatter som normal eller unormal atferd. Enkeltes holdninger kan utløse stigmatiserende holdninger, og dette kan skyldes fordommer eller mangel på kunnskap. I slike tilfeller hvor personen eller gruppen som opplever stigmatisering ikke er sterk nok, kan det resultere i tilfeller av resignering, handlingslammelse og en forverring av likskvaliteten. Stigma henger sammen med undertrykkelser, altså hersketeknikker som usynliggjøring, latterliggjøring, etablering av skyld- og skamopplevelse. Om en stifter økt kunnskap til pasientgruppen, vil sannsynligvis frykt reduseres, samt behovet for å opprettholde de negative holdningene som fører til stigmatisering (Frahm Jensen et al., 2009). Holdninger kan være vanskelig å forandre, men er mulig gjennom omfattende og hardt arbeid (Håkonsen, 2014).

Det er en menneskerett å få best tilgjengelig behandling for den enkelte pasient. Likevel opplever enkelte pasienter stigmatisering av helsepersonell som skal hjelpe dem. Flere helsepersonell har en forforståelse om ulike pasientgrupper, om hvordan de har det og hvordan de er, de fortolker situasjonen til pasientgruppen (Lossius, 2019). Pasienter rapporterer om stigmatisering fra helsepersonell både i somatisk og psykisk helsetjeneste. Stigmaet som skjer er alltid av det onde, og rammer hardt og urettferdig. Ved å arbeide mot stigmatisering, arbeider man mot diskriminering og for likeverd. Det som er viktig for

helsepersonell er å bevisstgjøre seg selv, pasienten og pårørende om stigmatisering og dens effekt. En må gi god og realistisk informasjon i forbindelse med sykdom og prognose, for at god behandling skal kunne gis. Det er viktig å jobbe for åpenhet og toleranse, og et raust samfunn (Frahm Jensen et al., 2009).

2.6 Det å være pasient

Studien omhandler pasienter som mottar helsetjenester, og det bør derfor utdypes. Ordet pasient er latinsk, og det betyr å være lidende, tålmodig, utholdende og det å være under behandling. For å kunne bli en pasient må en be om hjelp til bevaring av egen helse, og det er bare fåtallet som lever et helt liv uten å måtte be om hjelp. De fleste er eller blir pasienter, men pasientkulturen forandres med tid og sted. For å være en pasient kreves det to aktører, det vil si pasienten og hjelperen, og begge definerer pasientkulturen (Graubæk, 2010).

Fra 1970-tallet begynte pasienter å få livsstilssykdommene, da mangelsykdommer var forsvunnet og infeksjonssykdommer var overvunnet (Graubæk, 2010, 217). Dette var med på å endre pasientkulturen, da pasientens egen livsførsel var en årsak til nye sykdommer. Det førte til at man lærte pasientene å leve riktig og sunt, istedenfor å bare behandle. Disse endringene krevde et nytt syn på pasientene, hvor man måtte begynne å se holistisk på dem. I denne perioden talte mye imot de gamle autoritetene og for likestilling, noe som også fikk innvirkning på pasientkulturen. I siste halvdel av 1900-tallet begynte derfor pasientene å kreve informasjon og medbestemmelsesrett i behandlingen. Begrep som medmenneskelighet og kommunikasjon ble en del av behandlingen. Pasienter må behandles med respekt, og helsepersonell må ikke opptre formynderisk eller nedlatende. Det betyr at pasienten skal få bevare egen autonomi (Graubæk, 2010). I 1999 kom lov om pasient- og brukerrettigheter (2021) i Norge, som skulle bidra til trygghet, respekt og ivaretagelse av den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd.

Gjennom lov om pasient- og brukerrettighetsloven (2021) reguleres pasientens rett til medvirkning (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2021, § 3-1). Dette viser at pasienten har en lovfestet rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester, og medvirkningen skal tilpasses den enkeltes forutsetning for å delta. Skal det bestemmes et tjenestetilbud, skal dette gjøres sammen med pasienten. Informasjon er også en lovfestet

rett, i pakt med lov om pasient- og brukerrettighetsloven (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2021, § 3-2). Pasienten skal få den informasjonen en behøver for å kunne forstå egen helsetilstand, hva helsehjelpen innebærer, og mulige risikoer og bivirkninger av helsehjelpen. Pasienten skal få den informasjonen som er nødvendig for å kunne ivareta egne rettigheter. Samtidig er helsepersonell underlagt taushetsplikt om informasjon de mottar om pasienten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2021).

Samhandlingsreformen, som kom i 2012, handler om å sørge for borgernes behov for helsetjenester, uavhengig av om det gjelder kommunale omsorgstjenester eller statlig sykehus. Pasienter har behov for å bli møtt av en helhetlig tjeneste, da de ofte er sårbare. De bør møtes av tjenesteytere med et helhetlig menneskesyn. Grunnlaget er respekten for enkeltmennesket. Om en pasient medvirker i planlegging og oppfølging av egen helsehjelp, greier pasienten bedre å mobilisere egne ressurser, og det øker prognosen for bedre resultat. Ved dårlig eller manglende samhandling, kan pasienten fort oppleve tjenesten som fragmentert og uoversiktlig. Pasienten blir den tapende part ved dårlig samhandling, og påføres unødige lidelser som økt ventetid og unødvendige komplikasjoner. Dette dreier seg om respekt for pasienten integritet og behov, samt kvaliteten på tjenestene, og forsvarligheten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009; Graubæk, 2010).

Helsedirektoratet (2020) har utarbeidet et pakkeforløp for psykisk helse og rus. Målsetningen med pakkeforløpet er økt brukermedvirkning og brukertilfredshet. Pasientene skal ha et sammenhengende og koordinert pasientforløp, samt unngå ventetid for utredning, behandling og oppfølging. Det skal være likeverdig tilbud for pasienter og pårørende uavhengig av hvor i landet de bor, og til slutt skal det være bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner. Pakkeforløpet viser til at brukermedvirkning er en lovfestet rettighet, hvor brukeren har rett til å medvirke, og tjenesteutøverne har plikt til å involvere brukeren (Helsedirektoratet, 2020, 52; Lossius, 2019). Pasientene i denne studien har rettigheter som pasient, og har rett til medbestemmelse over egen smertebehandling.

3.0 Metode

3.1 Kvalitativ design og metode

Kvalitative design og metoder handler om å forstå verden fra intervjudeltakerens perspektiv, og dermed få frem deres erfaringer, meninger og opplevelser (Kvale & Brinkmann, 2015). Kvalitative metoder blir forbundet med forskning der det er nær relasjon mellom forsker og intervjudeltaker, og egner seg til å studere personlige og sensitive temaer (Malterud, 2017). Da målet med denne studien var å få tak i pasienters opplevelser i møte med helsepersonell, ble kvalitativ metode valgt. En kvantitativ metode ville trolig ikke fanget opp disse opplevelsene og variasjonene (Malterud, 2017). I kvalitative metoder kan en og samme virkelighet alltid beskrives ut fra ulike perspektiver, selv om alle perspektiver ikke er like relevante for problemstillingen som skal belyses. Det handler om hvordan mennesker opplever verden, og hvordan de presenterer seg selv (Malterud, 2017).

3.2 Forforståelse

Grunnen til valg av tema for egen studie er egne erfaringer i forbindelse med nære relasjoner til personer som har erfaring med bruk av OxyContin knyttet til kroniske smerter, og deres opplevelser i møte med helsevesenet. I tillegg har jeg gjennom 11 år som sykepleier erfart ulike situasjoner knyttet til temaet, situasjoner som ikke er like heldige. Dette gjør at jeg sitter med en forforståelse med tanke på egen studie. En forforståelse er det vi tar med oss inn i studien, før selve studien starter. Det gir grunnlag for å forstå hva temaet handler om og møte deltakerne i studien med forståelse og innsikt, men det kan også gi manglende åpenhet i møte med deltakernes erfaringer. Dette vil hele tiden kunne påvirke måten vi samler, leser og tolker våre data på (Malterud, 2017). Før jeg startet med studien, reflekterte jeg over egen forforståelse. Dette fordi jeg ville møte erfaringene til intervjudeltakerne med åpenhet, og det innebærer å være åpen for erfaringer jeg ikke hadde tenkt over eller ventet meg. Jeg har gjennom studien jobbet for å ha en refleksiv holdning, på den måten at jeg ikke har tatt ting for gitt, og samtidig søkt etter motforestillinger av egne forestillinger i lys av Malteruds (2017) beskrivelser. Det har gjort at jeg i intervjusituasjonene gjorde meg erfaringer, som endret spørsmålstillingen på

enkelte spørsmål og måten jeg snakket med deltakerne. Det har forhåpentligvis bidratt til at funnene etter analyseprosessen, først og fremst er deltakernes erfaringer.

3.3 Utvalg

Utvalget består av 8 intervjudeltakere, og kan beskrives som et strategisk utvalg (Malterud, 2017). Et strategisk utvalg er satt sammen ut ifra målsettingen om at materialet best mulig belyser problemstillingen. Derfor har jeg vektlagt å etablere god informasjonsstyrke om temaet, ved å samle inn data fra 8 pasienter med rikelige erfaringer knyttet til temaet, for å svare på studiens problemstilling.

3.3.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier i studien var pasienter over 18 år, som over lengre tid har stått på medikamentet OxyContin, grunnet sterke kroniske smerter etter en skade. Dette kan ha ført til en avhengighet. Avhengighet er individuelt, og har derfor ikke vært en utvalgs-kriterie.

3.3.2 Rekruttering av deltakere

I prosessen med å rekruttere intervjudeltakere, var det ønskelig med minst 7 deltakere, for å kvalitetssikre resultatet fra studien. NSD godkjente studien (Vedlegg 1) i juli, 2020, basert på utarbeidet informasjonsskriv, intervjuguide og prosjektplan, der personvernet er redegjort for i henhold til lov om behandling av personopplysninger (Personopplysningsloven, 2018). Deretter sendte jeg brev (Vedlegg 2) med informasjonsskriv til hjemmesykepleien, smertepoliklinikker ved ulike sykehus og behandlingssenter for smerte og avhengighet i nærliggende fylker, samt et informasjonsskriv med samtykkeerklæring med forespørsel om deltakelse (Vedlegg 3). I etterkant tok jeg kontakt pr telefon med de ulike instansene hvor jeg fikk kontaktpersoner som jeg jevnlig kontaktet. De instansene, eksempelvis ulike smertepoliklinikker og behandlingssentre, som jeg kontaktet ved å sende informasjonsbrev for så å ta telefonisk kontakt, har rekrutteringsprosessen blitt utfordret av ferieavvikling og koronasituasjonen. Det innebar karantene for helsepersonell jeg skulle snakke med, derfor tok prosessen lengre tid. I informasjonsskrivet til intervjudeltakerne informeres det om hvorfor de blir spurt om å delta, at deltakelse er gjennom intervju, at det er frivillig å delta, at det ikke vil

få noen konsekvenser for dem om de trekker seg underveis, at konfidensialitet blir overholdt og at jeg som forsker ikke kommer i kontakt med dem før de har samtykket til deltakelse. Helsepersonell ved de ulike instansene tok kontakt med aktuelle kandidater som fylte kriterier for studien, forespurte om deltakelse og innhentet det informerte samtykket, før jeg kontaktet dem. På den måten ble frivillig deltakelse ivaretatt. Jeg skaffet to deltakere privat, ved at de fikk kjennskap til studien. En annen deltaker fikk kjennskap til den gjennom hjemmesykepleien i en kommune. Disse tre deltakerne kontaktet meg direkte med et ønske om å bli intervjuet. De tre kom jeg raskt i kontakt med og ble ferdig med å intervju dem i august 2020, samt at transkriberingen av intervjuene ble gjort fortløpende. I begynnelsen av november 2020 ble jeg ferdig med intervjuene av 8 deltakere. Utvalget består av 5 kvinner og 3 menn, fra alderen 28 – 75 år. Det har vært en lærerik prosess, med tanke på hvordan få tak i nok deltakere, og hvordan kommunisere med de ulike deltakerne.

3.4 Intervju som metode

Formålet med et kvalitativt intervju som metode er å få innsikt og dybdekunnskap (Kvale & Brinkmann, 2015) om temaet en skal forske på, i dette tilfelle pasienters møte med helsepersonell når de har sterke smerter og benytter OxyContin. Det handler om samtaler mellom mennesker, som innebærer informasjonsutveksling og samhandling. Når man skal intervju individuelle deltakere, er semistrukturert intervjumetode et alternativ.

Individuelle intervju benyttes ved ønsker om å gi deltakeren tid og rom til å hente frem erfaringer og overveielser man trenger tid for å dele (Malterud, 2017). På forhånd ble det utarbeidet en intervjuguide med tematiske spørsmålsstillinger, som hjalp meg med å holde fokus i intervjusituasjonene. Dette for å skaffe rikelige og dype data om de temaer jeg ønsket å ha fokus på for å svare på studiens hensikt og problemstilling (Malterud, 2017).

3.4.1 Planlegging og gjennomføring av intervju

I samtalen med intervjudeltakerne ble den tematiske intervjuguiden med spørsmålsstillinger benyttet veiledende (Vedlegg 4). Den bidro til at jeg ikke ble dominert av egen forforståelse i intervjusituasjonen. Spørsmålene omhandlet temaene jeg ønsket intervjudeltakeren skulle berøre, og sammen med aktiv lytting og oppfølging var dette med på å styre samtalens retning (Kvale & Brinkmann, 2015). Et kvalitativt intervju handler om

menneskelig samspill, hvor man søker å oppnå felles forståelse med intervjudeltakeren (Malterud, 2017). Intervjuguiden bestod av introduksjonsspørsmål, overgangsspørsmål, hovedspørsmål og oppsummering. Introduksjonsspørsmålet var: Hva er det som gjør at du lar deg intervjuet om dette temaet? Dette spørsmålet kan være med på å skape spontane beskrivelser fra intervjudeltakeren om opplevelser av fenomenet som skal undersøkes (Kvale & Brinkmann, 2015).

Overgangsspørsmålene handlet om årsak, effekt av smertestillende, mulige kroppslige reaksjoner o.l. Deretter begynte hovedspørsmålene hvor deltakerne fikk fortalt mer om erfaringer og opplevelser i møte med helsepersonell. Spørsmålstillinger som: Har du tanker om..., hvilke erfaringer har du..., kan du fortelle litt om... Her var det viktig at jeg responderte på intervjudeltakerens svar, gjennom å gjenta viktige ord og vise at jeg lyttet. På den måten forsøkte jeg å oppnå et gjensidig tillitsforhold, som muliggjorde å få gode utfyllende svar på spørsmålene. I tillegg var jeg åpen for å justere intervjuguiden underveis, da opplysninger fra intervjudeltakerne dukket opp, som jeg ikke hadde tenkt på i tråd med Malterud (2017).

Før intervjuene startet ble det utført et testintervju. Det var viktig, da jeg ikke hadde utført intervju før. På den måten fikk jeg testet det å stille spørsmål, og hvordan takle en slik situasjon. Jeg ble kjent med intervjuguiden, og ble tryggere på den. Jeg kunne fokusere på intervjusituasjonen og være bevisst egen fremtreden i møte med intervjudeltakerne. Det ble lettere å fokusere på å skape trygghet og tillit. Ved å gjøre et testintervju fikk jeg også testet lydbåndopptakeren.

Intervjuene ble avtalt fortløpende etter hvert som jeg fikk intervjudeltakere.

Intervjudeltakerne ble kontaktet, og de fikk selv velge tid og sted for intervjuene. Det ble tatt en del forhåndsregler relatert til Covid-19, noe som medførte at flere av intervjuene ble gjort over telefon. Fire intervju ble gjort hjemme hos intervjudeltakerne, og de resterende fire over telefon. Ved intervju hjemme hos deltakerne, ble informasjonsskriv gjennomgått og samtykkeerklæring underskrevet (Vedlegg 3). Ved telefonintervju ble samtykkeerklæring underskrevet og tilsendt meg før intervjuene. Samtykkeerklæringene blir oppbevart i et låst skap. Jeg begynte intervjuene med å fortelle hvem jeg er, hvilken utdanning jeg har og hva jeg jobber med. Etter dette gikk vi igjennom hensikten med studien, og hvordan intervjuet var planlagt. Det ble informert om at lydbånd ble brukt, for

å huske hva som ble sagt. Informasjonen ble repetert om at deltakelsen var frivillig og at de kunne trekke seg når som helst fra studien, uten å oppgi grunn. Intervjuene varte fra 25 til 55 minutter, og intervjudeltakerne hadde mye å fortelle. Til slutt ble intervjudeltakerne spurt om de hadde mer å tilføye, eller om det var noe jeg ikke hadde tenkt på.

3.4.2 Transkriberingen

Det å transkribere vil si å transformere, som betyr å skifte fra en form til en annen. En samtale som har funnet sted fysisk mellom to mennesker i en intervjusituasjon, blir abstrahert og omgjort i skriftlig form (Kvale & Brinkmann, 2015). Det å transkribere fra lydopptak er tidkrevende, og kan føre til et omfattende skriftlig arbeid. Det tok tid å høre råmaterialet, samt at noe var vanskelig å forstå. Derfor er det viktig at jeg som forsker, som utførte intervjuene, gjorde transkriberingen. Når en skal overføre fra muntlig språk til skriftlig tekst, kan en del av essensen forsvinne, og nettopp derfor er det viktig at forsker utførte transkriberingen. Dette er med på å styrke validiteten av datamaterialet og analysearbeidet (Malterud, 2017).

Jeg transkriberte hvert intervju fortløpende, etter hvert som et intervju var gjort. På den måten satt jeg med intervjuet friskt i minnet, og kunne unngå at rådata skulle gå tapt. Intervjuene er transkribert ordrett, uten tolkning, slik at materialet er tett på innholdet i intervjuene. Transkriberingen er allikevel gjort på bokmål uten å endre innholdet, da flere av intervjudeltakerne har dialekter. På den måten ivaretas anonymisering, gjennom at man ikke kan gjenkjennes på språk. Jeg avtalte med intervjudeltakerne om å ta kontakt om jeg var usikker på noe ved transkriberingen, eller for at de skulle utdype viktig informasjon i materialet. Det å transkribere intervjuene fortløpende medførte at jeg kunne justere intervjuguiden, noe jeg opplevde behov for, som for eksempel hvordan stille spørsmål, nye undertema o.l.

3.4.3 Refleksjoner fra intervjusituasjonen

I kvalitative studier er ofte datainnsamlingen av personlig karakter, som forutsetter en dialog mellom deltaker og forsker med gjensidig tillit og respekt, noe som krever etisk og moralsk ansvarlighet. Er en deltaker skeptisk, er det større sannsynlighet for at de holder informasjon tilbake. For å kunne innhente et rikt datamateriale, må jeg som forsker

investere tid og krefter i å etablere nærhet (Malterud, 2017). Jeg måtte av den grunn være bevisst egen forforståelse, og opptre med varsomhet i møte med intervjudeltakerne. Det gjaldt både intervju på telefon og ansikt til ansikt. Jeg prøvde å være bevisst på eget kroppsspråk, ansiktsuttrykk, stemmebruk, blikk og øyekontakt, og hvordan dette kunne virke på den enkelte deltaker, enten positivt eller negativt. Jeg la merke til om jeg bare svarte «ja» eller «mm», så åpnet deltakerne seg mer. De 8 deltakerne i studien følte seg ivaretatt gjennom intervjuet, og bekreftet det på slutten av intervjuet på spørsmål om de synes intervjusituasjonen hadde gått greit. I tillegg ønsket de å delta, da dette var forskning de anså som veldig viktig.

Jeg var oppmerksom i intervjusituasjonene på hva jeg kunne spørre om. Kunne jeg gå for langt ved å bruke ordet avhengighet? Gjennom intervjuprosessen, endret jeg spørsmålsstillingene for å ivareta varsomhet. Jeg ville trå varsomt og skape trygghet, slik at deltakeren følte at de kunne åpne seg for meg, men samtidig være var for deres grenser. Som forsker vil man komme så dypt som mulig, men unngå krenkelser og overtramp, og samtidig respektere den intervjuede mest mulig. Respekten for intervjudeltakeren kan bidra til at en får overfladisk datamateriale (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg opplevde det som utfordrende å hele tiden vurdere hvor dypt jeg kunne gå for å få informasjon fra deltakerne, men det var en lærerik erfaring.

Noen av deltakerne trengte mer tid til å forklare seg, og noen trengte litt veiledning for å forstå spørsmålene. Når det gjaldt spørsmålene gjentok jeg dem, samtidig som jeg la til noen stikkord. Deretter gav jeg deltakerne tid til å tenke over svarene, da jeg ikke ville presse dem. Jeg måtte hele tiden være bevisst i forhold til hvordan jeg formulerte meg og stilte spørsmålene, med tanke på om de kunne oppfattes som ledende eller ikke. Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) kan det være positivt med ledende spørsmål for å verifisere fortolkninger en som forsker gjør, og for å sjekke svarenes pålitelighet. Av den grunn valgte jeg å stille ledende spørsmål noen ganger, for å bekrefte om jeg hadde oppfattet svarene riktig. Intervjudeltakerne fikk den tiden de trengte for å gjennomføre intervjuet og uttrykke seg, og av den grunn er lengden på intervjuene av ulik lengde. Dette fordi noen oppsummerte situasjonen kort og konsist, mens andre trengte lengre tid. De ga uttrykk for lettelse for at jeg lyttet til dem, og var interessert i dem og deres historie.

3.5 Etiske aspekter

Denne studien omhandler forskning på mennesker, og krever derfor etisk refleksjon. Studien omhandler et tema det kan være vanskelig å snakke om. I tillegg må man sikre ivaretagelse av intervjudeltakerne, gjennom ulike tillatelser. Viktige etiske prinsipper må overholdes, som informert frivillig samtykke (Personopplysningsloven, 2018). Studien ble meldt til Norsk senter for forskningsdata (NSD), hvor jeg fikk de formelle tillatelsene (Vedlegg 1). Personvern handler om retten til å ha et privatliv, og retten til å bestemme over egne personopplysninger. Personopplysninger vil si opplysninger som kan knyttes til den enkelte person, inkludert sensitive opplysninger (Personopplysningsloven, 2018).

Etiske hensyn ble ivaretatt gjennom et informasjonsskriv om studien, hvor det blir informert om hvordan delta i studien, retten til å trekke seg underveis, at deltakerne blir anonymiserte og aidentifisert, data ble behandlet konfidensielt, gjennom at det ikke kan knyttes navn til opplysningene (Vedlegg 3). Transkriberingen ble gjort på bokmål, for å ivareta anonymitet. Personopplysninger som ble formidlet under intervjuene, ble ikke tatt med i transkriberingen. Etter endt intervju, ble intervju ført over på data, slettet fra lydbåndopptaker og lagt i en låst mappe, hvor bare jeg har adgang. Deltakerne fikk mine kontaktopplysninger, for å kunne ta kontakt ved eventuelle spørsmål. I tillegg fikk intervjudeltakerne informasjon om at lydopptak blir slettet etter sensurering av studien våren 2021 og datamaterialet blir oppbevart aidentifisert.

Validitet angir om studien virkelig måler og undersøker, det den har til hensikt å måle og undersøke. Det er et omdiskutert begrep, hvor Malterud (2017) viser til Lincoln og Cuba (1985), som heller forslår å bruke begrepet troverdighet, noe som støttes av Hamberg et al. (1994). Intern validitet handler om metode for datasamling, analyse og utvalg, og om dette kan gi svar på problemstillingen (Malterud, 2017). Utvalget er et strategisk utvalg av 8 deltakere, valgt ut fra relevante utvalgsriterier, for å best mulig kunne belyse problemstillingen. Det er første gangen jeg utfører en forskningsstudie, og det vil ha innvirkning på validiteten. For å kvalitetssikre funnene, er det gjennomført systematisk datainnsamling og analyse. Ekstern validitet handler om funnene er overførbare til andre tilsvarende kontekster, studiens relevans (Malterud, 2017). Studien omhandler ulike hjelpeinstanser, og funnene basert på pasientenes erfaringer med å ha smerter og benytte OxyContin kan være med på å bidra til ny kunnskap.

Reliabilitet handler om den kvalitative forskningens troverdighet, og om studien kan etterprøves (Svartdal, 2015). Spørsmålet er om resultatet kan gjenskapes med lignende metode. I kvalitativ metode kan en ikke repetere resultatet fordi erfaringene er situasjonsspesifikke, men det å vise transparens på hvordan en har utført studiens ulike deler vil skape troverdighet.

3.6 Refleksjoner rundt valg av metode

Malterud (2017) viser til at metodevalg ikke gir garanti for vitenskapelig kvalitet, enten det er kvalitativ eller kvantitativ metode. Derfor er det viktig å vurdere om metoden som skal benyttes er riktig for å kunne besvare studiens hensikt. Kvalitative metoder kan benyttes for å få vite mer om menneskers erfaringer og opplevelser, noe som er hovedpoenget i studien. Jeg er helsepersonell, og har flere ganger erfart uheldig behandling av denne pasientgruppen, noe som gjør at en må være oppmerksom på forforståelsen. Det har krevd en refleksiv holdning underveis, og på den måten ikke ta ting for gitt. Etter hvert intervju ble transkribering utført av meg. Dette er med å gi validitet i analyseprosessen, da man tidlig kan oppdage om noe er uklart i teksten i lys av Malteruds (2017) beskrivelser.

Datamaterialet ble analysert av meg, hvor veileder gikk igjennom funnene etter analyseprosessen var gjennomført. På den måten fikk veileder validert funnene, og gitt faglige vurderinger på eventuelle endringer som måtte gjøres, med tanke på koding og temaer. Selve utvelgelsen av meningsbærende enheter og kondensering ble gjennomført av meg, men veileder hjalp til med å få en bedre forståelse av metoden og analyseprosessen, slik at jeg til slutt satt igjen med en innholdsbeskrivelse som omhandlet funnene i studien.

Utvalget i studien ble 8 deltakere, hvor det i utgangspunktet var ønskelig med minst 7 deltakere. Å utvide antallet er med på å validere funnene i studien. I studien var det ønsket begge kjønn, og etter endt utvalgsprosess, var utvalget på 5 kvinner og 3 menn. Dette kan bidra til mer nyanserte funn i studien.

Kvalitativ data kan også innhentes gjennom gruppesamtaler. Dette kalles fokusgrupper, hvor man utnytter merverdien av samhandling mellom deltakerne for å få innsikt av annen karakter enn det en får ved individuelle intervjuer. En slik gruppe består vanligvis av fem

til åtte deltakere som snakker sammen i en time til halvannen under ledelse av en moderator. En moderator har en mer styrende rolle her enn ved individuelle intervjuer. Dette for at en skal sørge for at alle deltakerne kommer til orde (Malterud, 2017). Å gjennomføre fokusgruppeintervjuer, fremfor individuelle intervju, kunne ha gitt kunnskap gjennom at deltakerne snakket sammen, og kom frem til lignende erfaringer, som igjen kan bidra til at minner deles. Derimot kan det være vanskeligere å åpne seg i en gruppesituasjoner, og det kunne ført til at flere holder informasjon tilbake eller ikke våger å åpne seg. Da dette kan være et vanskelig tema å åpne seg om, vil jeg tenke at det beste for intervjudeltakerne er å gjøre individuelle intervjuer, hvor en får tid og rom til å tenke seg om.

4.0 Analyse

Å analysere er en målrettet reise fra problemstilling til resultater. For et godt resultat er det avgjørende å følge en fastlagt metode, med et metodiske grep som gjør at man kommer seg fremover. Analysen skal fremstilles på en måte, slik at andre kan følge samme metode, anerkjenne systematikken underveis og forstå konklusjonene. Det finnes ulike analysemetoder, og innen kvalitativ analyse finnes det flere med likheter og viktige ulikheter. Blant annet handler det om å analysere data på langs eller på tvers, det vil si at en analyserer datamaterialet fra en intervjudeltaker gjennom en langsgående analyse, for så å gå på tvers av hver av dem. Den andre måten er å analysere datamaterialet fra alle deltakerne under ett og på tvers. Når man skal foreta en analyse med en tverrgående metode, er det viktig med nok deltakere for å få en forsvarlig informasjonsstyrke (Malterud, 2017). Jeg som har en studie med 8 deltakere, samt er relativt ny i analysearbeidet, valgte derfor en tverrgående metode, altså systematisk tekstkondensering. Dette er en metode som er godt egnet for nybegynnere (Malterud, 2017).

4.1 Analysetrinnene

Analysemetoden er basert på Malteruds tekstkondenseringsmetode i fire trinn (Malterud, 2017). I først trinn leste jeg igjennom materialet, som var transkribert flere ganger for å få et helhetsinntrykk, og ble godt kjent med det. Jeg gikk igjennom ett og ett intervju, og skrev ned setninger som virket viktig for intervjudeltakeren. Når alle intervjuene var gjennomgått, fargekodet jeg deler av teksten for å finne sammenhenger i intervjuene for å danne meg foreløpige temaer. For å være sikker på disse foreløpige temaene, gikk jeg igjennom intervjuene på nytt ved å bruke et tankekart. Etterpå satt jeg igjen med de samme foreløpige temaene, som «stigmatisering», «gode og dårlige opplevelser hos fastlege», «gode og dårlige opplevelser hos annet helsepersonell», «smertelindring», «ønsker ikke rusfølelse», «avhengighet/abstinenser», «hva trenger pasienten i møte med helsepersonell».

I trinn 2 begynte jeg å identifisere meningsbærende enheter fra hvert intervju. Ut ifra de foreløpige temaene fra trinn 1, fargekodet jeg for å sortere meningsbærende enheter. Deretter ble de meningsbærende enhetene sortert i de foreløpige temaene, som ble til kodegrupper. Det skjer en dekontekstualisering (Malterud, 2017). Det ble laget en tabell

der de meningsbærende enhetene ble sortert, med plass for å dele de inn i subgrupper og kondensering, slik at det var klart for trinn 3. Underveis i prosessen ble 7 foreløpige tema, endret til 4 tema, som ble til kodegrupper. Noen av temaene gikk inn i hverandre, og noen ble til subgrupper i neste prosess. Kodegruppene ble «stigmatisering», «gode og dårlige opplevelser i møte med fastlegen og annet helsepersonell», «smertelindring og avhengighet», og til slutt «hva trenger pasienten i møte med helsepersonell». Innunder hver kodegruppe ble meningsbærende enheter plassert, og deretter utarbeiding av subgrupper.

I trinn 3 av analyseprosessen, ble kodegruppene delt inn i subgrupper. Det ble 3 subgrupper i 2 av kodegruppene, bortsett fra kodegruppe 1 og 4, som fikk 2 subgrupper. Et eksempel er kodegruppen stigmatisering, som ble delt inn i subgruppene «det å bli dømt og stigmatisert og «jeg føler meg som en narkoman». Deretter begynte arbeidet med å kondensere og sammenfatte meningsinnholdet i hver subgruppe, ved å lage et kunstig sitat. Til slutt ble utvalgte sitater valgt, og satt inn i en tabell for hver kodegruppe som er blitt til tema, med tilhørende subtema. Samtidig fikk jeg bekreftet at alle intervjudeltakeren er representert i analyseprosessen.

I fjerde og siste trinn i Malteruds (2017) analysemodell, ble det for hver subgruppe laget en innholdsbeskrivelse, en analytisk tekst, en sammenfatning av innholdet for hvert subtema. Dette med utgangspunkt i kondensatene fra trinn 3. I tillegg gikk jeg igjennom utvalgte sitater fra trinn 3, som grunnlag for innholdsbeskrivelsene. Det skjer en rekontekstualisering av funnene. Til slutt ble overskriftene til de ulike temaene justert etter innhold og i samsvar med subtemaene. Et eksempel er: kodegruppen «Stigmatisering» ble til temaet «Å bli sett ned på av helsepersonell».

5.0 Oppsummering

Introduksjonskapittelet omhandler bakgrunnen til studien og artikkelen, slik at hensikten med den forstås. Dette gjøres gjennom utdyping av tidligere forskning, teori, metode og analyse av studien. Helt til slutt i masteroppgaven kommer en forskningsartikkel, hvor bakgrunn, teori og metode er forkortet, derfor dette introduksjonskapittelet. I artikkelen presenteres funnene, og funnene diskuteres opp mot tidligere forskning og teori, samt en konklusjon.

6.0 Litteratur

- Biong, S. & Ytrehus, S. (red.), (2012) *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. Oslo: Akribe AS
- Borchgrevink, P.C., Schjødt, B., Hoff, J.M., Frøyland, H., Fredheim, O., Kolflaath, J., ... Gramstad, L. (2018). *Opioider – nasjonal veileder*. Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/opioider>
- Bramness, J.G. (2018). *hva er avhengighet*. Oslo: Universitetsforlaget
- Buchman, D.Z., Ho, A. & Illes, J. (2016). You Present like a Drug Addict: Patient and Clinician Perspectives on Trust and Trustworthiness in Chronic Pain Management. *Pain Medicine*. 2016;17:1394-1406.
Doi: 10.1093/pm/pnv083
- Fekjær, H.O. (2016). *RUS, bruk, motiver, skader behandling, forebygging, historikk*. 4.utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Felleskatalogen. (2021, 17.februar). OxyContin. Hentet fra <https://www.felleskatalogen.no/medisin/oxycontin-mundipharma-562548>
- Folkehelseinstituttet. (2017, 18.desember). Skader og ulykker i Norge. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/skader/skader-og-ulykker-i-norge/>
- Frahm Jensen, M.J.(Red.), Dybvig, S. & Johannessen, J.O. (2009). *Stigma – Antistigma. Stigmatisering av personer med psykisk lidelser, hvordan kan det bekjempes? 2.* utgave. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning
- Goddu, A.P., O’Conor, K.J., Lanzkron, S., Saheed, M.O., Saha, S., Peek, M.E., ... Beach, M.C. (2018). Do Words Matter? Stigmatizing Language and the Transmission of Bias in the Medical Record. *J Gen Intern Med*. 33 (5): 685-91 Doi: 10.1007/s11606-017-4289-2
- Goffman, E. (1986). *Stigma – notes on the management of spoiled identity*. Simon & Scuster, Inc.
- Graubæk, A.-M. (Red.), (2010). *Å være pasient – en innføring i pasientologi*. 1. utgave. Oslo: Akribe
- Helsedirektoratet. (2020, 04.desember). Rusbehandling (TBS). Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/rusbehandling-tsb>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008-2009). *Samhandlingsreformen*. (St.meld. nr.47:5(2008-2009)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Håkonsen, K.M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser*. 5. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Jensen, T.S, Dahl, J.B. & Arendt-Nielsen, L. (2013). *Smerter - baggrund, evidens, behandling*. 3.udgave. København: FADL’s Forlag
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. 3.utgave. Oslo: Gyldendal Akademiske.

- Legeforeningen. (2020, 02.oktober). Oxykodon. Hentet fra <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/Norsk-revmatologisk-forening/pasientinformasjon/medikamenter/oxykodon/>
- Legemiddeloven. (1994). Lov om legemidler m.v. (LOV-2020-05-20-42). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-12-04-132?q=legemiddel>
- Ljungvall, H., Rhodin, A., Wagner, S., Zetterberg, H. & Åsenlöf, P. (2020). «My life is under control with these medications»: an interpretative phenomenological analysis of managing chronic pain with opioids. *BMC Musculoskeletal Disorders*. (2020)21:61 Doi: <https://doi.org/10.1186/s12891-020-3055-5>
- Lossius, K. (Red.) (2019). *Håndbok i rusbehandling – til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Malterud, K. (2017) *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4.utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mueser, K. T., Douglas L. N., Robert E. D. & Fox, L. (2006). *Integrert behandling: av rusproblemer og psykiske lidelser*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nichols, V.P, Toye, F., Eldabe, S., Sandhu, H.K., Underwood, M. & Seers, K. (2020). Experiences of people taking opioid medication for chronic non-malignant pain: a qualitative evidence synthesis using meta-ethnography. *BMJ Open*. 2020;10:e032988. Doi: 10.1136/bmjopen-2019-032988
- NOU 2003: 4. (2003). *Forskning på rusmiddelfeltet – en oppsummering av kunnskap om effekt av tiltak*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no>
- Nygaard, N. (2007). *Skade og ansvar*. Oslo: Universitetsforlaget
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2021). Lov om pasient- og brukerrettigheter. (LOV-2020-12-04-134 fra 01.01.2021). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_1#KAPITTEL_1
- Personopplysningsloven. (2018). Lov om behandling av personopplysninger. (LOV-2018-12-20-116). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38/*#*
- Primm, B.J., Perez, L., Dennis, G.C., Lennette B., Clark, W., Keough, K., ... Sullivan, L.W. (2004). Managing pain: The Challenge in Underserved Populations: Appropriate Use versus Abuse and Diversion. *Journal of the National Medical Association*. Sep. 2004; 96 (9) 1152-1161.
- Rustøen, T., & Wahl, A.K (red.). (2008). *Ulike tekster om smerte*. Gyldendal Norsk Forlag AS
- Skurtveit, S., Sakshaug, S., Hjelvik, V., Berg, C. & Handal, M. (2019). *Bruk av opioider for kroniske smerter – prosjektbeskrivelse*. Folkehelseinstituttet. Hentet fra <https://www.fhi.no/cristin-prosjekter/aktiv/bruk-av-opioider-for-kroniske-smerter/>
- Svartdal, F. (2015) *Psykologiens forskningsmetode – En introduksjon*. 4. utgave. Bergen: Fagbokforlaget
- Store medisinske leksikon. (2020, 2.juni) Abstinens (rusmidler) Hentet fra https://sml.snl.no/abstinens_-_rusmidler
- Støver, M. & Håndlykken, E. (2016). *Personskadedata 2015*. (Helsedirektoratet rapport IS-2473). Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/personskadedata->

- arsrapporter/%C3%85rsrapport%20personskadedata%202015.pdf/_/attachment/inline/db0bf058-45fd-4050-aee-c51a84b17891:bf7373bc6c9d8048401bef3db0fcdecbc615e16d/%C3%85rsrapport%20personskadedata%202015.pdf
- Tveito, K. (2019). Opioider, makt og misbruk. *Tidsskriftet - den norske legeforening*. Utgave 4, 26.februar 2019. Doi: 10.4045/tidsskr.19.0140
- Van Boekel, L.C., Brouwers, E.P.M, van Weeghel, J. & Garretsen, H.F.L. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*. 131(1), 23-25. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018>
- Van Zee, A. (2009) The Promotion and Marketing of OxyContin: Commercial Triumph, Public Health Tragedy. *Am J Public Health*. 2009 February; 99(2): 221-227. Doi: 10.2105/AJPH.2007.131714
- Ververda, J., Hansen, O. & Larsen, C. (2018). Rusmiddelavhengighet: Sykepleieres holdninger påvirker smertebehandling. *Sykepleien*. 2018 106(70402)(e-70402) Doi: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.70402>
- Vetlesen, A. J. (2004). *Smerte*. Dinamo Forlag
- Wilbers, L.E. (2015). She Has a Pain Problem, Not a Pill Problem: Chronic Pain Management, Stigma, and the Family- An autoethnography. *Humanity & Society*. 2015, Vol. 39(1) 86-111. Doi: 10.1177/0160597614555979

Vedlegg 1:

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Menneskers møte med helsepersonell i en hverdag med avhengighet og stigmatisering.

Referansenummer

129395

Registrert

27.06.2020 av Brendehaug Marit Næss - marit.n.brendehaug@stud.himolde.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskolen i Molde – Vitenskapelig Høgskole i Logistikk / Avdeling for helse- og sosialfag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatte/veileder eller stipendiat)

Hildegunn Sundal, Hildegunn.Sundal@hiMolde.no, tlf: 71214045

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Marit Næss Brendehaug, mhb17@yahoo.no, tlf: 91584196

Prosjektperiode

10.08.2020 - 30.06.2021

Status

02.10.2020 - Vurdert

Vurdering (2)

02.10.2020 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 28.09.2020.

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 02.10.2020. Behandlingen kan fortsette.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Henrik Netland Svensen

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

02.07.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 02.07.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

Vedlegg 2:

Til den det gjelder

Forespørsel om deltakere til forskningsstudie:

Jeg er en sykepleier, med videreutdanning i psykisk helsearbeid. Nå tar jeg det videre til en masterstudie ved Høgskolen i Molde, hvor jeg vil forske på opplevelsen til pasienter i møte med helsepersonell. Pasientgruppen det gjelder er, etter langvarig bruk av OxyContin, blitt avhengige grunnet smerter etter skade. Jeg lurer da på hvordan man kan ivareta selvbildet til denne pasientgruppen, samtidig som avhengighetsproblematikken og smerteproblematikken blir ivaretatt. Derfor ønsker jeg å intervju pasientene om deres opplevelser, og har et håp om at dette vil bidra til god kunnskap om hva som kan bedre situasjonen til denne pasientgruppen. Dette er en situasjon som er under forverring i Norge, da flere og flere mennesker blir avhengige av dette medikamentet. Jeg har lest forskning som viser til denne problematikken i USA, og jeg ønsker derfor å forske på dette i Norge.

Jeg sender derfor brev til dere, for å høre om dere vet av noen pasienter som kan tenke seg å delta i denne studien. Jeg vil utføre en kvalitativ studie, hvor jeg intervjuer minimum 7 pasienter, en - til - en. Det vil være et intervju, på rundt en time. Intervjuene vil bli tatt opp på lydbånd, og de vil slettes etter studien er avsluttet våren 2021. Det vil planlegges intervjuer høsten 2020. Jeg sender med informasjonsskriv og samtykkeerklæring, dere kan dele ut til pasienter som kan være aktuelle. Det er frivillig å delta, og man kan når som helst trekke seg, uten å oppgi grunn. Studien er meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Masteroppgaven leveres, som nevnt tidligere, våren 2021. Min veileder på studiet er Hildegunn Sundal, og kan nås på e-post: Hildegunn.Sundal@hiMolde.no

Med vennlig hilsen

Marit Næss Brendehaug

Vedlegg 3:

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

Prosjekt: Pasienters møte med helsepersonell, grunnet avhengighet av OxyContin, på grunn av smerter etter skade.

Ansvarlig: Marit Næss Brendehaug

Veileder: Hildegunn Sundal

Studiested: Høgskolen i Molde

Studieretning: Master i helse- og sosialfag

Bakgrunn og hensikt:

Jeg er en student ved Høgskolen i Molde, hvor jeg tar mastergrad i helse- og sosialfag – kliniske hjelperelasjoner for sårbare grupper. Under denne utdanningen skal det skrives en masteroppgave, som skal være ferdig i løpet av våren 2021. Mitt tema i denne oppgaven er pasienters møte med helsepersonell, etter at de er blitt avhengige av OxyContin etter en skade, som har gitt store smerter.

Jeg er en sykepleier, med 10 års erfaring. Jeg har nå tatt videreutdanning i Psykisk helsearbeid, og ønsker å gå videre med dette for å ta en master. De siste 3 årene har jeg jobbet ved Korttidsavdelingen ved Sunndal Helsetun, en arbeidsplass der jeg møter alle slags pasientgrupper. Veldig lærerikt og interessant, og det var dette som har gitt meg et ønske om å forske videre på problemstillingen min. Jeg ønsker å finne ut pasientgruppens opplevelser, for å på den måten kunne bedre deres opplevelse og selvbilde.

Mitt tema, er som nevnt tidligere, pasienters møte med helsepersonell, grunnet avhengighet av OxyContin etter skade. Mitt fokus vil være pasientenes opplevelse i møte med helsepersonell, for å kunne ivareta deres selvbilde og lettere kunne fokusere på avhengighetsproblematikken og smerteproblematikken. De skal ikke være nødt til å tenke på hva helsepersonell tenker om de som mennesker, men heller hva som kan gi hjelp og smertelindring.

Problemstilling:

Hvordan erfarer pasienter som står på OxyContin grunnet sterke kroniske smerter å bli møtt av helsepersonell, ved behov for mer smertestillende medikamenter og i behandlingssituasjoner?

Hva innebærer deltakelse i studiet?

Jeg håper at du vil delta i denne i undersøkelsen, slik at vi kan se på hvordan disse opplevelsene du sitter med, kan være til hjelp i positiv retning for pasientgruppen. Du vil også etter masteroppgaven er ferdig, få tilbud om et ferdig eksemplar.

Jeg ønsker å intervju minimum 7 mennesker, en – til – en, gjennom en kvalitativ studie. På den måten vil det være enklere å få tak i din opplevelse av temaet jeg ønsker å forske på. Intervjuet vil ta rundt 1 time, og det vil benyttes lydopptak for å sikre opptak av data. Det vil også noteres under intervjuet, for å lettere finne frem i intervjuet etterpå når det skal transkriberes. Siden vi skal ha en samtale om dine opplevelser i møte med helsepersonell, vil jeg be deg om å ikke nevne navn og andre opplysninger som kan identifisere den du eventuelt prater om. Jeg håper også på muligheten for å kontakte deg om noe er uklart, og du kan også kontakte meg om det er noe du lurer på.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen om deg vil bli behandlet konfidensielt, på den måten er det bare jeg som forsker som vil kjenne din identitet. Funnen som kommer frem vil anonymiseres i masteroppgaven, ved at det ikke brukes navn, alder eller andre gjenkjennende opplysninger. Jeg har taushetsplikt, og vil beskytte all data jeg sitter med. Lydopptaket som tas opp under intervjuet, blir behandlet konfidensielt i overensstemmelse med etiske hensyn og formelle krav. Lydopptaket vil bli slettet etter oppgaven har fått sensur og blitt godkjent, i løpet av våren 2021.

Frivillig deltakelse:

Det er frivillig å delta i studien, noe som betyr at du kan trekke deg når som helst under studien, uten å oppgi grunn. Dersom du trekker deg fra studien, vil alle opplysninger om deg bli slettet. Du har også rett til innsyn i det som blir skrevet om deg, og du kan rette opp i det om noe er blitt feil eller om jeg har misforstått noe.

Dine rettigheter:

Kan du identifisere deg selv i forskningsmaterialet, har du flere rettigheter:

- Du kan få innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- Du kan få rettet personopplysninger om deg
- Du kan få slettet personopplysninger om deg
- Du kan sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Dersom du ønsker å delta, skriver du under på samtykkeerklæringen. Har du noe spørsmål om studien, kan du kontakte meg på: 91584196.

Min veileder er Hildegunn Sundal, ved Høgskolen i Molde. Hun kan nås på: 712 14 045.

Studien er meldt til Personvernforbundet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Med vennlig hilsen

Marit Næss Brendehaug

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg bekrefter herved at jeg har lest informasjonen og forespørsel om å delta i prosjektet som omhandler: Pasienters opplevelser i møte med helsepersonell, ved avhengighet av OxyContin etter langvarig bruk på grunn av skade.

Studien er en del av en masterstudie ved Høgskolen i Molde, og jeg er kjent med at opplysningen om meg vil bli behandlet konfidensielt. Jeg deltar derfor frivillig i studien, og er kjent med at jeg kan trekke meg uten å oppgi grunn.

Jeg ønsker å delta i studien:

Dato: Sted:

Deltakers navn,

blokkbokstaver:

Deltakers signatur:

Telefon:

E- mail:

----- Ja takk, jeg ønsker et eksemplar av masteroppgaven.

Vedlegg 4:

Intervjuguide

Her vil det brukes et semistrukturert kvalitativt forskningsintervju (Malterud, 2017), da jeg ønsker en dyp og grundig beskrivelse av min problemstilling.

Problemstilling:

Hvordan erfarer pasienter som står på OxyContin grunnet sterke kroniske smerter å bli møtt av helsepersonell, ved behov for mer smertestillende medikamenter og i behandlingssituasjoner?

- Først vil jeg gi en presentasjon av meg selv og studien.
- Samtykkeerklæringen.
- Forsikre anonymisering og taushetsplikt.
- Gi beskjed til deltakeren at hun/han må si ifra om noe er uklart, ønsker pause eller man vil avbryte intervjuet.
- Informer om at opptak startes.
- Deretter skal intervjudeltaker presentere seg, som kjønn, alder og bakgrunn.

Tema	Tematiske spørsmål	Stikkord for mulige oppfølgingsspørsmål
Introduksjonsspørsmål	1. Hva er det som gjør at du lar deg intervjuet om dette temaet?	<ul style="list-style-type: none">• Erfaringer• Vanskelige opplevelser• Ønske om bedring for pasientgruppen?
Overgangsspørsmål	2. Hva er årsaken til at du begynte med OxyContin? 3. Har du brukt medikamentet lenge?	<ul style="list-style-type: none">• Skade?• Erfaringer på bruken av medikamentet

	<p>4. Når begynte du å kjenne på avhengighet til medikamentet, en kroppslig avhengighet?</p> <p>5. Føler du at det hjelper på smertene?</p> <p>6. Kan du fortelle litt om betydningen medikamentavhengigheten har hatt for eget selvbilde?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kroppslige reaksjoner, erfaringer på dette området • Er det andre ting som hjelper? • Erfaringer/opplevelser
Hovedspørsmål	<p>7. Hvordan blir du møtt av helsepersonell når du har behov for mer medisin?</p> <p>8. Har du tanker om hvordan du blir sett og hørt av helsepersonell?</p> <p>9. Hvilke erfaringer har du rundt det å bli trodd/ ikke trodd i forhold til dine smerter?</p> <p>10. Kan du fortelle litt om hvilke tanker du har om det å få hjelp for avhengighetsproblem og smerteproblematikk?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verdighet • Selvtillit/selvbilde • Erfaringer/opplevelser • Utdyp, selvfølelse, ulike situasjoner • Erfaringer • Utdyp, omfang, stressende situasjoner, angst, frykt, redsel?

	<p>11. Hvilke tanker har du om det å bli dømt ut ifra det at du er avhengig av det smertestillende medikamentet OxyContin?</p> <p>12. Hvordan føler du deg ivaretatt av helsepersonell, til den grad du har rett til?</p> <p>13. Når jeg sier ordet stigmatisering/tabu med det å være avhengig av et medikament, hva tenker du da?</p> <p>14. Hva trenger du for at du skal føle deg ivaretatt av helsepersonell?</p> <p>15. Er det helsepersonellgrupper som er enklere å snakke med en andre?</p> <p>16. Er det noe du vil tilføre ut ifra det jeg har spurt deg om nå?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Stress? Følelse av å bli sett ned på? • Behov, hjelpemidler, samtale, bli møtt på en god måte • Tilstedeværelse av helsepersonell på alle punkter? • Nyutdannede vs. Helsepersonell med lang praksis
Oppsummering	17. Har du gjort deg noen tanker om det jeg har spurt deg om i dag?	<ul style="list-style-type: none"> • Vanskelige spørsmål?

	<p>18. Tror du at mitt forskningsprosjekt kan hjelpe denne pasientgruppen i fremtiden, hvilke tanker har du om det?</p> <p>19. Oppsummere intervjuet, har jeg som forsker har forstått deg riktig?</p>	<ul style="list-style-type: none">• Håp? • Takke for tiden til deltakeren.
--	--	---

7.0 Artikkel

- **Forskningsartikkel ment for publisering i Nordisk Tidsskrift for helseforskning (Inntil 5000 ord)**

Pasienters møte med helsepersonell i en hverdag med sterke kroniske smerter, når de bruker medikamentet OxyContin

Marit Næss Brendehaug og Hildegunn Sundal

Hovedforfatter og korresponderende forfatter:

Marit Næss Brendehaug, sykepleier, masterstudent ved Høgskolen i Molde, Master i helse- og sosialfag – Kliniske hjelperelasjoner overfor sårbare grupper. E-post: mhb17@yahoo.no. Tlf.: 91584196

Medforfatter:

Hildegunn Sundal, sykepleier, ph.d., førsteamanuensis ved Høgskolen i Molde, Avdeling for helse- og sosialfag, Postboks 2110, 6402 Molde. E-post: hildegunn.sundal@himolde.no

Pasienters møte med helsepersonell i en hverdag med sterke kroniske smerter, når de bruker medikamentet OxyContin

Sammendrag

Bakgrunn for studien er økende forekomst av bruk av opioider grunnet sterke kroniske smerter og de utfordringer pasienter erfarer ved å bruke opioider til å håndtere sterke kroniske smerter. Hensikten med studien er å undersøke hvordan pasienter som står på medikamentet OxyContin, grunnet sterke smerter, erfarer å bli møtt av helsepersonell ved behov for mer smertestillende og i behandlingssituasjon. Studien har et kvalitativt design med intervju av 5 kvinner og 3 menn med sterke kroniske smerter, som bruker OxyContin. Analysen er utført ved systematisk tekstkondensering som metode og har gitt fire tema. Funnene viser at pasientene erfarer og bli sett ned på av helsepersonell. Pasientene har ulike erfaringer med å bli møtt med forståelse eller ikke av helsepersonell. De ønsker å kunne fungere i hverdagen, selv med kroniske smerter. Pasientene har et behov for å bli sett av helsepersonell. Konklusjonen er at det er viktig for helsepersonellet å danne seg egne oppfatninger i møte med pasientene.

Abstract

The incidence of opioid use due to severe chronic pain is increasing, and patients experience challenges related to having severe chronic pain and using opioids. The purpose of this study is to explore how patients who use the medication OxyContin due to severe pain experience meeting healthcare professionals when needing more painkillers and in treatment. The study followed a qualitative design with interviews of 5 women and 3 men with severe chronic pain who use OxyContin. Systematic text condensation was used to analyze the interviews, and four themes were identified. The findings show that patients experience being looked down on by healthcare professionals; are met with understanding or misunderstanding by healthcare professionals; are able to function in everyday life, even with chronic pain; and need to be seen by healthcare professionals. The main conclusion is that it is important for the healthcare professional to form their own perceptions when meeting with patients.

Nøkkelord

Pasienter, erfaringer, OxyContin, smerter, helsepersonell, kvalitativ forskning

Keywords

Patients, experiences, OxyContin, pain, health professionals, qualitative research

Innledning

Smerter er personlige og subjektive opplevelser, og den enkeltes opplevelse av smerten må derfor ikke betviles (Jensen, Dahl & Arendt-Nielsen, 2013). Smerter er pasientens uttrykte opplevelse, ikke pårørendes eller helsepersonells opplevelse. Undersøkelser har vist at helsepersonell vurderer pasientenes smerte for lavere enn pasientene selv gjør, da det kan være lettere å bære andres smerter (Jensen et al, 2013). Kroniske smerter betyr smerter som varer mer en 3-6 måneder. Det kan medføre at pasienter begynner med smertestillende medikament, som OxyContin. Det er et morfinlignende preparat som brukes dersom andre svakere medikamenter ikke har tilstrekkelig effekt (Legeforeningen, 2020; Felleskatalogen, 2021). Medikamentet er avhengighetsskapende, det innebærer at medikamentet mister effekten over tid, og det benevnes som toleranseutvikling. Utilstrekkelig eller manglende tilførsel av medikamentet kan føre til abstinenser, den fysiske delen av avhengighet (Bramness, 2018).

Medikamentavhengighet er noe mange har meninger og tanker om, og diskuteres ofte i media, og kan fremstilles på en spesiell og negativ måte. Det sies ofte «oss og dem» (Lossius, 2019). Helsepersonell kan også ha problemer med å forholde seg til pasientgruppen. De fortolker situasjonen til pasientgruppen, og har en forforståelse om hvordan de er og har det (Lossius, 2019). En kan si at pasientgruppen er stigmatisert, på den måten at mange har en formening om hva som er riktig atferd, og ut ifra dette hører ikke pasientgruppen til under sosiale standarder, altså det samfunnet har som oppfatning av normal eller unormal atferd (Goffman, 1986). Når en person blir stigmatisert, vil personen i større grad kunne identifisere seg med de dårlige egenskapene stigmaet forbindes med. Dette kan svekke pasientens evne til å kreve rettferdig og likestilt behandling (Frahm Jensen, Dybvig & Johannessen, 2009).

Pasienter med sterke kroniske smerter og som bruker OxyContin må få delta i beslutninger om egen helse og behandling. Det er viktig at pasientene behandles med respekt, slik at helsepersonell ikke opptrer formynderisk og nedlatende. Pasienten må få bevare egen autonomi, selvbestemmelse, selvlovgivning og selvstyre (Graubæk, 2010), i pakt med bestemmelser i lov om pasient- og brukerrettigheter, § 1-1 (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2021). Helsedirektoratet (2020) har utarbeidet et pakkeforløp når det gjelder psykisk helse og rus, og viser til at brukermedvirkning er en lovfestet rettighet. Det betyr at pasienten er en likeverdig partner i diskusjoner og skal bli hørt når avgjørelser tas om dem selv (Helsedirektoratet, 2020).

Helsedirektoratet (Borchgrevink et al., 2018) har utarbeidet en veileder for bruk av opioider, som medikamentet OxyContin. Den viser til at abstinenser og avhengighet kan ramme flere av de som står på medikamentet, men langt fra alle. Hvis en lege mistenker at pasienten utvikler en avhengighet, kan man i stedet for å sette dette som diagnose, benytte det mindre stigmatiserende begrepet problematisk opioidbruk, som ikke er en diagnose. En som står på OxyContin over lengre tid vil oppleve en fysisk avhengighet, da toleranseutvikling og abstinenser er naturlige konsekvenser, men det må påpekes at dette

ikke indikerer et avhengighetssyndrom (Borchgrevink et al., 2018). Utskriving av medikamentet OxyContin er godkjent hos Statens legemiddelverk, om det gjøres på riktig måte. Det er når retningslinjer ikke følges at problemer oppstår, og ansvaret ligger hos lege som må følge lov om legemidler (Legemiddeloven, 1994).

Økt forbruk av OxyContin blir sett på som en epidemi i USA, hvor produsenten får skylden. De markedsførte for lav avhengighetsfaktor, hvor markedsføringen ble avsluttet i 2018 grunnet flere dødsfall. I Norge ble dette avsluttet i 2015 grunnet økt forbruk (Tveito, 2019). I følge Primm et al. (2004) vises det til at uheldig smertebehandling er et stort folkehelseproblem. Det handler om kunnskapen helsepersonell har rundt effekten av smertestillende. Leger kan ha en redsel for sanksjoner, og kan være årsaken til problemer i møte med helsepersonell, som igjen kan gi uheldig smertebehandling (Primm et al., 2004).

Rapport fra NOU (2003: 4) viser forskningsresultat fra rusmiddelfeltet på alkohol og andre rusmidler. Det viser behovet for mer forskning på opioidavhengighet, og da med fokus på pasientkontakten med helsepersonell. Et forskningsprosjekt ved Folkehelseinstituttet av Svetlana Skurtveit (2019), jobber for å avklare en eventuell opioidepidemiutvikling med økt forbruk i Norge, gjennom reseptutskrivelser og om pasientene får det i tråd med retningslinjene.

I følge Goddu et al. (2018) ser en at ordbruken i pasientjournaler bidrar til stigmatisering av pasienter som står på opioider. Funnene viser at stigmatiserende ordbruk i pasientjournaler er med å påvirke helsepersonell, hvordan de behandler pasienter og om smertestillende medikamenter forskrives. Er man oppmerksom på språkbruken i journaler, kan det bidra til mer pasientsentrert omsorg, og redusere forskjeller i helsetjenester for en stigmatisert pasientgruppe (Goddu et al., 2018). De ulike holdningene helsepersonell har overfor pasientgruppen som står på opioider, kan også gi konsekvenser for hvilken behandling de får (van Boekel, Brouwers, van Weeghel & Garretsen, 2013).

En metaetnografisk studie basert på en syntese av 31 kvalitative studier, gir pasientenes syn på opioider mot kroniske ikke-ondartede smerter. Funnene viste at pasientene var motvillige brukere av opioider, med lite mulighet for valg. De hadde en forståelse for bruken av opioider, det gode og dårlige ved å benytte det. De erfarte en terapeutisk allianse med helsepersonellet, men at de ikke alltid var på samme side. De opplevde stigma, følte seg redde og hemmelighetsfulle ved å bruke opioider, og trengte støtte. Det var utfordrende å redusere eller slutte å bruke opioider. Funn som overordnet tema var det å konstant balansere spenningen mellom ikke alltid ønske å ta opioider, som ble veid opp imot fordeler og ulemper med opioider, men samtidig føle at de ikke hadde et valg på grunn av smertene (Nichols et al., 2020).

En kvalitativ studie om personers opplevelse av å håndtere kroniske smerter med opioider ved alvorlige kroniske smerter, viser at opioider gjorde dem i stand til å håndtere smertene tilstrekkelig til å forbli i jobb. Uten opioider ble smerten den som bestemmer i livet. Opioidbruk erfares som både en frelse og en forbannelse. Erkjennelse av smerten og

aksept av opioidbehandling muliggjør overgang til et bedre liv. Opioider ble brukt for å gjenvinne kontrollen over smertene, og gjenvinne et ønsket liv og selvtillit, og følelsen av kontroll. Å bruke opioider for å håndtere smerten var ikke uproblematisk og noen av deltakerne hadde opplevd en nedadgående spiral med økende smerte, ukontrollerbar opioidbruk og stigmatisering (Ljungvall, Rhodin, Wagner, Zetterberg & Åsenlöf, 2020).

En kvalitativ studie av Buchman, Ho og Illes (2016) har vist at tillit og troverdighet er viktig i møte mellom pasient og helsepersonell. Oppfattet troverdighet er viktig i terapeutiske møter og bidrar til reduserte spenninger og respekt, med tanke på smerter, avhengighet og bruken av opioider. Ydmykhet kan hjelpe både helsepersonell og pasienter med å skape et troverdig samarbeid og optimal smertebehandling.

Gjennom en autoetnografisk narrativ metode utført av en datter om egen mor, fortelles det om morens kamp mot helsevesenet, grunnet kroniske smerter. Stigmatisering i og utenfor helsevesenet hindrer tilstrekkelig smertelindring. Hovedfunnet i artikkelen er at moren har et smerteproblem, og ikke en tablettavhengighet (Wilbers, 2015).

Studiens hensikt

Basert på forbruket av opioider og de utfordringer som pasienter erfarer ved å ha sterke kroniske smerter og bruke opioider, er hensikten med studien å undersøke hvordan pasienter som står på medikamentet OxyContin, grunnet sterke smerter, erfarer å bli møtt av helsepersonell ved behov for mer smertestillende og i behandlingssituasjon, og hvordan dette påvirker deres hverdag. Studiens funn kan bidra til kunnskap om hvordan pasientgruppen har det, og hvordan de ønsker og bli møtt.

Metode

Valg av forskningsmetode, relateres til perspektiv og fenomen man ønsker å utforske (Kvale & Brinkmann, 2015). I studien var hensikten å undersøke pasienters erfaringer i møte med helsepersonell i en hverdag med sterke smerter, når pasientene står på medikamentet OxyContin og har behov for mer smertestillende medikamenter. Malterud (2017) viser til at kvalitative tilnærminger passer når dynamiske prosesser skal utforskes, som samhandling, utvikling, bevegelse og helhet. En kan da få vite mer om menneskers erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger (Malterud, 2017), noe som har relevans i denne studien.

Utvalg og inklusjonskriterier

Utvalget i studien består av 8 intervjudeltakere, og kan beskrives som et strategisk utvalg, da målet er at materialet best mulig skal belyse problemstillingen (Malterud, 2017).

Intervjudeltakerne er funnet gjennom å ta kontakt med ulike instanser innen spesialisthelsetjenesten (eksempelvis smertepoliklinikker) og kommunehelsetjenesten (eksempelvis hjemmesykepleien) i to fylker, hvor helsepersonell har rekruttert aktuelle deltakere for studien. På den måten har ikke pasientene vært kontaktet, før de har samtykket til å delta i studien, med unntak av to deltakere, som hadde hørt om studien selv

og kontaktet førsteforfatter og intervjuer av studien. Etter endt rekrutteringsprosess, ble utvalget 5 kvinner og 3 menn, i alderen 28-75 år.

Inklusjonskriterier i studien var pasienter over 18 år. De hadde en skade som hadde gitt dem sterke kroniske smerter, noe som har medført at de har stått på OxyContin over lengre tid. Å stå på dette medikamentet over lengre tid kan føre til en avhengighet. Siden avhengighet er individuelt, er ikke dette satt som en kriterie.

Innsamling av data

Det var på forhånd utarbeidet en semistrukturert intervjuguide med temaene: pasientens erfaring med medikamentet, erfaringer i møte med helsepersonell, pasientenes behov i møte med helsepersonell og hvordan bli sett.

Det ble gjennomført individuelle intervju, for å gi deltakerne tid og rom til å hente frem erfaringer og overveielser de trenger tid for å dele (Malterud, 2017). Flere av intervjuene ble gjort over telefon, grunnet Covid-19 – situasjonen, og ikke gjennomført som ansikt til ansikts - intervju. Det ble vektlagt i intervjusituasjonen å ha en åpen samtale, et semistrukturert intervju rundt temaene i intervjuguiden, der den fungerte veiledende. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd, med en varighet på 25 – 55 minutter. Førsteforfatter gjennomførte og transkriberte intervjuene.

Analyse av data

Analysemetoden i studien er basert på Malteruds (2017) modell for systematisk tekstkondensering over fire trinn:

I første trinn av analysen handlet det om å få et helhetsinntrykk av det transkriberte materialet, og materialet ble lest flere ganger. Stikkord som stigmatisering, gode/dårlige opplevelser hos fastlege og annet helsepersonell, ønsker ikke rusfølelsen, smertelindring, avhengighet og abstinenser, og hva trenger pasienten i møte med helsepersonell, synliggjorde seg som foreløpige temaer.

I neste trinn ble meningsbærende enheter identifisert og sortert innen foreløpige temaer, som ble til kodegrupper. Meningsbærende enheter ble hentet ut fra hvert intervju, og underveis i denne prosessen ble det sett at flere av temaene gikk inn i hverandre. Kodegruppene ble «*Stigmatisering*», «*Gode og dårlige opplevelser i møte med fastlegen og annet helsepersonell*», «*Smarter og avhengighet*», og «*Hva trenger pasienten i møte med helsepersonell*».

Deretter begynte prosessen med å dele kodegruppene inn i subgrupper, og de meningsbærende enhetene som omhandlet det samme ble delt inn i subgrupper. Etter justeringer underveis, ble kodegruppen «*Stigmatisering*» eksempelvis, delt i subgruppene: «*Det å bli dømt og stigmatisert*» og «*Jeg føler meg som en narkoman*». Deretter ble de meningsbærende enhetene under hver subgruppe kondensert og sammenfattet ved bruk av kunstige sitat. Utvalgte gullsitater ble funnet for hver subgruppe.

Innen hver kodegruppe, som ble til tema med undertema, ble det i trinn fire utarbeidet en innholdsbeskrivelse, en analytisk tekst, for hvert undertema, der de utvalgte gullsitatene underbygget teksten. Temaoverskrifter ble justert i forhold til innholdet, som eksempel: «*Stigmatisering*» ble til «*Å bli sett ned på av helsepersonell*».

Etiske betraktninger

Intervjudeltakerne fikk et informasjonsskriv med samtykkeerklæring, og på den måten ble det skriftlige samtykket innhentet før hvert intervju. Deltakerne fikk informasjon om frivillig deltakelse, at de kunne trekke seg uten begrunnelse og uten konsekvenser for dem, og at opplysninger om dem ville bli slettet. De ble informert om at konfidensialitet ble ivaretatt. Da temaet i studien kunne være vanskelig å åpne seg om og krever aktsomhet, ville dette kunne ekskludere pasienter som ikke ønsket å delta. Studien ble søkt og godkjent av Norsk senter for forskningsdata for å ivareta personvernet (NSD) (129395), i henhold til personopplysningsloven (2018, § 1).

Funn

Analyseprosessen gav fire temaer, med ti undertema:

1) Å bli sett ned på av helsepersonell: Det å bli dømt og stigmatisert, «Jeg føler meg som en narkoman», 2) Å bli møtt med forståelse eller ikke av helsepersonell: I møte med fastlegen, I møte med sykehus, Legekontor, legevakt og annet helsepersonell, 3) Å kunne fungere i hverdagen, selv med kroniske smerter: Smerter og smertestillende, Ønsker ikke rusfølelsen, Avhengighet og abstinenser, 4) Pasientens behov for å bli sett av helsepersonell: Å bli ivaretatt på samme måte som før OxyContin, Informasjon til helsepersonell.

Å bli sett ned på av helsepersonell

Det å bli dømt og stigmatisert

Pasientene med kroniske smerter over tid, erfarer behov for smertestillende medikamenter, som OxyContin. En felles erfaring er at de føler seg undervurdert og nedvurdert i møte med helsepersonell fordi de bruker smertestillende. Det blir spesielt tydelig ved behov for mer smertestillende. Pasientene opplever en betydelig forhåndsdømming, stigmatisering, nedvurdering av egen person og det å bli dømt og sett ned på knyttet til det å bruke smertestillende, med unntak av noen helsepersonell. Stigmatiseringen uttrykkes gjennom skepsis, urettferdighet, negativitet og det å bli nedverdiget av helsepersonell. Å bli forhåndsdømt uttrykkes gjennom ansiktsuttrykk og kroppslige reaksjoner hos helsepersonell. Dette vises gjennom det å ikke få hjelp, og at de oppfattes som misbrukere. Dette gir sterke og uheldige følelser, som stress og nervøsitet i møte og kontaktsituasjoner med helsepersonell. Det uttrykkes slik: *Jeg føler meg dømt og sett ned på, grunnet medisinen. De ser på deg på en spesiell måte, som en narkoman, og du anklages for avhengighet. Det er stigmatisering. (Kvinne)*

Det er nedverdiggende og vondt å spørre om mer medikamenter i møte med helsepersonell når de ikke føler seg ivaretatt, da de kun ønsker smertelindring. Skepsis kan selvfølgelig være sunt når det kommer fra riktig person, da det er et sterkt smertestillende medikament. Om en lege forskriver medikamentet, kan skepsisen komme derifra, ikke fra andre ved det eventuelle legekantoret. De føler på en urettferdighet for å måtte stå til rette for at de bruker smertestillende, at de må forsvare å benytte et medikament de forskriftsmessig står på av en grunn. Et utsagn er: *Det føles urettferdig overfor oss som rettmessig skal ha medisinen for en grunn, og har det dokumentert. Det er veldig urettferdig å alltid skulle stå til rette for hva du gjør, og hva slags medisin du tar. (Mann)*

«Jeg føler meg som en narkoman»

Et gjennomgående tema er at pasientene føler seg stemplet som rusmisbrukere. Å bli oppfattet som narkoman, rusmisbruker erfares av samtlige. Det er en følelse de har etter møte med helsesektoren, nesten uavhengig av hvor de har søkt hjelp. De føler seg som rusmisbrukere, da de må tryggle og be om mer OxyContin. Dette er vanskelig for pasientene, da de ikke tar mer enn de må. En pasient forteller: *Du blir sett på som en rusmisbruker, men jeg har aldri misbrukt, vil jo bare være smertefri. Føler absolutt en stigmatisering med kroppslig avhengighet. (Mann)*

Å bli møtt med forståelse eller ikke av helsepersonell

I møte med fastlegen

Jevnt over er pasientene fornøyd med egen fastlege. De føler seg trodd, ivaretatt og møtt med forståelse, med unntak av noen få. De føler at fastlegen lytter, snakker deres sak, jobber for at de skal føle seg ivaretatt, og de har et gjensidige tillitsforhold. Fastlegene opplyser og gir informasjon, og konfererer med andre leger om de er usikre på noe. Noen av pasientene har tidligere hatt fastleger som har skrevet usann informasjon om misbruksproblematikk, overforbruk og salg i journalen, og det har ført til bytte av fastlege. Enkelte ønsker seg ny fastlege, men grunnet ventelister, lar det seg ikke gjøre. Derfor er disse pasientene nervøse før legetime, da fastlegen sitter med ryggen til dem og ser på PC. En sier: *Min tidligere fastlege har skrevet løgn i journalen min, og beskrevet meg som ruset og påvirket når jeg hadde lungebetennelse, i tillegg til andre ting. (Kvinne)*

I møte med sykehus

Pasientenes opplevelser i møte med sykehus varierer, og de har ulike erfaringer med helsehjelpen de mottar. De erfarer å bli trodd på sykehuset, og får bekreftelse på at de har smerter. Spesielt gjelder det leger, selv om de har en følelse av å konstant måtte begrunne hvorfor de bruker OxyContin. Samtidig har pasientene en annen opplevelse, hvor de møtes med en avvisende holdning, ikke trodd og må forsvare bruk av medikamentet og at de trenger hjelp av helsepersonell. Det har ført til at flere ikke ønsker tilbake til behandlingsstedet, og er redde for hva som møter dem. Enkelte har opplevd å bli plassert på enerom grunnet gråt og store smerter, ikke fått økt dosen og ligget der med en følelse av å være hjelpeløs, noe som føles inhumant. En sier følgende: *Jeg synes leger jevnt over er*

forståelsesfulle, men du sitter alltid med en følelse om at du må begrunne, forklare og svare for hvorfor du står på det. Det er alltid en skepsis. (Mann)

Flere er pasienter ved smertepoliklinikker, og er meget fornøyd med behandlingen, de blir møtt med forståelse. Det har vært redningen, med unntak av noen, som har opplevd det motsatte. De har opplevd og blitt spurt om de tuller med smertene sine, og da er det gjerne yngre leger, turnusleger som stiller slike spørsmål. Pasientene føler seg lite trodd og ivaretatt når de har slike opplevelser i møte med helsepersonell. Et utsagn er:
Smertepoliklinikkelege har vært flink og dyktig, og sier måten jeg er behandlet på er uhørt. (Kvinne)

Legekantor, legevakt og annet helsepersonell

I møte med legekantor, legevakt, NAV og apotek har pasientene opplevd utfordringer med å ikke bli tatt hånd om ved behov for mer smertestillende og andre henvendelser. Det har gjort at de har følt seg ikke trodd og forstått, og enkelte på legekantoret har hatt en så avvisende væremåte at de nesten ikke tørr å bestille OxyContin. Noen unntak er det, der de ikke har opplevd å bli møtt med tvil eller vansker i møte med legekantor og apotek.

For pasientene har det å skulle få reseptfornyelse vist seg vanskelig, da de ansvarlige som tar imot henvendelser ikke har gitt beskjed videre til lege. Dette har gitt negative hendelser med abstinenser, da de plutselig er uten medikamentet. En sier: *Jeg har avtale med lege om reseptfornyelse, men det har ofte ikke blitt gitt beskjed videre til lege om fornyelse. Mot helg har dette gitt negative hendelser med abstinenser. (Mann)* Når dette skjer, er eneste løsningen å ta kontakt med legevakt, som kan være vanskelig. De kan oppleve at legevakten er ufin og har en avvisende væremåte, men pasientene må ha hjelp, så dette er eneste utvei. Samtidig legges det merke til om hvorvidt en sykepleier har jobbet i 20 år eller er nyutdannet, da de med lengre erfaring gjerne er de som ber deg vente litt, de er mer tilbakeholdne. Allikevel opplever pasientene at sykepleier kan være enklere å prate med.

Å kunne fungere i hverdagen, selv med kroniske smerter

Smertes og smertestillende

Pasientene med kroniske smerter erfarer at å benytte smertestillende er eneste mulighet for å fungere i hverdagen. De tar både OxyContin og OxyNorm, slik at de har langtidsvirkende effekt, samt hurtigvirkende effekt for smertetoppene. Dosene har blitt økt hos pasientene, da kroppen raskt venner seg til medikamentet, men det hjelper på smertene. De kan få for lite av medikamentet, men opplever effekt av det de får. Det hjelper på smertene, og det er det de ønsker. Det er sjelden de opplever full smertelindring, men de slipper de mest intense smertene. De fleste er innforstått med at de må lære seg å leve med smertene, men at de trenger smertestillende for å kunne klare dette. Ulike medikamenter er prøvd ut, men OxyContin er det som har gitt effekt. Pasientene er kun ute etter smertestillende som hjelper mot smertene, men samtidig minst mulig. En forteller:
Hvis jeg ikke tar dem, så er det som å gå med en evigvarende tannpinelignende intens

smerte. Det tror jeg ingen er villig å gå med, når man vet at det finnes noes som kan hjelpe. (Kvinne)

Ønsker ikke rusfølelsen

Pasientene føler ingen rusfølelse ved bruk av smertestillende, og ingen av dem er ute etter den følelsen. De vil ikke føle seg påvirket, da dette oppleves som skremmende. Eneste grunnen til at pasientene står på medikamentet er for smertelindring. En sier: *Jeg vil ikke føle meg påvirket, og er anti alt med rus. (Kvinne)*

Avhengighet og abstinenser

Pasientene opplever ikke å ha en kroppslig avhengighet, men uttrykker at de selvfølgelig blir mer tolerante etter hvert som de står på medikamentet. Det tas for smertenens skyld, ikke for avhengighetens skyld. Det vil si at pasientene ønsker noe for å fungere i hverdagen, med minst mulig smerter.

Kroppslig avhengighet er en vanskelig problemstilling. Vanligvis opplever de det ikke, men kroppen er allikevel avhengig av medikamentet. Dette kan føre til flere uheldige opplevelser med abstinenssymptomer. Enkelte har opplevd ganske alvorlige abstinenssymptomer, grunnet mangel på medikamentet. Andre har opplevd sterk kvalme, som er ille nok i seg selv. Pasientene erfarer at smertene kommer tidligere og tidligere, derfor må medikamentet tas tidligere enn før. Kroppen varsler om dette ved sterke smerter. De klarer ikke livet uten det smertestillende medikamentet. Et utsagn er: *Jeg har ingen kroppslig avhengighet, hvor jeg må ha medikamentet. Selvfølgelig blir en avhengig etter så mange år, men ikke avhengig for avhengighetens skyld, men for smertene. Jeg hadde ikke håndtert livet uten, rett og slett. (Kvinne)*

Pasientens behov for å bli sett av helsepersonell

Å bli ivaretatt på samme måte som før OxyContin

Pasientene som står på OxyContin, opplever at de trenger å bli sett og hørt på samme måte som før de begynte med medikamentet. OxyContin skal ikke definere dem som mennesker, de er de samme som før, men med kroniske smerter. De trenger respekt, på samme måte som alle andre mennesker, da det ikke er enkelt å gå med kroniske smerter. I tillegg trenger de en forståelse for smertene og det å stå på smertestillende. Det er viktig at de blir møtt med en ærlighet, da de allerede opplever å være i en sårbar situasjon og er avhengige av helsepersonell. Jevnt over ønsker pasientene bedre oppfølging og å få den hjelpen de trenger. En forteller: *Jeg trenger forståelse og psykisk støtte på lik linje med noen som det vises har vondt. Det er hardt å gå med kroniske smerter. (Kvinne)*

Informasjon til helsepersonell

Som pasient ser de fort om helsepersonell tror dem eller ikke, om de mener det som blir sagt. Pasientene har et ønske om at helsepersonell skal få vite hvordan det oppleves i møte med dem. På den måten kan de bli mer imøtekommende og hensynsfulle overfor dem som pasienter, og vise empati. Pasientene søker ikke hjelp uten grunn, de har kroniske smerter

de trenger hjelp med. En sier: *Helsepersonell har godt av en pekepinn eller tilbakemelding på hvordan pasienten opplever det i møte med dem. (Mann)*

Diskusjon

Funn i studien viser at pasienter som står på medikamentet OxyContin behandles annerledes og ses ned på av helsepersonell, da pasientene sammenlignes med før de begynte med medikamentet. Videre kan det vises til at pasientgruppen er stigmatisert av helsepersonell og ikke blir møtt med forståelse der de har behov for å bli sett. De har flere opplevelser med helsepersonell som kan betegnes som svært uheldige. En ser viktigheten av at helsepersonell danner seg egne oppfatninger i møte med pasientene, og har nok kunnskap. Det å fungere i hverdagen, selv med sterke kroniske smerter er det vesentlige for dem.

En felles erfaring i studien er at deltakerne opplever en betydelig forhåndsdomming, stigmatisering, nedvurdering av egen person og det å bli dømt og sett ned på av helsepersonell. Studier av Nichols et al. (2020), Ljungvall et al. (2020) og Wilbers (2015), bekrefter dette. Dette erfares gjennom skepsis, urettferdighet, negativitet og ikke bli trodd av helsepersonell. Teori viser at når mennesker erfarer å bli stigmatisert vil en lettere kunne identifisere seg med de dårlige egenskapene stigmaet fører med seg, som kan svekke pasientens evne til å kreve rettferdighet og likestilling i situasjonene (Frahm Jensen et al., 2009).

Et gjennomgående tema i studien er at pasientene føler seg stemplet som rusmisbrukere, når en må trygle og be for å ha nok medikamenter til å klare seg. Beskyldninger om overforbruk og salg oppleves også. Felles for deltakerne i studien er at de kun ønsker smertelindring, gjennom minst mulig medisin. Undersøkelser viser at mange har meninger om mennesker med avhengighet, og det blir diskutert i media, og gjerne på en negativ og uheldig måte (Lossius, 2019). Helsepersonell kan ha en forforståelse for pasientgruppen, som vises gjennom stigmatisering, noe som samsvarer med Goffmans (1986) forståelse av avvikende oppførsel. Studien viser at andre helsepersonell legger seg borti hva legen skriver ut av medikamenter, og at pasienten selv må forsvare medikamentbruken. Her påpekes viktigheten av at skepsisen kommer fra rett sted, og ikke fra andre helsepersonell.

I studien er pasientene jevnt over fornøyd med fastlegen, da de føler seg ivaretatt, trodd og møtt med forståelse. De har fastleger som gir informasjon, og spør andre leger om råd ved usikkerhet. Dette viser at pasientene får bevare egen autonomi (Graubæk, 2010). De behandles med respekt, slik det er lovfestet i lov om pasient- og brukerrettigheter, § 1-1 (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2021). Noen pasienter i studien har opplevd det motsatte, hvor det er skrevet informasjon i pasientjournalen som ikke stemmer, som misbruksproblematikk, overforbruk og salg. En studie fra USA viser at stigmatiserende ordbruk i pasientjournaler kan være med å påvirke helsepersonell om hvordan de ser pasienten. De gjør seg opp en mening, før de møter pasienten (Goddu et al., 2018; van Boekel et al., 2013). Det kan tenkes at helsepersonell også her i Norge påvirkes av

informasjon som står skrevet i pasientjournaler, grunnet studiens funn om negative beskrivelser av pasientene i journaler.

Pasientgruppen i studien har forskjellige erfaringer i møte med sykehus, hvor flere erfarer å bli trodd, helst av leger og da spesielt ved smertepoliklinikker. Allikevel erfarer flere å bli møtt med skepsis og en avvisende holdning. De møtes med en skepsis, hvor de må forsvare hvorfor de står på dette medikamentet og begrunne det med smerter. Undersøkelser viser at helsepersonell undervurderer pasienters smerter, selv om en pasients opplevelse av smerter er pasientens egen (Jensen et al., 2013). Selv om OxyContin er et medikament som er bevist avhengighetsskapende, hvor pasienter opplever økt toleranse, må en noen ganger øke dosen for at pasient skal slippe smerter og abstinenser (Borchgrevink et al., 2018). Primm et al. (2004) viser til at uheldig smertebehandling er et folkehelseproblem, og det er kunnskapen helsepersonell har som kan være et problem. Leger er redde for sanksjoner, og det kan forårsake dårlig smertebehandling av pasientgruppen.

Pasientene i studien har opplevd flest problemer i møte med legekontor, legevakt og apotek. Med legekontor menes de som sitter i skranken på legekantoret. Her oppleves vansker med reseptfornyelser, hvor informasjon ikke gis videre til fastlege, og de må ta kontakt med legevakt. Dette kan være vanskelig, og flere har opplevelser med avvisende holdninger. Når det tas avgjørelser om å ikke legge reseptfornyelser videre til lege, er det tatt bestemmelser ut over Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2021) om pasientens brukermedvirkning i situasjoner som angår pasienten, og avgjørelser er gjort utenom lege som har ansvar for reseptfornyelser, jfr. lov om legemidler (Legemiddeloven, 1994).

Pasientene har kroniske smerter de må lære seg å leve med, men de trenger smertestillende for å kunne fungere i hverdagen. Opioider som OxyContin har både fordeler og ulemper, men studier viser at det har effekt (Nichols et al, 2020; Ljungvall et al., 2020). Andre medikamenter er prøvd ut (Legeforeningen, 2020), men det er OxyContin som har effekt på smertene, i den grad at de fungerer i hverdagen.

Viktig for pasientene i studien, er at ingen føler rusfølelse av OxyContin, og de ønsker heller ikke den følelsen, som også kommer frem i artikkelen av Wilbers (2015). Pasientene opplever ikke en kroppslig avhengighet, men forstår at lang tids bruk har gitt en toleranseutvikling, som i enkelte tilfeller kan gi alvorlige og uheldige opplevelser av abstinenser. Ifølge Borchgrevink et al. (2018) viser Helsedirektoratets veileder om opioider, at en vil oppleve en fysisk avhengighet, noe som er en naturlig konsekvens etter lang tids bruk av opioider, men dette betyr ikke at pasienten har utviklet et avhengighetssyndrom.

Bruken av OxyContin skal ikke definerer pasientene og hvordan de er som mennesker. Det brukes for å klare en hverdag med kroniske smerter, noe studiene av Nichols et al. (2020) og Buchman et al. (2016) også viser. De ønsker respekt, og det å bli sett og hørt som før de

begynte med OxyContin, samt ærlighet. Jevnt over ønsker pasientene en bedre oppfølging, noe de har rett til uansett pasientgruppe i henhold til lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2021).

Studiens styrker og begrensninger

Studiens funn har relevans for pasienter med tilsvarende problematikk, men har ikke relevans for kroniske smerter knyttet til pasienter i palliativ fase. Det er en styrke i studien at begge kjønn er representert hos deltakerne, og at de 8 deltakerne har sterke kroniske smerter og bruker OxyContin ivaretar studiens troverdighet.

Konklusjon

Pasientene i studien opplever det som vanskelig å være pasient når de bruker medikamentet OxyContin. De føler de ses som rusmisbrukere, selv om de kun ønsker mer medikamenter for smertelindring. De opplever forhåndsdomming, stigmatisering, nedvurdering av egen person og å bli sett ned på. Det er tydelige forskjeller på behandling før de brukte medikamentet og nå. Pasientene er ikke ute etter rusfølelsen, kun hjelp mot kroniske smerter for en bedre hverdag. De vet at kroppen utvikler en kroppslig avhengighet grunnet økt toleranseutvikling. Men OxyContin hjelper uten å gi en rusfølelse, noe pasientene var opptatt av å få frem.

Pasientene føler seg stort sett ivaretatt, sett og hørt av fastlege. Dessverre har det vært episoder ved legekontor, legevakt, sykehus og apotek, som bryter ned det fastlegen har bygd opp. Funnene i studien kan være med på å opplyse og øke kunnskapen til helsepersonell om hvordan pasientgruppen har det. Funnene kan også vise hva de kan gjøre for å bedre ivareta pasientenes behov og ønsker, da autonomi og brukermedvirkning er en lovfestet rettighet.

Det anbefales videre studier med tanke på pasientgruppen. Det kan være viktig å se på eventuelle forskjeller i håndteringen av pasientene innad i helsevesenet, og tanker ansatte i helsevesenet har om denne pasientgruppen. I USA er det en del forskning på dette området, og i Norge forskes det på forbruket av opioider, men ikke OxyContin.

Litteratur

- Borchgrevink, P.C., Schjødt, B., Hoff, J.M., Frøyland, H., Fredheim, O., Kolflaath, J., ... Gramstad, L. (2018). *Opioider – nasjonal veileder*. Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/opioider>
- Bramness, J.G. (2018). *hva er avhengighet*. Oslo: Universitetsforlaget
- Buchman, D.Z., Ho, A. & Illes, J. (2016). You Present like a Drug Addict: Patient and Clinician Perspectives on Trust and Trustworthiness in Chronic Pain Management. *Pain Medicine*. 2016;17:1394-1406.
Doi: 10.1093/pm/pnv083
- Felleskatalogen. (2021, 17.februar). OxyContin. Hentet fra

- <https://www.felleskatalogen.no/medisin/oxycontin-mundipharma-562548>
- Frahm Jensen, M.J.(Red.), Dybvig, S. & Johannessen, J.O. (2009). *Stigma – Antistigma. Stigmatisering av personer med psykisk lidelser, hvordan kan det bekjempes?* 2. utgave. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning
- Goddu, A.P., O’Conor, K.J., Lanzkron, S., Saheed, M.O., Saha, S., Peek, M.E., ... Beach, M.C. (2018). Do Words Matter? Stigmatizing Language and the Transmission of Bias in the Medical Record. *J Gen Intern Med.* 33 (5): 685-91 Doi: 10.1007/s11606-017-4289-2
- Goffman, E. (1986). *Stigma – notes on the management of spoiled identity.* Simon & Scuster, Inc.
- Graubæk, A.-M. (Red.), (2010). *Å være pasient – en innføring i pasientologi.* 1. utgave. Oslo: Akribe
- Helsedirektoratet. (2020, 04.desember). Rusbehandling (TBS). Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/rusbehandling-tsb>
- Jensen, T.S, Dahl, J.B. & Arendt-Nielsen, L. (2013). *Smerter - baggrund, evidens, behandling.* 3.udgave. København: FADL’s Forlag
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju.* 3.utgave. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Legeforeningen. (2020, 02.oktober). Oxykodon. Hentet fra <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/Norsk-revmatologisk-forening/pasientinformasjon/medikamenter/oxykodon/>
- Legemiddeloven. (1994). Lov om legemidler m.v. (LOV-2020-05-20-42). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-12-04-132?q=legemiddel>
- Ljungvall, H., Rhodin, A., Wagner, S., Zetterberg, H. & Åsenlöf, P. (2020). «My life is under control with these medications»: an interpretative phenomenological analysis of managing chronic pain with opioids. *BMC Musculoskeletal Disorders.* (2020)21:61 Doi: <https://doi.org/10.1186/s12891-020-3055-5>
- Lossius, K. (Red.) (2019). *Håndbok i rusbehandling – til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet.* 2. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Malterud, K. (2017) *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag.* 4.utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nichols, V.P, Toye, F., Eldabe, S., Sandhu, H.K., Underwood, M. & Seers, K. (2020). Experiences of people taking opioid medication for chronic non-malignant pain: a qualitative evidence synthesis using meta-ethnography. *BMJ Open.* 2020;10:e032988. Doi: 10.1136/bmjopen-2019-032988
- NOU 2003: 4. (2003). *Forskning på rusmiddelfeltet – en oppsummering av kunnskap om effekt av tiltak.* Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2021). Lov om pasient- og brukerrettigheter. (LOV-2020-12-04-134 fra 01.01.2021). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_1#KAPITTEL_1
- Personopplysningsloven. (2018). Lov om behandling av personopplysninger. (LOV-2018-12-20-116). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38/*#*

- Primm, B.J., Perez, L., Dennis, G.C., Lennette B., Clark, W., Keough, K., ... Sullivan, L.W. (2004). Managing pain: The Challenge in Underserved Populations: Appropriate Use versus Abuse and Diversion. *Journal of the National Medical Association*. Sep. 2004; 96 (9) 1152-1161.
- Skurtveit, S., Sakshaug, S., Hjelvik, V., Berg, C. & Handal, M. (2019). *Bruk av opioider for kroniske smerter – prosjektbeskrivelse*. Folkehelseinstituttet. Hentet fra <https://www.fhi.no/cristin-prosjekter/aktiv/bruk-av-opioider-for-kroniske-smerter/>
- Tveito, K. (2019). Opioider, makt og misbruk. *Tidsskriftet - den norske legeforening*. Utgave 4, 26.februar 2019. Doi: 10.4045/tidsskr.19.0140
- Van Boekel, L.C., Brouwers, E.P.M, van Weeghel, J. & Garretsen, H.F.L. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*. 131(1), 23-25. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018>
- Wilbers, L.E. (2015). She Has a Pain Problem, Not a Pill Problem: Chronic Pain Management, Stigma, and the Family- An autoethnography. *Humanity & Society*. 2015, Vol. 39(1) 86-111. Doi: 10.1177/0160597614555979