

Smertelindring til rusmiddelavhengige pasienter

Kan sykepleiers holdninger påvirke hvordan rusmiddelavhengige blir møtt og smertelindret ved sykehusinnleggelse?

Kandidatnummer: 113 og 204
Lovisenberg Diakonale Høgskole

Bacheloroppgave
i Sykepleie

Antall ord: 8984

Dato: 19.04.2022



Lovisenberg
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 19.04.2022
Tittel Smertelindring til rusmiddelavhengige pasienter	
<p><u>Problemstilling:</u> Kan sykepleiers holdninger påvirke hvordan rusmiddelavhengige pasienter blir møtt og smertelindret ved sykehusinnleggelse?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> I teoridelen presenteres relevant litteratur som underbygger problemstillingen; avhengighet, holdninger, sykepleiefunksjoner og aktuelt lovverk. Joyce Travelbees teori om menneske-til-menneske forhold er den valgte sykepleieteorien.</p> <p><u>Metode:</u> Oppgaven er utformet som en litterær oppgave, hvor litteratursøk er anvendt metode. Databaser som CINAHL, SveMed+ og PubMed ble brukt for å finne relevant forskningslitteratur, i tillegg ble pensumlitteratur, Lovdata og sykepleiers yrkesetiske retningslinjer brukt.</p> <p><u>Drøfting:</u> I diskusjonen drøftes resultatene av forskningen opp mot det teoretiske grunnlaget, for å besvare problemstillingen. Utfordringer rundt holdninger, kompetansemangel, pasientens forutsetninger, sykepleiefunksjoner samt lovverket blir diskutert. I de overnevnte punktene vurderes det hvordan dette kan ha innvirkning på sykepleien og smertelindringen den rusmiddelavhengige pasienten mottar, sett i sammenheng med Joyce Travelbees menneske-til-menneske-teori og rammeverket.</p> <p><u>Konklusjon:</u> Stigmatisering og fordommer sykepleier kan ha overfor pasienten er en av flere faktorer som byr på store utfordringer vedrørende smertelindring av rusmiddelavhengige innlagt på sykehus. Dersom sykepleier ikke evner å legge dette til side kan det gå på bekostning av sykepleien pasienten mottar. Rammeverket er ikke optimalt for utøvelse av god sykepleie til pasientgruppen, verken når det gjelder tidsbruk eller tilrettelegging for kompetanseheving. Det er fortsatt mangelfull kunnskap om smertelindring til rusmiddelavhengige og behov for videre forskning på området. Sykepleiers holdninger kan påvirke smertelindringen til rusmiddelavhengige innlagt på sykehus.</p>	

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	2
1.1	Bakgrunn for valg av tema	2
1.2	Problemstilling.....	3
1.2.1	Avgrensninger.....	3
1.3	Begrepsavklaring.....	3
2	Teoretisk grunnlag	4
2.1	Rusmiddelavhengighet.....	4
2.1.1	Rusmidler og rus	4
2.1.2	Opioider	5
2.1.3	Abstinenser	5
2.1.4	Toleranse.....	6
2.2	Smerter.....	6
2.2.1	Hva er smerter?.....	6
2.2.2	Smertelindring	6
2.3	Joyce Travelbee	7
2.4	Sykepleiers funksjon- og ansvarsområde.....	9
2.5	Sentrale perspektiver i møte med den rusmiddelavhengige pasienten	10
2.5.1	Holdninger	10
2.5.2	Fordommer og stigma	11
2.5.3	Tillit	11
2.6	Lovverk og etikk.....	12
3	Metode	15
3.1	Anvendt Metode	15
3.2	Søkehistorikk	15
3.3	Inklusjon/Eksklusjonskriterier	16
3.4	Kildekritikk.....	16
3.5	Etiske vurderinger.....	17
4	Presentasjon av forskningsresultater	18
4.1	Hovedresultater	18
4.2	Artikkelmatrise.....	18
5	Diskusjon.....	20
5.1	Stigma og fordommer mot rusmiddelavhengige, og sykepleiers holdninger.....	20
5.2	Sykepleiers tillit til den rusmiddelavhengiges smerteforbidling.....	22
5.3	Utfordringer rundt adekvat smertelindring.....	24
5.4	Sykepleierkompetanse i behandling av rusmiddelavhengige.....	25
5.5	Pasientens forutsetninger	28
5.6	Sykepleiers funksjoner.....	29
5.7	Rett og plikt til informasjon	31
6	Oppsummering/Avslutning	32
7	Referanseliste	33

1 Innledning

Rusbruk er et stadig voksende, globalt problem, som fører til hyppige innleggelser, hvor smerter er en av hovedårsakene (Li, et al, 2012 : Goversen, et al, 2019). Opioidbruk er en av de største bidragsyterne til rusproblematikk i Europa, og står for de fleste rusrelaterte skadene. Det er estimert 1,3 millioner høyrisikobrukere av opioider i EU, hvorav heroin er det mest brukte (EMCDDA, 2019, s.108). I Norge har 96% av den voksne befolkningen på et tidspunkt ruset seg (Håkonsen, 2018, s.378). Det er uvisst hvor mange som er avhengige av opioider i Norge, men antallet anslås til å være 5000-10 000 personer (Slørdal, 2018b, s.363). Omtrent 100 000 innleggelser og 700 000 legekonsultasjoner årlig kan knyttes opp mot rusmiddelbruk (Håkonsen, 2018, s.379). Blant sykepleiers funksjoner finner vi sykepleiers behandlende og lindrende funksjon (Nortvedt & Grønseth, 2020, s.22), samt sykepleiers samarbeidende funksjon (Hellesø, 2016, s.215) som oppgaven vil ta for seg. Videre vil sykepleiers yrkesetiske retningslinjer (Lillemoen, 2016, s.299, 333) også belyses. De overnevnte funksjonene og retningslinjene er grunnmuren i god sykepleie. Derfor er det viktig at sykepleiere har nok kunnskap om smertelindring til rusmiddelavhengige, da de aller fleste vil møte på pasientgruppen flere ganger i sin karriere.

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke om sykepleiers holdninger kan påvirke behandling og smertelindring av rusmiddelavhengige innlagt på sykehus.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Grunnlaget for ønsket å skrive om sykepleiers møte med, og smertelindring av rusmiddelavhengige, er vår opplevelse av at dette temaet ikke i tilstrekkelig grad ble omtalt i grunnutdanningen, men som likevel raskt fanget vår interesse.

Under praksis på medisinsk avdeling møtte vi pasienter med rusutfordringer, og kjente på følelsen av å ha for lite kunnskap til å kunne hjelpe pasientene på en tilfredsstillende måte. Vi opplevde det som utfordrende å ikke være godt nok forberedt på møtet med pasientgruppen til å håndtere egne holdninger og fordommer på en måte som ikke gikk utover den rusmiddelavhengige. Den manglende kompetansen satt oss i en situasjon hvor våre egne holdninger risikerte å overskygge synet på pasientens behov og behandlingstilbudet.

Våren 2021 stemte Stortinget ned forslaget til en rusreform, men er varslet å tas opp igjen. Rusreformen går i hovedsak ut på at personer som blir tatt med mindre mengder illegale rusmidler ikke skal straffes, men bli tilbudt hjelp (Foreningen Tryggere ruspolitikk, 2021). Ved å redusere straffeforfølgelse har rusreformen som mål å redusere stigmatisering og fjerne noe av mistilliten mellom den rusmiddelavhengige og offentlige etater, slik som sykehus. Dette åpner for at flere personer får helsehjelpkravet oppfylt, jf. Pasient- og brukerrettighetsloven §2-1 a-b (1999).

Basert på antall rusmiddelrelaterte innleggelser og legekonsultasjoner, egne erfaringer og den foreslåtte rusreformen anser vi det valgte temaet som relevant og viktig.

1.2 Problemstilling

På bakgrunn av den høye forekomsten av rusmiddelavhengighet i Europa, sykepleiefaglig relevans og egen praksiserfaring, samt dokumentert mangelfull smertelindring til pasientgruppen, lyder problemstillingen:

Kan sykepleiers holdninger påvirke hvordan rusmiddelavhengige blir møtt og smertelindret ved sykehusinnleggelse?

1.2.1 Avgrensninger

Oppgaven avgrenses til opioidavhengige innlagt på sykehus, men er ikke avgrenset til noen særskilt avdeling. Det avgrenses ikke til spesifikk smerte, men forholder seg til smerte som opptrer i tillegg til avhengigheten. Den valgte forskningslitteraturen avgrenses heller ikke av dette. Forskningsartiklene spesifiserer ikke pasientenes aldersgruppe, da fokuset for forskningen er sykepleierne og oppgaven tar utgangspunkt i at det er voksne over 18 år. Personer under 18 år regnes som barn, og behandling av disse foregår på barneavdelinger.

1.3 Begrepsavklaring

Denne oppgaven anvender «rusmiddelavhengig» fremfor «rusmisbruker». Sistnevnte kan medfølge negative konnotasjoner. «Rusmiddelavhengig» støtter opp under at pasientene lider av en sykdom, som oppført i diagnosesystemet ICD-10 (Håkonsen, 2018, s.380). Det er også dekkende for valgt forskningslitteratur.

2 Teoretisk grunnlag

Dette kapittelet vil redegjøre for teoretisk grunnlag brukt i oppgaven. Aktuelt lovverk er Pasient- og brukerrettighetsloven, herunder rett til helsehjelp, medvirkning og rett til informasjon (Grov, 2016, s.52 : Molven, 2016b, s.75,88,91). Videre vil oppgaven ta for seg Helsepersonelloven, herunder krav om forsvarlig yrkesutøvelse (Molven, 2016a, s.353). Temaene i dette kapittelet er fagområder som er relevante for å kunne besvare problemstillingen «Kan sykepleiers holdninger påvirke hvordan rusmiddelavhengige blir møtt og smertelindret ved sykehusinnleggelse?».

2.1 Rusmiddelavhengighet

I ICD-10 defineres avhengighet som «et fenomen sammensatt av tankemessige, atferdsmessige og fysiologiske forhold der en bestemt atferd (bruk av rusmidler) får en høyere prioritet enn annen atferd som tidligere var av stor verdi» (Håkonsen, 2018, s.380).

Rusmiddelavhengighet har siden den første rusreformen gitt rett på helsehjelp, på lik linje med annen sykdom (NOU 2019:26).

Rusmiddelavhengighet blir et problem når rusmiddelbruken «går utover de oppgaver og funksjoner som personen har i familie, arbeid eller samfunn, og når de følelsesmessige båndene mellom mennesker belastes og forstyrres» (Hansen, 1996, referert i Håkonsen, 2018, s.379). Alkoholisme er den mest utbredte formen for rusmiddelavhengighet, men er ikke fokuset for oppgaven og vil ikke nevnes videre.

Alle rusmidler er avhengighetsskapende (Fekjær, 2007, referert i Håkonsen, 2018, s.380). Det betyr ikke at alle mennesker blir avhengig. Biologiske, psykologiske og sosiale forhold spiller inn på hvor utsatt hver enkelt er for effektene og avhengighet til rusmidlene. Til tross for omfattende forskning, viser lite til at alle rusmiddelavhengige er samme mennesketype. Rusmiddelavhengige finnes i alle samfunnsklasser, etnisiteter, religioner og bakgrunner (Skorderud, 2010, referert i Håkonsen 2018, s.380).

2.1.1 Rusmidler og rus

Rusmidler er stoffer som kan påvirke bevisstheten. Samlebetegnelsen som anvendes på stoffene er «psykoaktive stoffer». Eksempler på psykoaktive stoffer er hasj, ecstasy, alkohol,

hallusinogener og medikamenter. I det meste av menneskets historie, er rusmidler blitt brukt (Håkonsen, 2018, s.378).

Rus defineres som «[...] en generell tilstand av eufori (oppstemthet), [...] For ikke å bli misforstått er det mange som gjør seg stor flid med å bruke begrepet rusmiddel når det er bruken og virkningene av kjemiske stoffer» (Nesvåg, 2018, s.22).

Rusmidler kan administreres på flere måter. De psykoaktive stoffene distribueres i kroppen gjennom blodstrømmen. Derfor vil stoffer som heroin, som injiseres i blodårene, virke raskere og sterkere enn eksempelvis tablett (Håkonsen, 2018, s.379).

2.1.2 Opioider

Opioider defineres av Lars Slørdal (2018a) som «alle smertestillende midler som har samme virkningsmekanisme som morfin». Opprinnelig var midlene fremstilt ved hjelp av opiumplanten, men det er i nyere tid også fremstilt syntetisk. Eksempler på opiater fremstilt ved hjelp av opiumsplanten er morfin, kodein og opium, mens eksempler på syntetisk fremstilte opioider er heroin og metadon.

Opioider har blitt brukt som både rusmidler og medisin i over 5000 år (Slørdal, 2018a, s.330; Håkonsen, 2018, s.386). Av nevnte opioider er det heroin som er mest avhengighetsskapende. Dette fordi det tas opp fortere og dermed gir raskere følelse av rus. I vår del av verden er heroin også det mest brukte opioidet (Håkonsen, 2018, s.386).

2.1.3 Abstinenser

Abstinens er begrepet brukt på en tilstand som oppstår når mengden inntatt stoff reduseres kraftig eller fjernes helt. Symptomer på abstinens kan blant annet være motorisk uro, skjelving, persepsjonsforstyrrelse, aggresjon, angst, kramper eller søvnforstyrrelser. Personer med abstinenser vil ofte oppleve en trang til å innta mer av et stoff, for å stoppe plagene (Håkonsen, 2018, s.390 : Slørdal, 2018b, s.363). Den rusmiddelavhengige trenger å få sitt basale behov for opioider dekket for å unngå abstinens, men grunndosen er ofte ukjent (Skoglund & Biong, 2020, s.187).

2.1.4 Toleranse

Dersom man bruker rusmidler over tid, vil kroppen utvikle toleranse for rusmiddelets virkning. Dette innebærer at større mengder av stoffet må inntas for å få samme virkning. Toleranseutvikling avhenger av mengden stoff og hvor ofte man bruker det (Håkonsen, 2018, s.388).

2.2 Smerter

2.2.1 Hva er smerter?

Smerte fikk i 2020 en ny definisjon: “en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade, eller beskrevet som slik skade» (Hærnes, 2020). Jappe og Nielsen (2017) sier at smerte er en subjektiv opplevelse, og at det bør tilstrebes å inkludere pasienten i smertekartleggingen. På tross av dette, finnes det objektive tegn sykepleier kan observere for å vurdere om en pasient er smertepreget. Økt blodtrykk og puls kan være indikasjoner på smerter (Jappe & Nielsen, 2017, s.103).

Pasienten er den beste kilden for å bedømme smerte. Gjennom samtale med pasienten avklares smertens lokasjon, intensitet, og smertenes kvaliteter. Pasientens smerteerfaringer, deres opplevelse av smertene, samt eventuell nåværende bruk av smertestillende, avdekkes også gjerne gjennom samtale med pasienten. Dersom pasienten har dårlige erfaringer med smertelindring, er mulighetene store for at smertene oppleves verre (Skouenborg, 2017, s.224).

2.2.2 Smertelindring

Smertelindring har som mål at den sensoriske og emosjonelle opplevelsen av smerter skal opphøre. Smerteopplevelsen virker negativt inn på resten av et behandlingsforløp, ved å hindre blant annet god søvn og appetitt (Skouenborg, 2017, s.224).

Rusmiddelavhengige pasienter kan være utsatt for inadekvat smertelindring, da det er en misoppfatning at pasientgruppen ofte lyver på seg smerter for å få rusmidler. Det er derfor essensielt at helsepersonell er oppmerksomme på tilstedeværelsen av smertesymptomer, og eventuelle medfølgende stressymptomer. For å kartlegge pasientens smerter finnes flere verktøy helsepersonell kan bruke (Skoglund & Biong, 2020, s.186). Blant disse finnes Wong-

Baker Ansiktsskala (Skouenborg, 2017, s.225) og NRS-skalaen (Danielsen, et al, 2020, s.391).

Å smertelindre rusmiddelavhengige pasienter kan være utfordrende da det finnes lite fagkunnskap på området. Flere sykehus utarbeider derfor egne retningslinjer for hvordan smertebehandle rusmiddelavhengige. Retningslinjene er implementert fordi rusmiddelavhengige ofte underbehandles for smerter ved sykehusinnleggelse. Dette bygger videre på toleranse, som fører til at pasientgruppen kan trenge høyere doser av smertestillende legemidler for å oppnå effekt.

Frykten for å overmedisinere bør ikke hindre adekvat smertelindring. Målet med innleggelse på somatisk avdeling er sjeldent avrusning for den rusmiddelavhengige, men heller å sørge for at pasienten er smertelindret. Inadekvat smertelindring kan føre til at pasienten forlater avdelingen før avsluttet behandling, som igjen kan føre til reinnleggelse på et senere tidspunkt. Derfor er det avgjørende at behandlingsplanen utformes av helsepersonell med tilstrekkelig kompetanse, som gjerne innebærer et tverrfaglig samarbeid (Skoglund & Biong, 2020, s.187).

2.3 Joyce Travelbee

Tradisjonelt sett fokuserer sykepleieteorier på sykepleie som en samhandlingsprosess, og har som mål å oppnå forståelse via analyse av kommunikasjon mellom sykepleier, pasient og pårørende (Eide & Eide, 2017, s.359). Joyce Travelbee utviklet menneske-til-menneske-teorien, som vektlegger interaksjonen og relasjonen mellom pasient og sykepleier. Dersom et menneske-til-menneske-forhold er konstruktivt, vil pasientens behov bli ivaretatt og det blir en positiv opplevelse, noe en interaksjon i seg selv ikke alltid kan garantere (Travelbee, 1999, s.173). Travelbees modell for relasjonsutvikling mellom sykepleier og pasient består av fem stadier. Disse er det innledende møtet, fremvekst av identiteter, empati, sympati og medfølelse, og gjensidig forståelse og kontakt (Eide & Eide, 2017, s.359). I det følgende beskrives hvert punkt for seg.

Det innledende møtet

Ved første møtet vil både pasient og sykepleier observere, vurdere og trekke slutninger om hverandre (Eide & Eide, 2017, s.367). Dette kan medføre følelsesmessige reaksjoner, som vil

farge førsteinntrykket partene har av hverandre. Førsteintrykket kan være misledende fordi det ofte baseres på tidligere erfaringer med lignende situasjoner. På bakgrunn av dette kan det være vanlig at både sykepleier og pasient plasserer hverandre innenfor stereotyper, som ikke vil brytes før partene klarer å se hverandre som enkeltindivider. Sykepleiers oppgave i det første møtet er å bryte med stereotyper og fordommer, for å kunne se mennesket bak sykdommen (Travelbee, 1999, s.186-187). Når fasen er vellykket går man videre til neste (Eide & Eide, 2017, s.367).

Fremvekst av identiteter

I denne fasen ser pasient og sykepleier hverandre mer som individer fremfor stereotyper, og blir mer knyttet til hverandre. Dette gjøres ved å utveksle egne tanker og følelser med den andre, og i prosessen danne et bilde av motpartens personlighet (Travelbee, 1999, s.188). Sykepleiers oppgave er å være selvbevisst nok til å bemerke seg hvordan man oppfatter pasienten. Deretter hvorvidt man er i stand til å skille pasienten fra eksisterende forventninger tilknyttet stereotyper og holdninger. Utfordringer kan oppstå dersom sykepleier ikke evner å skille mellom profesjonelle og personlige tanker, forventninger og følelser rundt pasienten (Eide & Eide, 2017, s.367). Arbeidet i denne fasen legger grunnlaget for evnen til empati (Travelbee, 1999, s.188).

Empati

Travelbee (1999, s.193) definerer empati som «Evnen til å gå inn i, eller ta del i og forstå, et annet individs psykologiske tilstand». Videre påpekte hun at det å ta del i andres psykologiske tilstand ikke nødvendigvis betyr å tenke eller føle som den andre, men å kunne stå utenfor og likevel dele – uten et kaldt og objektivt utgangspunkt. For å kunne forstå en pasient og forutsi deres reaksjonsmønster, er empati en forutsetning (Eide & Eide, 2017, s.367-368). Dersom empati er oppnådd, vil det være til stede i all videre sykepleie til pasienten (Travelbee, 1999, s.194).

Sympati og medfølelse

Sympati og medfølelse bygger videre på empati, ved at partene har et grunnleggende ønske om å lindre den andres plager (Travelbee, 1999, s.200). Sympati ble definert av Travelbee som «en holdning eller innstilling, en måte å føle og tenke på som kommuniseres til pasienten, en holdning av dyp personlig omtanke og interesse». Sympati utspiller seg som et ønske om å hjelpe pasienten, ikke fordi det er en sykepleieplikt, men fordi sykepleier evner å

se personen bak sykdommen (Eide & Eide, 2017, s.368). Sykepleiers viktigste oppgave i denne fasen, er å gjøre om medfølelsen til konstruktive handlinger som avler god sykepleie. Dette krever at sykepleier er i stand til å bruke seg selv terapeutisk, samt har en kunnskapsbasert tilnæringsmåte. For å dekke sykepleiebehovet er dette essensielt, da sympati og medfølelse ikke er nok i seg selv. Videre forutsetter det at sykepleier har tilstrekkelig kompetanse om hvordan hjelpe den syke, samt kunnskaper om hvordan anvende sykepleieprosessen (Travelbee, 1999, s.210).

Gjensidig forståelse og kontakt

Gjensidig forståelse og kontakt er den femte og siste fasen i menneske-til-menneske-teorien, og er et resultat av de fire tidligere fasene; sykepleier og pasient har utviklet en relasjon og gjensidig forståelse av hverandre, noe Travelbee anså som grunnlaget for god sykepleie. Ved å gå gjennom teoriens fem stadier, er menneske-til-menneske-forholdet oppnådd (Eide & Eide, 2017, s.368). Denne fasen er dermed målet for enhver relasjon mellom pasient og sykepleier (Travelbee, 1999, s.211).

2.4 Sykepleiers funksjon- og ansvarsområde

Sykepleiere har faglige ansvar og funksjoner, som dikterer hvordan ivaretagelse av og tilnærming til pasienten skal foregå. Kvaliteten på sykepleien påvirkes av sykepleiers evne til å overholde dette. Sykepleiers funksjoner er mange, men de mest relevante for problemstillingen er den behandlende, lindrende og samarbeidende funksjonen. I alle sykepleierfunksjonene benyttes sykepleieprosessen som metode, og den mellommenneskelige delen av sykepleieprosessen er spesielt viktig (Nortvedt & Grønseth, 2020, s.22).

Sykepleieprosessen er en internasjonalt anvendt prosess for alle sykepleiere som har vært i bruk siden 1950-tallet og består av fem faser: datasamling, sykepleiediagnoser, mål, tiltak og evaluering av tiltakene (Ehnfors, et al, 2015, s.15). Sykepleieprosessen er en dynamisk modell. Det vil si at det er mulig man må gå frem og tilbake mellom faser for å sikre best mulig sykepleie (Ehnfors, et al, 2015, s.17).

Sykepleiers behandlende funksjon bærer preg av sykepleieprosessen, og vil i klinikken være et av sykepleiers tydeligste ansvarsområder. Det er sykepleiers ansvar å drive datasamling, vurdere, planlegge, gjennomføre, evaluere og dokumentere gitt sykepleie. Sykepleiers

oppgaver under den behandlende funksjonen innebærer å assistere under medisinsk utredning og behandling i samarbeid med leger, samt å dokumentere effekt, eller eventuell mangel på effekt, under behandlingen. De overnevnte funksjonene er vesentlig å overholde, for å sikre et godt behandlingsforløp til pasienten. (Nordtvedt & Grønseth, 2020, s.22).

Målet med sykepleiers lindrende funksjon er å redusere mulige belastninger på pasienten. Innunder dette går både fysiske, sosiale og psykiske belastninger pasienten kan ha, derfor er det viktig at denne funksjonen står sentralt i all omsorg. Smertelindring inngår i denne funksjonen. Lindring inkluderer også å gi pasienten rom for å uttrykke hvordan deres sykdom og behandling påvirker pasientens evne til å leve livet fullt ut. (Nordtvedt & Grønseth, 2020, s.23).

For å kunne utføre faglig forsvarlig sykepleie, er det et krav til sykepleiers kompetanse om hvordan sykdom virker inn på pasientens liv. Det er sykepleiers oppgave å sørge for at pasienten til enhver tid blir fulgt opp av helsepersonell med tilstrekkelig kompetanse innenfor feltet, og i den forbindelse innhente kvalifisert personell der dette er nødvendig (Flovik & Rokseth, 2016, s.284). Disse oppgavene rommer sykepleiers samarbeidende funksjon (Nordtvedt & Grønseth, 2020, s.23).

2.5 Sentrale perspektiver i møte med den rusmiddelavhengige pasienten

Handlinger, kunnskap og holdninger henger sammen og påvirker handlingsvalg (Li, et al, 2012).

2.5.1 Holdninger

«En forberedthet til å reagere positivt eller negativt overfor en person, et objekt eller en hendelse. En holdning består av en kognitiv komponent (oppfatning, tro eller mening), en affektiv komponent (positiv eller negativ emosjonell oppfatning) og en atferdsmessig komponent (en disposisjon til å handle)» (Håkonsen, 2018, s.429).

Alle mennesker vil bevisst eller ubevisst dømme de man møter. Ofte dømmes det basert på egen atferd, og hvorvidt den du møter avviker fra den. Sykepleiere bør derfor gjøre seg bevisst sin egen bedømming, fremfor å fokusere på ikke-dømmende holdninger. Det er kun på

denne måten man kan gjøre seg oppmerksom hvordan egne holdninger kan påvirke' den man møter, og deretter forhindre negative innvirkninger (Travelbee, 1999, s.198).

2.5.2 Fordommer og stigma

Rusmiddelavhengige er en pasientgruppe som stadig stigmatiseres i helsetjenesten. (Ververda, et al, 2018). Stigma er når et individ blir diskvalifisert fra å bli sosialt akseptert på linje med andre, på bakgrunn av kjennetegn eller egenskaper. Personen utsatt for stigma vil få en annen sosial identitet enn de normalt ville fått fordi egenskapene personen har, blir sett bort fra. Dette fører til diskriminering, som vil begrense mulighetene personen har for utfoldelse (Ingstad, 2013, s.129).

Et annet begrep som ligger tett opp mot stigma, er fordom. Det er ikke utenkelig at en stigmatisert gruppe mennesker også har fordommer mot seg. Håkonsen (2018) har tre ulike definisjoner på fordommer, hvorav to er relevante for rusmiddelavhengige. Disse to er:

- «En negativ holdning til grupper av personer med spesielle kjennetegn som antas å gjelde for alle mennesker i denne kategorien» (Håkonsen, 2018, s.427).
- «En manglende evne til å oppfatte en person som et individ med individuelle egenskaper, og som derfor fører til at personen oppfattes og behandles på grunnlag av stereotype oppfatninger om den gruppen personen tilhører» (Håkonsen, 2018, s.427).

2.5.3 Tillit

«The optimistic acceptance of a vulnerable situation in which the trustor believes the trustee will take care for the trusters interests» (Hall, et al., 2001), er definisjonen Ytrehus (2020) har brukt på tillit. For å etablere tillit mellom pasient og helsepersonell kreves en god relasjon mellom partene. Det vil være lettere for pasienten å akseptere behovet for hjelp og behandling, samt at helsepersonell er ekspertene på området, dersom tillit er etablert. Derimot vil manglende tillit hindre at pasienten oppsøker og tar imot nødvendig hjelp. En stor gruppe av rusmiddelavhengige er bostedsløse, og er dermed i risiko for å ha mistillit til tjenesteapparatet grunnet tidligere dårlige erfaringer (Ytrehus, 2020, s.240).

2.6 Lovverk og etikk

I dette avsnittet presenteres et utvalg juridiske og etiske perspektiver relevant for denne oppgaven, som medvirkning, informasjon, krav om forsvarlig yrkesutøvelse, etikk og rusreformen.

Medvirkning

Gode resultater i behandling og pleie krever godt samarbeid mellom pasient og sykepleier. Det legges derfor vekt på at pasienten skal motta informasjon om behandlingen, for å kunne ha mulighet til å være mer delaktig og konstruktiv til egen helsehjelp. For å oppnå det gode samarbeidet krever det at begge parter er åpne og villige til å ha en god dialog. Det er sykepleier som sitter med det faglige ansvaret for dette. Pasientmedvirkning bygger på de etiske grunnprinsippene om respekt for autonomi og integritet (Molven, 2019, s.172). Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-1) sier at pasienten har rett til medvirkning i egne helse- og omsorgstjenester. Det er pasienten som velger hvor involvert vedkommende ønsker å være i behandlingen sin, og sykepleier er pliktet til å sørge for at muligheten for brukermedvirkning overholdes. Sykepleier kan derfor ikke nekte å hjelpe på bakgrunn av at pasienten ikke samarbeider (Molven, 2019, s.173).

Informasjon

Fordi pasienten ofte mangler kunnskap om behandling av sin helsetilstand, er behovet for informasjon stort. Behovet er gjerne større for pasienter innlagt på sykehus, da undersøkelser og prosedyrer kan være fremmede og oppleves inngripende. Pasienten vet sjeldent hva formålet med de ulike prosedyrene er, og trenger å bli opplyst om dette (Molven, 2019, s.175). Lovverket sier at pasienten «skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Retten til informasjon foreligger selv om pasienten ikke etterspør den. Pasienten har rett på svar på spørsmål, så lenge de er relevante (Molven, 2019, s.175). Pasienten har også rett til å reservere seg fra å få informasjon, jf. Pasient og brukerrettighetsloven (1999), §3-2, andre ledd.

Krav om forsvarlig yrkesutøvelse

Kravet om faglig forsvarlighet i yrkesutøvelsen er ankret i lovverket, og bygger på det etiske ikke-skade-prinsippet (Molven, 2019, s.138). I Helsepersonelloven (1999) §4 står det at «Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og

omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig». Dette omfatter at hjelpen som gis skal være forsvarlig, samt omsorgsfull. Sykepleiers mål er derfor å dekke pasientens grunnleggende og situasjonsbestemte behov. Hjelpen sykepleier gir skal baseres på kunnskap og vitenskap om hva pasientens behov kan være, og hva som skal til for å nå de satte behandlingsmålene. Den skal også gis på en måte som gjør at pasienten opplever sykepleier som oppmerksom og kjærlig. Omsorgsfull helsehjelp vil dermed si at man gjør handlingsvalg ut fra etikk- og verdivurderinger (Molven, 2019, s.139).

Etikk

I sykepleiers yrkespraksis oppstår det til stadighet dilemmaer, hvor det må tas vanskelige valg. Etikk har alltid stått sentralt i en sykepleiers yrkesliv, og på bakgrunn av dette skrev Norsk Sykepleierforbund ned yrkesetiske retningslinjer i 1983, som sist ble revidert i 2016. Disse retningslinjene bygger på prinsipper i menneskerettighetserklæringen. Yrkesetiske retningslinjer er et felles verktøy for sykepleiere, og brukes til å skille mellom gode og mindre gode beslutninger (Molven, 2019, s.71-72). Retningslinjene er delt inn i seks kategorier, men de mest relevante for denne oppgaven er sykepleieren og pasienten, og sykepleier og arbeidsstedet (Norsk Sykepleierforbund, u.å.).

Det er relevant for denne oppgaven å også inkludere de tre etiske prinsippene: autonomi, velgjørighet og rettferdighet (Molven, 2019, s.68). Autonomiprinsippet innebærer at alle mennesker har rett til selvbestemmelse og respekt. Velgjørhetsprinsippet bunner i at sykepleier skal forebygge eller fjerne skade, for eksempel ved smertelindring. Rettferdighetsprinsippet omfavner at mennesker i like situasjon skal behandles likt (Molven, 2019, s.70-71).

Rusreformen

I 2003 ble ansvaret for omsorg av rusmiddelavhengige flyttet til spesialisthelsetjenesten, ved den første rusreformen (NOU 2019:26, s.61). Dette var for å sikre et jevnere behandlingstilbud til rusmiddelavhengige. Rusreformen var et vendepunkt for rusmiddelavhengige, fordi de ble underlagt Pasient- og brukerrettighetsloven, som dermed ga pasientgruppen rettigheter på lik linje med andre pasienter ved at rusmiddelavhengighet ble anerkjent som sykdom. Forståelsen av rus har endret seg siden 1960-årene, men behovet for ytterligere endring er klart. Derfor skal den nye rusreformen tas opp igjen. Slik som det er i

dag, blir ønsket om å hjelpe og loven om å straffe direkte motsigende. Både WHO, FN m.fl. har støttet oppunder avkriminaliseringen av besittelse og bruk av rusmidler. Bakgrunnen for dette er fordi straffelegging av besittelse og bruk kan hemme retten til helse (NOU 2019:26, s.70).

3 Metode

I dette kapittelet vil det gjøres rede for den anvendte metoden for oppgaven, fremvisning av litteratursøkene som endte i den valgte forskningen. Til slutt vil kildekritikken presenteres, samt etiske vurderinger gjort i utformingen av oppgaven.

3.1 Anvendt Metode

Bacheloroppgaven er utformet som en litterær oppgave, og metoden brukt i oppgaven er litteratursøk. En litterær oppgave vil si at man bruker allerede eksisterende kunnskap, som teori, forskning og fagkunnskap (Dalland, 2014).

I søket etter relevant litteratur tok vi utgangspunkt i pensum fra grunnutdanningen, gikk igjennom de ulike bøkens stikkordsregister og så etter rus, rusavhengig, avhengighet og opioider. Vi merket oss også andre relevante stikkord slik som smerter, smertelindring, etikk, stigma og holdninger. Deretter leste vi igjennom den innhentede teorien og avgjorde hva som var relevant i forhold til vår problemstilling.

3.2 Søkehistorikk

Litteratursøket har foregått over lengre tid. Det første søket ble utført i den hensikt å undersøke hvorvidt det var grunnlag for å skrive om problemstillingen. Søkemotoren på det tidspunktet var Google Scholar, men antall treff indikerte at valg av søkemotor ikke var riktig for typen søk som skulle gjøres. På tross av dette ble det likevel funnet gode, fagfellevurderte artikler. Artikkelen ble senere søkt opp i PubMed og CINAHL, for å sikre at man enkelt kunne finne de med relevante søkeord.

På søken etter norske artikler for å gjøre resultatene overførbare, ble SveMed+ benyttet. Ved å ta inspirasjon fra litteraturlisten til tidligere bacheloroppgaver med lignende tematikk ble den siste artikkelen funnet. Det ble også utført et reversert søk i SveMed+, for å sikre at artikkelen fremdeles var tilgjengelig. I tabellen nedenfor vises de ulike søkene, og de valgte artiklene som resultat. Senere er Sykepleien.no brukt for å finne supplerende litteratur, som fagartikler.

Søkedato	Søkeord/søkekombinasjoner	Databaser	Antall treff	Valgte artikler
23.03.2022	Attitude of health personnel, nursing care, substance disorder	PubMed	151	<i>Challenges in nursing practice: Nurses' perceptions in caring for hospitalized medical-surgical patients with substance abuse/dependence</i>
21.12.2021	Pain management, drug users, hospitalization	SveMed+	1	<i>Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus</i>
25.03.2022	Nurse attitudes AND pain AND Substance use disorder	CINAHL	10	<i>Nursing attitudes toward patients with substance use disorders in pain</i>
07.01.2022	Pain management, Norway, Substance related disorders	SveMed+	1	<i>Smerteteam kan være god støtte for helsepersonell ved smertelindring til rusavhengige</i>

3.3 Inklusjon/Eksklusjonskriterier

For at forskningen anvendt i oppgaven ikke skulle være utdatert, ble søket begrenset til artikler publisert i 2012 eller senere. Andre avgrensninger som ble gjort, var at artiklene måtte være på norsk eller engelsk.

3.4 Kildekritikk

Denne oppgaven tar for seg fire forskningsartikler hvorav tre har benyttet kvalitativ metode og én har benyttet kvantitativ metode. Ved å kombinere de to metodene, vil forskningen utfylle hverandres svake punkter. Dette fordi studiene med ulike metoder ga like resultater, som gir resultatene troverdighet (Thidemann, 2020, s.77).

De valgte forskningsartiklene er mellom 3-10 år gamle. Årsaken til valget om å bruke noe eldre studier er fordi det finnes svært lite forskning på området, spesielt i Norge. Studiene vurderes likevel som aktuelle, da problemstilling og resultater fra alle studiene samsvarer.

Ved innhenting av relevant litteratur er det benyttet pensumlitteratur, nyere faglitteratur, samt litteratur fra skolens bibliotek. Videre er det også tatt inspirasjon fra litteraturlisten til tidligere bacheloroppgaver med lik tematikk, for å finne supplerende litteratur. På tross av at litteratur som Travelbee (1999) er ansett som gammel, er den fremdeles relevant, ettersom det var henvist til denne boken i pensumlitteraturen. Et annet argument for bruk av denne er også ønsket om å bruke primærkilden.

3.5 Etiske vurderinger

Oppgaven er utformet etter skolens retningslinjer for oppgaveskriving, og god kildehenvisningsskikk er anvendt jf. APA 7. Ved gjengivelse av praksiserfaringer er konfidensialiteten ivaretatt. Ingen institusjoner er navngitt, og pasienten er omtalt på en anonymisert, respektfull og verdig måte.

To av forskningsartiklene benyttet i oppgaven er skrevet på engelsk. Det er oversatt etter beste evne, men det tas høyde for at noe kan være tolket feil. Ved å ha funnet norske artikler som gir like resultater, underbygger dette at det er kongruens mellom de norske og amerikanske resultatene, som gjør de overførbare til norsk helsevesen.

4 Presentasjon av forskningsresultater

4.1 Hovedresultater

Hovedresultatene i alle de fire studiene er stort sett like. Ønsket om kompetanseheving, tillitsutfordringer mellom pasient og sykepleier, samt at holdningene sykepleier har spiller en rolle i hvordan pasienten blir behandlet og lindret, er gjennomgående.

4.2 Artikkelmatrise

Nr.	Forfatter/ År	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Morgan, B. D. (2014)	Nursing attitudes towards patients with substance abuse disorders in pain.	Pain management nursing 15(1)	Å identifisere og utforske sykepleiers holdninger mot sykehusinnlagte, smertepregede pasienter med rusmiddelavhengighet, for å utvide kunnskapen rundt sykepleiers holdninger, interaksjoner med smertepregede rusmiddelavhengige pasienter, og genere teori som bidrar til økt forståelse rundt problemet.	Kvalitativ forskningsmetode - intervju av sykepleiere på sykehus, semistrukturert intervjuguide. Grounded theory.	Det ble utarbeidet en modell, basert på svarene i intervjuene, for hvordan smertelindrende rusmiddelavhengige pasienter på best mulig måte. Modellen har behov for testing på ulike kliniske områder og i flere kontekster. Sykepleier trenger mer kunnskap og utdanning om rusmiddelavhengighet og smertelindring. Det er kritisk at sykepleier er klar over at stigma rundt rusmiddelavhengige kan påvirke kvaliteten på pleien de får, men dette blir ikke snakket nok om i helseforetakene.
2	Neville, K. & Rian, N. (2014)	Challenges in nursing practice: Nurses' perceptions in caring for hospitalized medical-surgical patients with substance abuse/dependence.	The Journal of Nursing Administration 44(6)	Å undersøke sykepleiers oppfatning av å pleie sykehusinnlagte medisinsk-kirurgiske pasienter med komorbide rusmiddelavhengigheter.	Kvalitativ studie	Dataanalysen avslørte en etisk plikt til å pleie, negative oppfatninger av pasienter med rusmiddelavhengighet, behov for videre utdanning, sympati og vansker med smertelindring. Det er vanskelig å gi kvalitetssikker sykepleie til medisinsk-kirurgiske rusmiddelavhengige pasienter innlagt på sykehus. Sykepleiere trenger mer kunnskap og kompetanse, samt profesjonell støtte i pleien de gir til disse pasientene.

3	Li, R., Undall, E., Andenæs, R. & Nåden, D. (2012)	Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus.	Sykepleien Forskning	Kartlegge hvilke kunnskaper, holdninger og handlinger helsepersonell har til smertepregede rusmiddelavhengige pasienter på norske sykehus.	Kvantitativ tverrsnittstudie	Kun 38% av respondentene oppga at pasientenes rusmisbruk ble kartlagt. Ca. halvparten fortalte at pasientene mottok opioidsubstitusjon for å forhindre abstinenser. Litt over halvparten oppga at smertekartleggingsverktøy aldri ble brukt, og kun omtrent 21% av sykepleierne fortalte at de trodde på pasientens smerter. Over halvparten av sykepleierne følte seg manipulert av de rusmiddelavhengige pasientene.
4	Govertsen. A. B., Aanensen, C. & Moi, E. B. (2019)	Smerteteam kan være god støtte for helsepersonell ved smertelindring til rusavhengige.	Sykepleien Forskning	Å synliggjøre spesialsykepleiers erfaringer fra smerteteam ved smertelindring av rusmiddelavhengige pasienter.	Kvalitativ studie, individuelle intervjuer	Smerteteam har fokus på den enkelte pasients smerte, og har dermed mer tid til direkte pasientkontakt. Dersom smerteteamet oppdager kompetansegap hos sykepleierne på avdeling, vil smerteteamet bistå med opplæring hvordan smertelindre en rusmiddelavhengig pasient, samt rusanalyse, smertekartlegging og tillitsetablering mellom pasient og sykepleier.

5 Diskusjon

Den valgte problemstillingen «Kan sykepleiers holdninger påvirke hvordan rusmiddelavhengige blir møtt og smertelindret ved sykehusinnleggelse?» vil diskuteres i lys av den presenterte fag- og forskningslitteraturen.

5.1 Stigma og fordommer mot rusmiddelavhengige, og sykepleiers holdninger

Rusmiddelavhengige er en gruppe mennesker som kan være utsatt for stigma og fordommer (Ververda, et al, 2018) også når de oppsøker medisinsk hjelp. Ingen regler er uten unntak. I samtale med beboer under psykiatripraksis, oppga beboeren å ha opplevd både god og dårlig behandling på sykehus. I beboerens tilfelle var det den gode, respektfulle behandlingen som var regelen, og stigmatisering, fordommer og dårlige holdninger var unntaket.

Ifølge Morgans (2014) studie, er det dokumentert at helsepersonell har negative holdninger til rusmiddelavhengige, og at det ikke er et nyoppstått problem. Problemet har blitt mindre siden 1960-årene, men det er tydelig at det fremdeles er reelt. Dette underbygges av initiativ som rusreformen, hvor hensikten er redusert stigmatisering av rusmiddelavhengige (Foreningen Tryggere Ruspolitikk, 2020).

I studiene gikk aldersspennet på deltakerne fra 20-61 år (Morgan, 2014 : Neville & Rian, 2012 : Li, et al, 2012 : Govertsen, et al, 2019). Forskningen viser at det ofte er de yngre sykepleierne som har gode holdninger overfor den rusmiddelavhengige, mens de eldre sykepleierne gjerne har dårligere holdninger til pasientgruppen. Hvorfor det er slik kan ha mange årsaker. På den ene siden belyses det i Travelbees (1999) første fase at pasient og sykepleier ofte danner et førsteinntrykk av hverandre, som kan baseres på lignende erfaringer med personer fra samme bakgrunn. Det kan tenkes at de eldre og erfarne sykepleierne kan være for farget av tidligere møter med andre rusmiddelavhengige pasienter til å overholde sin viktigste sykepleieroppgave – å bryte med stereotypene og fordommene. På den andre siden vil kanskje de yngre og mindre erfarne sykepleierne bedre evne å legge fordommer til side, for å skape en relasjon fri for stigma. Govertsen, et al (2019) belyser nettopp dette med lik behandling av alle pasienter, uansett bakgrunn. En av respondentene presiserte viktigheten av å ha samme tilnærming til rusmiddelavhengige pasienter som andre pasienter, og å unngå

stigmatisering, men praktisere grensesetting. Det er vesentlig å huske at alle pasienter skal behandles likt og med verdighet og respekt (Molven, 2019).

Videre viser studien gjort av Morgan (2014) at sykepleiere er en av yrkesgruppene på sykehuset som har dårligst holdninger til rusmiddelavhengige. Dette kan mulig begrunnes med at noen sykepleiere mener at rusmiddelavhengighet er selvforskyldt, og at pasientene dermed ikke fortjener behandling (Neville & Rian, 2014). I studien til Li, et al (2012), viste resultatene at over halvparten av respondentene ikke anså avhengighet som en sykdom, på tross av at den første rusreformen ga ruslidelse rett til helsehjelp på lik linje som annen sykdom (NOU 2019:26). Dette underbygger at rusmiddelavhengige har krav på like god behandling som andre pasienter (Govertsen, et al, 2019) noe Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §2-1b) konstaterer. På den ene siden kan det være en svakhet i resultatene at flertallet av de valgte studiene er kvalitative og dermed har få respondenter. På den andre siden gjennomførte Li, et al (2012) en kvantitativ tverrsnittstudie med flere respondenter, med samme resultater. Dette argumenterer for at resultatene er troverdige.

Artikkelen til Morgan (2014) nevnte også en faktor som påvirket holdningene sykepleiere har til pasientgruppen i relativt stor grad; at i situasjoner der pasienten ble omtalt som rusmisbruker, ble pleien dårligere enn i situasjoner der pasienten ble omtalt som rusmiddelavhengig. Dette er trolig fordi misbruk gir negative konnotasjoner, mens avhengighet vekker sympati. I samtale med beboer i praksis ble også dette poenget underbygget. Beboer fortalte at å høre seg selv bli omtalt som «rusmisbruker» føltes feil og skittent, fordi beboer ikke misbruker opioider, men er avhengig av dem for å fungere. Dermed opplevde beboer at rusmiddelavhengig føltes riktigst og mest respektfullt ut av de to.

I Morgans (2014) studie kommer det frem at helsepersonell ofte kan stigmatisere de rusmiddelavhengige uten å selv være klar over det. Helsepersonell avviser til tider rusmiddelavhengige pasienter på bakgrunn av at de ofte kan ha kroniske smerter som er vanskelige å behandle, men også fordi pasientene kan ha tendenser til å oppføre seg på en måte som signaliserer at de ikke er interessert i å ta imot hjelp (Morgan, 2014). Videre kommer det frem at dersom pasienten er aggressiv og kjefter, oppga enkelte deltakere at kvaliteten på sykepleien ville avta.

Negative og forutinntatte holdninger kan ha svært dårlig innvirkning på pasienten, det mellommenneskelige forholdet mellom pasient og sykepleier, samt behandlingen sykepleier gir (Travelbee, 1999, s.212-213). Dette støttes opp i Morgans (2014) studie, der noen av deltakerne innrømte at holdningen de har til pasienten påvirker behandlingen de er villige å gi. I Li, et al (2012) sin studie konkluderes det med at negative holdninger bidrar til dårligere behandling. For å sikre god behandling og mellommenneskelig relasjon mellom pasient og sykepleier, er moralsk varsomhet viktig (Govertsen, et al, 2019). Dermed kan det være vesentlig at sykepleier klarer å legge til side personlige tanker om pasienten, og ser vedkommende som et særegent individ. På denne måten vil menneske-til-menneske forholdet mellom pasient og sykepleier utvikle seg, og medføre empati (Travelbee, 1999).

På tross av mye negativt fra både pasient og sykepleiers side, var smerteteamets opplevelser av arbeidet med pasientgruppen overveiende positive (Govertsen, et al, 2019). Etter implementering av retningslinjer ble kvaliteten på behandlingen og respekten overfor den rusmiddelavhengige pasienten betraktelig bedre. Govertsen, et al (2019) konkluderer derfor med at retningslinjer er av essensiell betydning for adekvat smertelindring.

5.2 Sykepleiers tillit til den rusmiddelavhengiges smerteformidling

Personer har ulik smerteterskel og opplevelse av smerter. Godt samarbeid mellom helsepersonell og pasient er dermed essensielt når det kommer til smertelindring. God smertelindring kan kun skje dersom det er tillit mellom pasient og sykepleier (Skoglund & Biong, 2020, s.186).

Med utgangspunkt i de 4 studiene, er det mye som tyder på at rusmiddelavhengige er en pasientgruppe som stadig blir vist mistillit ved sykehusinnleggelse. Dette kan forsøkes forklart med at pasientgruppens avhengighet er sentrert rundt legemidler sykehusene bruker mye i smertelindring – opioider. For helsepersonell kan det være lett å trekke konklusjoner om at den rusmiddelavhengige kun oppsøker sykehuset for å få opioider, ikke fordi vedkommende har behov for smertelindring. Dersom man ser på Travelbees menneske-til-menneske-teori er det vanlig at man i første fase av relasjonsbyggingen får feil førsteinntrykk av hverandre, fordi førsteinntrykket baseres på stereotyper rundt personer med samme bakgrunn. Likevel står det også at det er sykepleiers rolle å bryte disse stereotypene for å kunne se mennesket i pasienten (Travelbee, 1999). Dette underbygges også med forskning, da

det kom frem i Govertsen, et al (2019) sin studie at det å kunne «nullstille» seg før møtet med pasienten, og å vise oppriktig interesse var vesentlig for å skape tillit og oppnå god smertelindring.

Det kommer frem i flere av forskningsartiklene at sykepleiere ikke tror på smerterapporteringen til rusmiddelavhengige. Dette samsvarer med forskningsartiklenes funn om at den rusmiddelavhengige ikke føler seg hørt. For å kunne etterleve velgjørhetsprinsippet (Molven, 2019) må tillit mellom pasient og sykepleier ligge til grunn for god kommunikasjon som videre gir grunnlaget for utøvelse av helhetlig og god sykepleie (Govertsen et al, 2019). I studien til Li, et al (2012) kommer det frem at rusmiddelavhengige ikke våger å si ifra om smertene sine i frykt for å virke rusoppsøkende. Ved at pasienten etablerer tillit til sykepleiere, vil kanskje den rusmiddelavhengige tørre å formidle sin smerteopplevelse, og dermed trolig ikke ruse seg i skjul. (Li, et al, 2012). Dette underbygges blant annet i Govertsen, et al (2019) sin studie om smerteteam; noen deltakere fortalte at de opplevde den rusmiddelavhengige pasienten som rolig og mer samarbeidsvillig når det ble satt av tid, og vist respekt og tillit til deres smerteopplevelse.

Flere av forskningsartiklene belyser helsepersonellens opplevelse av, eller frykten for, manipulasjon av pasientgruppen. I Li, et al (2012) kommer det frem at ca. 56% av sykepleierne i studien følte seg manipulert av rusmiddelavhengige pasienter og videre 21% trodde ikke på pasientens smerteformidling. Tendenser av det samme går igjen i Morgan (2014) sin studie, hvor det kommer frem at enkelte av sykepleierne ikke trodde at rusmiddelavhengige kunne kjenne smerte. Likevel er det sentralt å huske på at smerter er en subjektiv opplevelse, og at bare pasienten vet hvordan deres smerter er. Samtidig er det også kjent at det finnes rusmiddelavhengige pasienter som snakker usant, er veltalende og manipulerer helsepersonell for å få mer rusmidler fra sykehuset, noe deltakere i Govertsen, et al (2019) erfarte. På bakgrunn av dette kan det være forståelig at sykepleiere har vanskeligheter for å tro på rusmiddelavhengige pasienter når de forteller at de har sterke smerter.

5.3 utfordringer rundt adekvat smertelindring

Med utgangspunkt i studien til Morgan (2014), kommer det frem at utfordringer relatert til smertelindring av rusmiddelavhengige er svært utbredt. Forskning viser at pasientgruppen ikke får adekvat smertelindring, som de har krav på (Govertsen, et al, 2019)

En utfordring på den mer kliniske siden kan være at personer med rusmiddelavhengighet bruker rusmidler som eksempelvis heroin, som kan administreres både ved injeksjon og ved røyking. Langvarig benyttelse av injisering kan resultere i at blodårene blir ødelagte, bortimot usynlige, dårlige og/eller smertefulle. Dette kan føre til utfordringer vedrørende intravenøs behandling, om sykepleier ikke får lagt inn PVK for administrasjon av smertestillende. I tillegg er rusmiddelavhengige kanskje den pasientgruppen som skyr nåler mest. Dette vil by på en ny utfordring dersom sykepleier bruker mange forsøk for å finne en brukbar vene, som igjen kan føre til mistillit fra den rusmiddelavhengige pasienten (Skouenborg, 2017, s.224).

Man møter på en problemstilling under smertelindring til rusmiddelavhengige som sjeldent er aktuell hos den gjennomsnittlige pasienten. Da denne pasientgruppen regelmessig bruker opioidpreparater, vil deres toleranse for dette ofte være forhøyet. Morfin er et slikt preparat. I studien til Morgan (2014) forteller en deltaker om et tilfelle hvor en pasient var i store smerter, og ikke hadde noen synlig effekt av den høye dosen smertestillende som ble administrert. Sykepleier ble overrasket over at pasienten ikke viste tegn til sløvhet og at enda høyere doser med smertestillende skulle til før smertebildet til pasienten endret seg. Likevel er det ikke sikkert dette hadde vært tilfelle for enhver rusmiddelavhengig pasient. Dette utdypes videre gjennom pensumlitteraturen, som sier at alle pasienter er ulike, dermed vil ikke alle rusmiddelavhengige reagere likt på samme behandling. Det er derfor viktig å gjøre en individuell vurdering hver gang (Håkonsen, 2018, s.379 : Skorderud, 2010, referert i Håkonsen, 2018, s.280). Forskningen underbygger dette, ved å vektlegge viktigheten av å gi alle rusmiddelavhengige pasienter en individuell behandlingsplan, som starter med en grundig kartlegging av både rusbruk og smerter (Govertsen, et al, 2019). Det kommer også frem at dette ikke alltid blir tatt høyde for, ved eksempelvis at ulike pasienter får lik dose med smertestillende (Li, et al, 2012).

Et annet relevant punkt som belyser utfordringer vedrørende korrekt smertelindring til rusmiddelavhengige pasienter, er abstinenser. Abstinenser, som forklart i kapittel 2.1.4, oppstår når mengden stoff inntatt reduseres kraftig eller stoppes. Når en pasient med

rusmiddelavhengighet blir lagt inn på sykehus reduseres trolig vedkommendes mulighet til å ruse seg like mye eller hyppig som de er vant til, og abstinenser vil sannsynligvis oppstå. Abstinenser og smerter kan arte seg i like symptomer, eksempelvis agitasjon og uro (Li, et al, 2012), derfor vil det være utfordrende å gi korrekt smertelindring dersom man ikke har behandlet abstinenssymptomene først. Studien til Li, et al (2014), viste at ca. 47% av respondentene hadde gitt substitusjonspreparater for å forhindre abstinenser. Dette gir en indikasjon på at omtrent halvparten av studiens deltakere var klar over viktigheten av å kunne skille abstinens og smertesymptomer fra hverandre for å kunne gi adekvat smertelindring.

5.4 Sykepleierkompetanse i behandling av rusmiddelavhengige

Sykepleierkompetanse i møte med rusmiddelavhengige er et gjennomgående tema i valgte forskningsartikler (Morgan, 2014 : Neville & Rian, 2014). Morgan (2014) poengterer at samtlige sykepleiere savnet mer undervisning om pleie til rusmiddelavhengige i grunnutdanningen, noe som samsvarer med valg av tema for denne oppgaven. I følge Travelbee (1999) må sykepleier ha tilstrekkelig kompetanse for å kunne utøve god sykepleie, samt skape en terapeutisk relasjon til pasienten. Dette utdypes videre igjennom teoriens fjerde fase som omhandler sympati og medfølelse. Viktige aspekter som ligger til grunn for denne fasen er at sykepleier må kjenne på et oppriktig ønske om å hjelpe pasienten, ikke kun kjenne på sykepleieplikten (Travelbee, 1999). I studien gjennomført av Morgan (2014) forteller en sykepleier hvor viktig det er å utvikle kompetanse innenfor den aktuelle pasientgruppen for å kunne gi pasienten best mulig behandling. Dette utdyper Li, et al (2012) ved å poengtere at kunnskap er en av de viktigste ressursene sykepleiere har. For å kunne etterleve Helsepersonelloven kapittel 2 §4 *Kravet om forsvarlig yrkesutøvelse (1999)* er det naturlig å tilegne seg kunnskap om rusmiddelavhengighet på samme måte som man ville lest seg opp på en spesifikk kreftsykdom dersom en pasient har dette (Morgan, 2014).

Som tidligere definert i kapittel 2.1.2 er avhengighet en sykdom. Dette kan se ut til å glemmes under behandling av rusmiddelavhengige. Både i Morgan (2014) og Neville & Rian (2012) sine studier er det sykepleiere som påpeker viktigheten av å huske på dette. Samtidig er det flere sykepleiere som mener at avhengigheten er selvforskyldt og at rusmiddelavhengige dermed ikke fortjener behandling (Neville & Rian, 2014). Et annet argument for dette er stadige reinnleggelser av de samme pasientene med de samme problemene, og sykepleierne i Neville & Rian (2014) sin studie rapporterer at dette oppleves som demotiverende.

I kapittel 5.2 ble sykepleiers tillit til den rusmiddelavhengiges smerteformidling diskutert, og trolig er deler av årsaken til at sykepleier tviler på pasientens smerteopplevelse, mangel på kompetanse. Forskning viser at pasienter med rusmiddelavhengighet er 2-6 ganger mer utsatt for kroniske smerter (Morgan, 2014), som tilsier at pasientgruppen kan ha behov for kontinuerlig smertelindring. Samtidig har pasientgruppen ofte høyere toleranse for morfinpreparater enn den gjennomsnittlige pasienten, som fører til at det krever større mengder smertestillende med mulig høyere dose-frekvens for at rusmiddelavhengige skal bli smertelindret (Skoglund & Biong, 2020, s.187). Rusmiddelavhengige er en pasientgruppe som gjerne er utstøtt av samfunnet, da de ikke passer inn med sin avhengighet. Dette kan gjøre dem ekstra vare for helsepersonellens reaksjoner, og er noe sykepleier burde ha i bakhodet i møte med pasienten. Disse pasientene kan også tenkes å utagere uforventet, og da må erfaring og nok kompetanse til for å håndtere dette på en god måte (Skoglund & Biong, 2020, s.183).

For å utøve god sykepleie er det vesentlig å identifisere pasientens smerter. Da er det fordelaktig å kartlegge pasienten. I rusmiddelavhengige pasienters tilfelle, kan det være relevant å gjennomføre en ruskartlegging for å få oversikt over rusbruken, vurdere behovet for substitusjonspreparater, samt få et anslag på toleransenivået til pasienten (Skoglund & Biong, 2020, s.187). I studien til Li, et al (2012), kommer det frem at kun 38% av respondentene gjennomførte ruskartlegging av pasientene. Dette står i kontrast til Govertsen et al (2019) sin studie, hvor det påpekes at ruskartlegging og tett oppfølging av pasienten er helt sentralt for å kunne utøve god sykepleie og smertelindring.

Et annet vesentlig område sykepleier behøver kompetanse på i møte med rusmiddelavhengige er abstinenser. Rusmiddelavhengige kan utagere grunnet abstinenser og det kan maskere smerte, derfor er det avgjørende at sykepleier har kompetanse nok om hvordan abstinenser fremstår, hvordan det kan føles og hva sykepleier kan gjøre for å lindre abstinensene (Skoglund & Biong, 2020, s.182). Neville & Rian (2014) belyste dette da deltakerne oppga at de forsøkte å gå minst mulig til rusmiddelavhengige pasienter, fordi pasientene ofte var utagerende. Det kom også frem at det ikke var holdningene mot enkeltpersonen som var årsaken til redusert pasientkontakt, men heller oppførselen, eller abstinenssymptomene. På bakgrunn av slike opplevelser, ser det ut til at sykepleier kan utvikle dårlige holdninger overfor rusmiddelavhengige fordi konnotasjonen til pasientgruppen ble negativ. Metadon er

en såkalt opioidsubstitusjon, som kan benyttes for å unngå abstinenser under sykehusoppholdet, uten at pasienten opplever rus (Slørdal, 2018a, s.332). Med slike substitusjonspreparater som en del av behandlingen, vil trolig sykepleier lettere kunne skille abstinenssymptomer fra smertesyntomer og på den måten identifisere og behandle pasientens smerter (Li, et al, 2012). Dersom man ser på Neville & Rian (2019) sin studie, kan det tenkes at deltakende sykepleiere ønsket pasientkontakt og utøvet bedre sykepleie, dersom pasienten hadde mottatt substitusjon. Dette tyder på at det er flere årsaker til hvorfor sykepleiere kan ha dårlige holdninger til rusmiddelavhengige pasienter.

Gjennomgående i alle fire forskningsartikler etterlyses det økt kompetanse rundt smertelindring til rusmiddelavhengige, og det kommer frem i en studie at sykepleierne selv mente at deres kunnskap var utilstrekkelig. I studien til Li, et al (2012) fikk respondentene muligheten til å rangere sin egen kompetanse på en 5-punktsskala, der 1 var det dårligste og 5 var det beste. Resultatet viste at sykepleierne i snitt rangerte egen kompetanse til under 3 på skalaen. Det underbygger påstanden til alle forskningsartiklene om at det er kompetansemangel rundt smertelindring til rusmiddelavhengige.

Hvordan kan sykepleiekompetansen heves i forbindelse med smertelindring av rusmiddelavhengige pasienter? Sykepleieprosessen er et verktøy som blir brukt i alle situasjoner sykepleiere står i og er utformet slik at ved å aktivt benytte den vil sykepleier kunne identifisere pasientens problem, utforme mål og sette inn tiltak for å nå disse målene. Deretter skal tiltakene evalueres, og sykepleier kan finne ut av hva som eventuelt ikke fungerer, slik at det kan tas opp til revurdering med kollegaer eller tverrfaglige grupper. Ved å forholde seg til punktene i sykepleieprosessen kan dette trolig bidra til å sikre at pasienten får god sykepleie, på tross av manglende kompetanse. Andre relevante verktøy sykepleier kan bruke for å heve kvaliteten på sykepleien, er kartleggingsverktøy. Forskningen vektlegger bruk av kartleggingsverktøy, og det kommer frem at 52% av deltakerne i den ene studien aldri anvendte smertekartleggingsverktøy (Li, et al, 2012). På den ene siden kan dette ses på som mangelfull sykepleie, da en del av sykepleieprosessen er å kartlegge og samle data fra pasienten, deretter individualisere behandlingen (Ehnfors, et al, 2015, s.15). På den andre siden belyser studien til Li, et al (2012) at årsaken til at sykepleierne ikke anvendte smertekartlegging var fordi de så det som utenfor sitt ansvarsområde eller manglet kompetanse på hvordan utføre det korrekt. Govertsen, et al (2019) påpekte også at kompetansemangel om smertekartleggingsverktøy kan være årsaken til inadekvat

smertelindring. Dersom kartlegging blir gjort på en inadekvat måte vil heller ikke resultatene være korrekte, og dermed trolig ikke overførbare til behandlingsplanens utarbeidelse.

Govertsen, et al (2019) belyser den positive effekten smerteteam hadde på helsepersonellens kompetanseheving. Dette gjorde de ved å arrangere fagdager og være tilgjengelig for diskusjoner. Fokuset var på smertekartlegging, rusanalyse, og hvordan etablere tillit med pasienten. Helsepersonell som deltok på dette uttrykte å føle seg bedre rustet i møtet med rusmiddelavhengige pasienter. Deltakerne var enige i at erfaring gjorde det lettere å stå i utfordrende situasjoner.

5.5 Pasientens forutsetninger

For å oppnå adekvat smertelindring til rusmiddelavhengige pasienter, er det flere faktorer som må være på plass. Pasienten må være mottakelig for hjelpen vedkommende blir tilbudt. Forskningen viser at pasienten sjeldent er interessert i ikke-medikamentell smertelindring (Morgan, 2014), noe som kan virke hemmende for utøvelse av god sykepleie.

Det er trolig mange årsaker til at en pasient ikke er mottakelig for hjelp. Dersom pasienten fra tidligere har dårlige erfaringer relatert til sykehusinnleggelse, kan dette påvirke hvordan sykehusoppholdet utarter seg (Ytrehus, 2020). Dette skjer trolig fordi pasienten er redd for å få samme dårlige behandling igjen. Li, et al (2012) underbygger nettopp denne utfordringen, ved å vise til at den rusmiddelavhengige ofte forventer stigma og mistenksomhet. Dette kommer også frem fra Tryggere ruspolitikk (u.å.), som oppgir at mange rusmiddelavhengige pasienter har opplevd mistenkeligjøring av helsepersonell på bakgrunn av sitt rusbruk. Forventningen om stigmatisering og dårlig behandling, kan føre til direkte mistillit til helsevesenet for den rusmiddelavhengige.

Andre ting som kan føre til mistillit fra pasienten, og dermed spille inn på vedkommendes forutsetninger, er om behandlende personell holder igjen medisiner, på bakgrunn av pasientens avhengighet (Li, et al, 2012). Derimot, kom det frem i samme studie at dersom pasienten blir vist tillit og respekt, er det store sjanser for at vedkommende vil uttale seg mer åpent og ærlig om egen smerte, samt om rusbruken sin (Li, et al, 2012). Dersom denne relasjonen oppstår, kan man argumentere for at menneske-til-menneske-forholdet er oppnådd (Travelbee, 1999). At pasienten uttaler seg om sin smertesituasjon, er vesentlig for å kunne gi

adekvat smertelindring. Både Morgan (2014) og Govertsen, et al (2019) viser til at dersom smertelindringen er inadekvat, kan det være stor risiko for at pasienten skriver seg ut mot helsepersonellens anbefaling. Dette underbygger hvor essensielt det kan være å sørge for smertelindring til alle pasienter, uansett utgangspunkt.

En siste utfordring pasienten kan bidra med når det kommer til smertelindring, er deres evne til å beskrive egen smerte. Morgan (2014) beskriver at rusmiddelavhengige pasienter kan ha vanskeligheter med å spørre om hjelp, eller kan ha tendenser til å underrapportere smertene sine, fordi de er redde for å bli utsatt for stigmatisering, eller virke rusoppsøkende (Li, et al, 2012). Dette underbygger uttalelsen til en deltaker i Govertsen, et al (2019) sin studie om hvor viktig det er å vise pasienten at man som sykepleier er oppriktig interessert i hvordan å best mulig hjelpe hver enkelt pasient. En annen årsak til at pasienten skjuler informasjon om egen smerte, kan være at vedkommende er vant til å oppholde seg i miljøer der man ikke kan stole på noen (Govertsen, et al, 2019).

5.6 Sykepleiers funksjoner

Kvaliteten på sykepleie gitt til pasienter, avhenger av hvorvidt sykepleier klarer å overholde ansvaret og funksjonene som følger med yrkestittelen (Nortvedt & Grønseth, 2020). Den tydeligste av sykepleiers mange funksjoner er kanskje den behandlende funksjonen.

I sykepleiers behandlende funksjon ligger blant annet kartlegging og datasamling av pasienten tilstand og behov. Dermed er det urovekkende at forskningen viser til at sykepleiers holdninger, basert på fordommer og stigma, førte til at noen rusmiddelavhengige ikke ble smertekartlagt da de var innlagt på sykehus (Li, et al, 2012). Dette står i kontrast til den første fasen til Travelbee; sykepleiers oppgave er å sette til side alle forventninger eller holdninger om hvordan en pasient skal eller burde være, for å kunne oppnå et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 1999).

I forskningen kommer det frem at i rusmiddelavhengige pasienters behandling, kan sykepleier ha tendenser til å ivareta de fysiske aspektene til pasienten, men at det kan være mangelfull emosjonell støtte og/eller samtale (Morgan, 2014). På bakgrunn av dette kan det argumenteres for at det ønskede menneske-til-menneske-forholdet mellom pasient og sykepleier ikke er oppnådd. Dersom sykepleier kun ivaretar de fysiske aspektene av behandlingen, kan det

tenkes at menneske-til-menneske-forholdet ikke har nådd empatifasen, da det er her man evner å sette seg inn i den andres psykologiske tilstand (Travelbee, 1999). Govertsen, et al (2019) påpekte også at god kommunikasjon er en forutsetning for tilfredsstillende behandling. Dersom sykepleier ikke tar seg tid til å snakke med pasienten, stille direkte og ærlige spørsmål på tross av at det kan være ubehagelig, kan det være sannsynlig at behandlingen pasienten får ikke er så god som den kunne ha vært. Den gode samtalen er også sentral for at sykepleier skal oppfylle sin lindrende funksjon (Nortvedt & Grønseth, 2020). I studien til Govertsen, et al (2019) oppga deltakerne at de anså det som et privilegium å ha tid til å kunne ha disse samtaler med pasientgruppen, da det er et kjent problem at tiden sjeldent strekker til i sykepleiers arbeidshverdag. Når tid ble satt av og pasienten ble behandlet med respekt, kom det frem at deltakerne opplevde pasienten som roligere og tryggere.

Et annet eksempel på at empatifasen i Travelbees teori kanskje ikke har vært oppnådd i enkelte tilfeller, kommer frem i studien til Morgan (2014). En deltaker i studien stilte seg kritisk til hvorvidt hun forespurte legen om mer smertestillende til pasienten fordi hun mente at det var behov for det, eller for å slippe å forholde seg til pasienten. For å oppnå menneske-til-menneske-forholdet mellom pasient og sykepleier må partene ha et oppriktig ønske om å hjelpe den andre, og det er tilbøyelig å tro at sykepleieren fra studien ikke hadde det, på bakgrunn av egen usikkerhet rundt motivasjonen til å lindre pasienten.

En annen sentral funksjon sykepleier har i møte med den rusmiddelavhengige pasienten, er den samarbeidende funksjonen. Sykepleier er den som ser pasienten mest (Li, et al, 2012) og skal i den forbindelse advokere for pasienten (Neville & Rian, 2014). Derfor er sykepleier et bindeledd mellom de ulike yrkesgruppene i pasientens behandlingsteam. En av respondentene i Morgan (2014) sin artikkel fortalte om en opplevelse der vedkommende hadde bedt legen forskrive mer smertestillende til en tydelig smertepreget pasient, hvorpå legen hadde stått foran pasienten og uttrykt mistillit til pasientens smerteopplevelse. Trolig ser rusmiddelavhengige helsevesenet som en helhet, og skiller ikke mellom ulike yrkesgrupper og derfor vil legens uttalelse sannsynligvis ha svekket tilliten mellom sykepleier og pasient som videre vil utfordre etableringen av menneske-til-menneske-forholdet.

5.7 Rett og plikt til informasjon

God kommunikasjon er som sagt essensielt for å sikre adekvat smertelindring. Dette innebærer både at pasienten kommuniserer sitt smertebilde og sine behov, men også at sykepleier må kunne informere og bekrefte at sykepleier har forstått pasienten riktig. Alle pasienter har rett på informasjon vedrørende egen behandling ved sykehusinnleggelse (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2).

Det kommer frem i forskningsartiklene at helsepersonell unngikk i den grad det var mulig å bruke tid med pasienten, samt at de mente avhengigheten var selvforskyldt og pasienten dermed ikke fortjente behandling (Neville & Rian, 2014). Sykepleier hadde i liten grad tillit til pasienten (Li, et al, 2012) og på bakgrunn av dette kan man anta at informasjonsplikten sjeldent ble overholdt. Dette ble underbygget under samtale med en beboer i praksis, som fortalte at i tiden vedkommende lå på sykehus, visste beboer sjeldent hva som skulle skje, lå og ventet uten noen anelse om egen behandlingsplan. En annen årsak til at informasjon kan glippe i forbindelse med rusmiddelavhengige, er trolig at sykepleier tenker at pasienten har nok kunnskap. På den ene siden kan det tenkes at pasienter som har vært avhengig av og brukt opioider over lengre tid er klar over virkning og bivirkninger som kan forekomme ved administrering av morfin. På den andre siden, er helsepersonell pliktet til å gi informasjon, og det er kun dersom pasienten spesifikt uttrykker et ønske om å ikke få informasjon at det kan være akseptabelt å ikke informere (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2).

6 Oppsummering/Avslutning

I denne oppgaven har vi tatt for oss pensum- og forskningslitteratur relatert til smertelindring av rusmiddelavhengige pasienter. Sammen med Joyce Travelbee sin teori om menneske-til-menneske-forhold, har vi anvendt litteraturen for å besvare problemstillingen «Kan sykepleiers holdninger påvirke hvordan rusmiddelavhengige pasienter blir møtt og smertelindret ved sykehusinnleggelse?». I oppgaven har det kommet frem flere faktorer som belyser hvordan sykepleiers holdninger kan påvirke behandlingen rusmiddelavhengige pasienter får på sykehus. Stigmatisering og fordommer er en utfordring for god relasjon og tillit mellom pasient og sykepleier, som ligger til grunne for god sykepleie. Dersom sykepleier ikke klarer å legge personlige meninger til side, kommer det frem at behandlingen sykepleier gir til pasienten kan bli dårligere. Det er også kommet frem at i tilfeller der sykepleier har utvist respekt og tillit til den rusmiddelavhengige pasienten, har både pasientens opplevelse og behandling blitt bedre. Oppgaven har belyst at det er utfordringer relatert til rammeverket, spesifikt rundt tid som er til rådighet og tilrettelegging for økt kompetanse. Det er tydelig at det fremdeles er mangelfull kunnskap rundt dette problemområdet og at det fortsatt er behov for mer forskning. Ut fra litteratur og forskning presentert i denne oppgaven, kan det konkluderes at sykepleiers holdninger kan påvirke smertelindring til rusmiddelavhengige innlagt på sykehus.

7 Referanseliste

- Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Danielsen, A., Berntzen, H., Almås, H. (2020). *Sykepleie ved smerter* | Stubberud, D.-G., Grønseth, R. & Almås, H. (red.). *Klinisk sykepleie 1* (5. utg.) Gyldendal.
- Ehnfors, M., Ehrenberg, A., Thorell-Ekstrand, I. (2015). *Nye VIPPS-boken. (K. M. Thorbjørnsen, overs.)*. Cappelen Damm Akademisk.
- European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction & Europol. (2019). *EU drug markets report 2019*. Publications office of the European Union, Luxemburg.
https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/12078/20192630_TD0319332ENN_PDF.pdf
- Fekjær, H. O. (2016). *Rus: bruk, motiver, skade, behandling, forebygging, historie*. Gyldendal Akademisk.
- Flovik, A. M. & Rokseth, T. (2016). *Kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet*. | Grov, E. K. & Holter, I. M. (red.). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Foreningen Tryggere Ruspolitikk. (2020, 21. april). *Spørsmål og svar om rusreformen*. <https://www.rusreform.no/nyheter/2020/4/21/sprsmal-og-svar-om-rusreformen>
- Govertsen, A. B., Aanensen, C. & Moi, E. B. (2019). Smerteteam kan være god støtte for helsepersonell ved smertelindring til rusavhengige. *Sykepleien forskning, 14*, Artikkel e75746. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.75746>
- Grov, E. K. (2016). *Å bli pasient og hjelpetrengende*. | Grov, E. K. & Holter, I. M. (red.). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg.). Cappelen Damm Akademisk.

Hellesø, R. (2016). *Pasientjournalen og prinsipper i journalføring*. | Grov, E. K. & Holter, I. M. (red.). Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie (5. utg.). Cappelen Damm Akademisk.

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-07-02-64). Lovdata.
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2

Hærnes, N. (2020). Smerte er definert på nytt. *Sykepleien*.
<https://sykepleien.no/2020/08/smerte-er-definert-pa-nytt>

Håkonsen, K. M. (2018). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Gyldendal.

Ingstad, K. (2013). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid* (1. utg.). Gyldendal Akademisk.

Jappe, A.-S. & Nielsen, C. S. (2017). *Bevidsthedsniveau*. | Jastrup, S. (red.). Akut Sykepleje (2. utg.). Munksgaard.

Li, R., Undall, E., Andenæs, R. & Nåden, D. (2012). Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus. *Sykepleien forskning*, 7(3), 252-260.
<https://doi.org/10.4220/sykepleief.2012.0131>

Lillemoen, L. (2016). *Etikk i sykepleien*. | Grov, E. K. & Holter, I. M. (red.). Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie (5. utg.). Cappelen Damm Akademisk.

Molven, O. (2016). *Helsepersonells rettigheter og plikter*. | Grov, E. K. & Holter, I. M. (red.). Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie (5. utg.). Cappelen Damm Akademisk.

Molven, O. (2016). *Pasienters og brukeres rettigheter og plikter*. | Grov, E. K. & Holter, I. M. (red.). Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie (5. utg.). Cappelen Damm Akademisk.

Molven, O. (2019). *Sykepleie og jus* (6. utg.). Gyldendal.

Morgan, B. D. (2014). Nursing attitudes toward patients with substance use disorders. *Pain management nursing*, 15 (1), 165-175. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2012.08.004>

Nesvåg, S. (2018). *Ulike forståelser og perspektiver på problematisk rusmiddelbruk og avhengighet*. | Biong, S. & Ytrehus, S. (red.). Helsehjelp til personer med rusproblemer (2. utg.). Cappelen Damm Akademisk.

Neville, K. & Rian, N. (2014). Challenges in nursing practice: Nurses' perceptions in caring for hospitalized medical-surgical patients with substance abuse/dependence. *The journal of nursing administration*, 44(6), 339-346. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000079>

Norsk Sykepleierforbund. (u.å.). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/etik-0/yrkesetiske-retningslinjer>

NOU 2019: 26. (2019). *Rusreform – fra straff til hjelp*. Departementenes service- og sikkerhetsorganisasjon: Teknisk redaksjon. <https://www.regjeringen.no/contentassets/dfae684e627f4df29c800352bfc4d768/nou-2019-26-rusreform---fra-straff-til-hjelp.pdf>

Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2020). *Klinisk sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse*. | Stubberud, D.-G., Grønseth, R. & Almås, H. (red.). *Klinisk sykepleie 1* (5. utg.) Gyldendal.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Skoglund, A & Biong, S. (2020). *Sykepleie til personer med rusmiddelavhengighet i somatisk sykehus*. | Biong, S & Ytrehus, S. (red.). Helsehjelp til personer med rusproblemer (2. utg.). Cappelen Damm Akademisk.

Skouenborg, P. (2017). *Pasienten i det præ- og postoperative forløb*. | Jastrup, S. (red.). *Akut Sykepleje* (2. utg.). Munksgaard.

Slørdal, L. (2018). *Legemidler ved smerte*. | Nordeng, H & Spigset, O. (red.). Legemidler og bruken av dem (3. utg.). Gyldendal.

Slørdal, L. (2018). *Misbruk av legemidler og rusmidler*. | Nordeng, H & Spigset, O. (red.). Legemidler og bruken av dem (3. utg.). Gyldendal.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie (K. M. Thorbjørnsen, overs.)*. Gyldendal Akademisk.

Tryggere ruspolitikk. (u.å.). *Argumenter for avkriminalisering*. Hentet 28. mars 2022 fra <https://www.rusreform.no/argumenter-for-avkriminalisering>

Ververda, J., Hansen, O. & Larsen, C. (2018). Rusmiddelavhengighet: Sykepleiers holdninger påvirker smertebehandling. *Sykepleien*, e-70402. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.70402>

Ytrehus, S. (2020). *Bostedsløshet*. | Biong, S & Ytrehus, S. (red.). Helsehjelp til personer med rusproblemer (2. utg.). Cappelen Damm Akademisk.