



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Avdeling for folkehelsefag

Mari Nilsen og Ingeborg Ystaas Lindberg

Veileder: Dina Bjørlo Strande

4BACH

”Bare en narkoman”

”Just an addict”

Antall ord: 12940

BASY 2013

2016

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA NEI

Sammendrag

Tittel: ”Bare en narkoman”, ”Just an addict”.

Problemstilling: ”*Hvordan ivaretar sykepleiere opioidavhengige pasienter med behov for smertebehandling på somatisk sykehus?*”.

Kort beskrivelse av oppgaven: Oppgaven tar for seg utfordringer knyttet til smertebehandling av opioidavhengige pasienter. Vi har fokusert på sykepleierens holdninger til og kunnskap om denne pasientgruppen. Videre har vi sett viktigheten av kommunikasjon, relasjonsbygging og tillitsforhold som vi mener er vesentlig for å ivareta behovet for smertebehandling til opioidavhengige pasienter når de innlagt på somatisk sykehus.

Hensikt: Å øke egen og sykepleieres kunnskap rundt temaet smertebehandling til opioidavhengige pasienter.

Metode: I oppgaven har vi benyttet oss av relevant pensum- og selvvalgt faglitteratur, forskning og egne erfaringer fra praksis. Vi har anvendt deler av Joyce Travelbees interaksjonsteori da vi ønsket å belyse det mellommenneskelige aspektet i vår litteraturstudie.

Konklusjon: For at sykepleiere skal kunne ivareta opioidavhengige pasienter og for at disse pasientene skal føle seg ivaretatt mener vi at sykepleiere bør bli mer bevisst på egne holdninger, oppdatering av kunnskap og å se pasienten som et unikt individ. I tillegg bør det bli større fokus på omsorg til rusavhengige pasienter samt smertekartlegging og smertebehandling i sykepleierutdanningen. Dette mener vi vil gi gode forutsetninger for smertebehandling til opioidavhengige pasienter i fremtiden.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	2
Forord.....	5
1.0 Innledning.....	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	6
1.2 Presentasjon av problemstilling og avgrensning.....	7
1.3 Oppgavens disposisjon.....	8
2.0 Metode.....	9
2.1 Om metode.....	9
2.2 Litteraturstudium som metode.....	9
2.3 Søk etter forskningsartikler.....	9
2.4 Valg av artikler og kildekritikk.....	10
2.5 Etske overveielser.....	14
3.0 Presentasjon av funn i forskningsartikler.....	15
4.0 Travelbees interaksjonsteori og sykepleie til pasienter med opioidavhengighet.....	17
4.1 Travelbee.....	17
4.1.1 Menneske-til-menneske-forhold.....	17
4.1.2 Å bruke seg selv terapeutisk.....	18
4.1.3 Travelbees syn på kommunikasjon.....	19
4.1.4 Travelbees definisjon av sykepleieprosessen.....	20
4.2 Smerte og smertebehandling.....	21
4.2.1 Smerte.....	21
4.2.2 Sykepleie ved smerter.....	21
4.3 Holdninger.....	23
4.4 Tillit.....	24
4.5 Kommunikasjon.....	24
4.6 Etske perspektiver.....	25
4.6.1 Autonomi.....	26
4.6.2 Yrkesetske retningslinjer.....	26
5.0 Den opioidavhengige pasienten og aktuelt lovverk.....	27

5.1 Definisjon av rusavhengighet.....	27
5.2 Opioider.....	27
5.3 Rusavhengige personer.....	27
5.4 Lovverk.....	29
5.4.1 Pasient- og brukerrettighetsloven.....	29
5.4.2 Helsepersonelloven.....	29
5.4.3 Spesialisthelsetjenesteloven.....	30
6.0 Hvordan ivaretar sykepleiere opioidavhengige pasienter med behov for smertebehandling på somatisk sykehus?	31
7.0 Konklusjon.....	41
Litteraturliste.....	42

Hva er et menneske?

”Et menneske er et unikt og uerstattelig individ -
en engangsforeteelse i denne verden,
lik og samtidig ulik alle andre mennesker
som noen gang har levd eller vil komme til å leve”

(Travelbee, 1999, s. 54).

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi er i ferd med å avslutte vår treårige sykepleierutdanning og som autoriserte sykepleiere kommer vi til å møte mange utfordringer i fremtiden. Vi ønsker derfor å skrive vår bacheloroppgave om et aktuelt tema. I vår besvarelse ønsker vi å skrive om smertebehandling av opioidavhengige pasienter. Dette synes vi er et spennende tema, som engasjerer oss. Vår erfaring tilsier at denne pasientgruppen ofte blir møtt med fordommer både i samfunnet og i helsevesenet. Det kan for eksempel være at pasientene ikke føler seg trodd med tanke på smerter, noe forskning også viser (Morgan, 2006). Vi opplever i noen tilfeller at rusavhengige pasienter er en ”uønsket” pasientgruppe og dette vekker et stort engasjement hos oss.

Under sykepleierutdanningen har vi opplevd at det har vært lite fokus på sykepleie til rusavhengige pasienter. Dette er et tema vi har savnet i vår utdanning. Vi ønsker derfor å benytte denne oppgaven til å fordype oss i hvordan sykepleiere kan ivareta og behandle rusavhengige pasienter. Vi synes smertebehandling er et viktig og spennende tema, og ønsker å bidra til økt forståelse og kompetanse for helhetlig sykepleie til disse pasientene. Slik vi ser det kan det være utfordrende å smertebehandle opioidavhengige pasienter fordi de har en høyere toleranseevne enn andre. I tillegg kan opioidavhengighet føre til forsterket smerteopplevelse som igjen gjør det vanskelig å smertelindre (Li, Undall, Andenæs & Nåden, 2012). Rusavhengige pasienter blir ofte beskrevet av helsepersonell som manipulerende, utfordrende, krevende og russøkende. Det kan også oppstå konflikter når pasienten ikke føler at smertene er godt nok lindret (Haber, Demirkol, Lange & Murnion, 2009). I følge SIRUS var det i 2010 ca. 7000-9000 personer som injiserer heroin i Norge (referert i Folkehelseinstituttet, 2012). Vi ser det som sannsynlig at det i virkeligheten er snakk om mange flere da vi anser det som vanskelig å få en oversikt over alle som injiserer heroin. I tillegg bør vi ta med i betraktning at disse tallene ikke sier noe om de som misbruker andre opioider enn heroin eller de som inntar opioider på andre måter enn ved injisering. Mange av pasientene som blir innlagt på medisinsk avdeling har problemer med rusmidler (Skoglund & Biong, 2012). På grunnlag av det som er beskrevet ovenfor mener vi at dette er en aktuell og relevant tematikk for sykepleiere.

1.2 Presentasjon av problemstilling og avgrensning

Temaet i vår oppgave er smertebehandling av rusavhengige pasienter. Arenaen vi har valgt er medisinsk avdeling på somatisk sykehus, hvor pasientene er innlagt med sterke smerter. Vi har tatt utgangspunkt i at pasientene har et kjent opioidmisbruk som i hovedsak dreier seg om heroin.

Problemstillingen vi har valgt i vår oppgave er:

”Hvordan ivaretar sykepleiere opioidavhengige pasienter med behov for smertebehandling på somatisk sykehus?”

I denne oppgaven har vi valgt å fokusere på helsepersonells holdninger til rusavhengige pasienter, kunnskap om smertebehandling og hvordan disse pasientene blir ivarettatt. Av rusmidler har vi valgt å kun fokusere på opioider. Vi tar utgangspunkt i opioidavhengige pasienter uavhengig om de er eller har vært i behandling for rusproblemer eller kommer rett fra gata. Vi har erfart at LAR-preparater (legemiddelassistert rehabilitering) som Metadon eller Subutex ofte benyttes i smertebehandling eller for å forebygge abstinenser under akutte sykehusinnleggelse. Likevel vil vi i vår besvarelse utelukke teori om ulike LAR-preparater da vi ikke ser dette som nødvendig for å besvare vår problemstilling.

Gjennom besvarelsen bruker vi begrepene ”rusavhengige pasienter” og ”opioidavhengige pasienter”. Dette fordi vi mener at kunnskap om og holdninger til dem gjelder generelt rusavhengige personer. Likevel ønsket vi å fokusere på opioidavhengige pasienter på bakgrunn av at vi ser det som ekstra utfordrende å smertebehandle denne pasientgruppen siden opioider også kan være en vesentlig del av smertebehandlingen.

Når det gjelder etiske perspektiver har vi valgt å ta med de punktene fra yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund, 2011) som vi mener er relevante for besvarelsen vår. I forhold til lovverk har vi kun lagt frem formål og virkeområde i pasient- og brukerrettighetsloven (1999), helsepersonelloven (1999) og spesialisthelsetjenesteloven (1999) da vi anser disse som mest relevante for besvarelsen vår. Dette på bakgrunn av at vi ønsket å fremheve lovenes hensikt og for å bevisstgjøre våre plikter som sykepleiere og pasientenes rettigheter. I Joyce Travelbees (1999) interaksjonsteori har vi fokusert på det vi mener er relevant for vår problemstilling. Vi har valgt å ta for oss menneske-til-menneske-

forhold, det å bruke seg selv terapeutisk, hennes syn på kommunikasjon og hennes definisjon av sykepleieprosessen.

1.3 Oppgavens disposisjon

Vår oppgave er delt inn i syv deler. De består av innledning, metode, forskning, sykepleieteori, den opioidavhengige pasienten, drøfting og konklusjon. I innledningen begrunner vi valg av tema, samt presenterer og avgrenser problemstillingen. Videre presenterer vi søkeprosessen, valg av artikler, kildekritikk og etiske overveielser i metodekapittelet. Deretter presenteres resultatene av forskningen etterfulgt av teori. I drøftingsdelen trekker vi frem teorien vi har benyttet oss av og knytter de ulike teoriene opp mot hverandre samt egne erfaringer. Avslutningsvis konkluderer vi ut ifra det vi har drøftet.

2.0 Metode

2.1 Om metode

Sosiologen Vilhelm Aubert definerte i 1985 at *”en metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder”* (sitert i Dalland, 2012, s. 110). Det vil si at en metode sier noe om hvordan vi bør gå frem for å finne eller etterprøve kunnskap. Metode er et viktig redskap i prosessen med å finne informasjon om det som skal undersøkes. Det finnes to ulike metoder; kvantitativ og kvalitativ metode. De kvantitative metodene gir svar i form av målbare enheter. Kvalitative metoder har som mål å finne ut hvordan noe oppleves, noe som ikke er målbart. Dette kan for eksempel utføres gjennom intervjuer (Dalland, 2012).

Videre skriver Dalland (2012, s. 112) at *”både kvalitativt og kvantitativt orienterte metoder bidrar på hver sin måte til en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i, og av hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler”*.

2.2 Litteraturstudium som metode

Denne oppgaven er en litteraturstudie. Det vil si at oppgaven baserer seg på skriftlige kilder. Her skal det brukes ulike kilder og litteratur som er relevante for problemstillingen i oppgaven (Dalland, 2012). Vi har benyttet oss av pensumlitteratur og annen relevant faglitteratur som vi har funnet på høgskolebiblioteket. I tillegg baserer vi oppgaven på forskning som vi mener er relevant for problemstillingen. Videre har vi benyttet oss av lovverk, yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, sykepleieteori, folkehelseinstituttets nettsider samt egne erfaringer.

I følge høgskolens retningslinjer skal besvarelsen i tillegg bygge på minimum 400 sider selvvalgt litteratur. For å tydeliggjøre den selvvalgte litteraturen har vi markert med * i litteraturlisten.

2.3 Søk etter forskningsartikler

I søket etter forskningsartikler har vi brukt søkeord både på norsk og engelsk.

Søkeordene vi har brukt er *”smertebehandling”, ”smerter”, ”rus”, ”rusmisbruker”*,

”rusavhengige”, ”opioidavhengighet”, ”holdninger”, ”fordommer”, ”sykepleiere”, ”relasjon”.

”Drug user”, ”drug abuser”, ”substance abuse”, ”nursing”, ”pain”, ”pain management”, ”pain relief”, ”opioid addiction”, ”prejudices”, ”attitudes”, ”hospital”, ”nurse”, ”nurses”, ”relations”

Databaser vi har benyttet oss av for å finne relevant forskning er blant andre ScienceDirect, Cinahl, PubMed, SveMed, Sykepleien forskning, Idunn, Helsebiblioteket og MedLine.

Vi gikk igjennom de ulike databasene og benyttet oss av søkeordene som beskrevet over. Vi søkte på ordene både alene og i kombinasjon med hverandre. Når vi kombinerte søkeordene brukte vi ”and” og ”or”, eller ”og” og ”eller”. Videre avgrenset vi funnene ned til norsk, svensk, dansk og engelsk. Funnene avgrenset vi senere ned til artikler som ikke var eldre enn 10 år. Relevante fagfelleverderte forskningsartikler ble prioritert. I søkeprosessen etter forskning har vi kun benyttet oss av fagfelleverderte forskningsartikler. Fagfelleverdert forskning vil si at artiklene blir evaluert og godkjent av eksperter innen et bestemt fagområde (Dalland, 2012). Deretter leste vi oss opp på de mest relevante forskningsartiklene, og fant til slutt fire artikler som vi mener belyser vår problemstilling.

2.4 Valg av artikler og kildekritikk

Forfatteren av ”Knowing How to Play the Game: Hospitalized Substance Abusers’ Strategies for Obtaining Pain Relief”, er Betty D. Morgan, PhD ved University of Massachusetts Lowell School of Health and Environment, Department of Nursing. Studien er gjennomført i USA og ble publisert i 2006. Dette er en kvalitativ studie, siden den har som mål å få frem opplevelse og mening og ikke er målbar (Dalland, 2012). Studien er en ”grounded theory” studie. Dette innebærer at studien utvikler ny teori på bakgrunn av data. Datainnsamlingen og analysen foregår parallelt ved ”grounded theory”, og dataen analyseres underveis (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010).

Studien er basert på semistrukturerte intervjuer av rusavhengige pasienter som har behov for smertelindring. I følge Kvale & Brinkmann (2009, s. 47) er et semistrukturert intervju ”verken en åpen samtale eller en lukket spørreskjemasamtale”. Denne typen intervju har som mål å innhente skildringer av intervjuobjektets livsverden (Kvale & Brinkmann, 2009). Pasientene som ble intervjuet var innlagt på medisinsk eller kirurgisk avdeling på ulike sykehus i USA på grunn av smerter. Pasientene som ble intervjuet slet med både kroniske og akutte smerter, og

hadde behov for smertelindring. Sykepleierne ved avdelingen ble intervjuet gjennom fokusgruppeintervju, der de skulle beskrive hvordan det var å behandle denne pasientgruppen. Et fokusgruppeintervju er et gruppeintervju der en moderator forsøker å lede diskusjonen inn på et bestemt tema som er av forskningsmessig interesse. Et fokusgruppeintervju har ikke som mål å bli enige eller legge frem løsninger i diskusjonen, men å få fremheve ulike synspunkter (Kvale & Brinkmann, 2009).

Målet med studien var å identifisere og utforske opplevelsene til rusavhengige personer som hadde behov for smertebehandling under sykehusinnleggelse. Under intervjuet fikk pasientene tre ulike spørsmål. Disse omhandlet hvordan de håndterte smerter under innleggelse, hvilke utfordringer de møtte i å få adekvat smertelindring og hvordan samhandlingen med sykepleiere var i forbindelse med smerte.

Noen av inkluderingskriteriene for de intervjuede pasientene var at de skulle være over 18 år med et kjent rusmiddelmissbruk og akutte eller kroniske smerter. Ekskluderingskriterier var personer med alvorlige psykiske lidelser som delirium, demens og psykose. Forfatteren ekskluderte også deltakere som var sterkt smertepåvirket under intervjuet. Dette mener vi styrker studien. Studien er 10 år gammel og kan derfor være noe utdatert. I tillegg er studien utført i USA og er ikke nødvendigvis representativ for norske forhold. Risikoen for feiltolkning av resultatene er også tilstede da forfatteren har basert seg på intervjuer (Morgan, 2006).

Forfatterne av forskningsartikkelen ”Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus” er Rita Li, Eva Undall, Randi Andenæs og Dagfinn Nåden. Li er intensivsykepleier og høgskolelektor, Undall jobber på sykehuset Telemark avdeling for anesthesiologi og smertebehandling, Andenæs er førsteamanuensis og Nåden er sykepleier og professor. Den gjennomførte studien er en kvantitativ studie, er gjennomført i Norge og ble publisert i 2012. En kvantitativ studie vil si at funnene blir presentert som noe målbart. Tallene kan brukes til å finne gjennomsnittet eller prosentandel (Dalland, 2012).

Studien er basert på et spørreskjema som ble delt ut til sykepleiere og leger ved medisinsk, intensiv, anesthesi og kirurgisk avdeling på fire sykehus i Norge. Av alle spørreskjemaene ble 312 av 435 besvart som tilsier 72%. Forfatterne utarbeidet et eget spørreskjema som var tilpasset studien. Skjemaet inkluderte bakgrunnsvariabler, handlinger og tiltak som kan

anvendes ovenfor rusavhengige pasienter med smerter. I tillegg inkluderte skjemaet spørsmål om helsepersonells kunnskaper og holdninger til denne pasientgruppen.

Hensikten med studien var å kartlegge helsepersonellens kunnskaper, holdninger og handlinger til rusavhengige som var innlagt i norske sykehus med smerter. Forfatterne refererer blant annet til at tidligere studier viser at opioidavhengige pasienter samarbeider godt og snakker sant om sitt misbruk når helsepersonell oppnår tillit og viser dem respekt (Li, et al., 2012).

En svakhet ved studien er at spørreskjemaene er blitt utformet av forfatterne selv, og er ikke validert eller prøvd ut i andre studier. Forfatterne skriver at de i utgangspunktet ønsket å bruke et tidligere validert spørreskjema, men fant ingen lignende skjema som dekket formålet med studien. I spørreskjemaer kan det ikke garanteres at respondentene har svart ærlig på spørsmålene, noe som også er en svakhet ved studien. Styrker ved studien er at den har blitt gjennomført i Norge, og at svarprosenten på de fire ulike sykehusene var høy. Videre var de ulike sykehusene fordelt på flere landsdeler som styrker studien ved at ulike sykehus i landet er representert.

Forfatterne av forskningsartikkelen “Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study” er Kurt A. Krokmyrdal og Randi Andenæs. Krokmyrdal er ansatt ved sykepleierutdanningen i Høgskolen i Sogn og Fjordane. Andenæs er førsteamanuensis ved Høgskolen i Oslo og Akershus, fakultet for helsevitenskap og institutt for sykepleie.

Dette er en pilotstudie utført i Norge på to ulike sykehus på Vestlandet og ble publisert i 2015. Studien involverte sykepleiere på medisinsk og ortopedisk avdeling. Hensikten var å kartlegge sykepleieres kompetanse i forbindelse med smertebehandling av opioidavhengige pasienter. Spørreskjemaene gikk ut på hvordan sykepleierne selv opplevde egen kunnskap om smerter og smertebehandling til opioidavhengige pasienter. I tillegg hadde de som formål å kartlegge hvordan sykepleiere oppsøkte ny kunnskap og hvilke kilder de brukte. 181 spørreskjemaer ble sendt ut til de to sykehusene og 98 av disse ble besvart (Krokmyrdal & Andenæs, 2015).

Studien har noen begrensninger, blant annet at det kun er et lite geografisk område i Norge som er inkludert og kan derfor ikke representere alle sykehus i Norge. Kompetanse er vanskelig å måle og antall deltakere i studien var relativt lavt. I tillegg ble det kun intervjuet sykepleiere ved medisinsk og ortopedisk avdeling. Likevel tar studien for seg smertelindring av rusavhengige og kan gi oss viktig informasjon om temaet. Studien er gjennomført i Norge, noe vi anser som positivt siden forskerne undersøker smertebehandlingen av rusavhengige pasienter i dette landet.

Forfatterne av forskningsartikkelen ”The dissonant care management of illicit drug users in medical wards, the views of nurses and patients: a grounded theory study” er Rob Monks, Annie Topping og Rob Newell. Monks er seniorforeleser ved School of Health, University of Central Lancashire og Topping er professor og direktør ved Centre for Health and Social Care Research, University of Huddersfield. Newell er professor ved Nursing Research & Knowledge Transfer, University of Bradford. Dette er en kvalitativ grounded theory studie som er gjennomført i England og ble publisert i 2012.

Denne studien bygger på sykepleieres kunnskap og holdninger i arbeidet med opioidavhengige pasienter innlagt på medisinsk avdeling i Storbritannia. Målet med studien var å undersøke hvordan sykepleiere behandler og yter omsorg til denne pasientgruppen. Bakgrunn for studien var at bruk av illegale narkotiske stoffer er et omfattende helseproblem verden over. Det er blitt rapportert om negative holdninger og manglende kunnskap hos sykepleiere som regelmessig jobber med opioidavhengige pasienter. I tillegg rapporteres det at sykepleiere har store utfordringer med å dekke omsorgsbehovene til denne pasientgruppen. Det ble utført 41 semistrukturerte intervjuer, 29 av intervjuobjektene var sykepleiere på medisinsk avdeling, mens 12 av respondentene var opioidavhengige pasienter som var innlagt ved samme avdeling (Monks, Topping & Newell, 2012).

Svakheter ved studien kan være at det sykepleierne forteller gjennom intervjuene ikke nødvendigvis er det samme som virkeligheten. På en annen side er det lite sannsynlig at sykepleierne er uærlige når de setter seg selv i et dårlig lys ved at de forteller om deres negative holdninger til rusavhengige pasienter. Videre er studien blitt gjennomført i England, og resultatene som beskrives vil ikke nødvendigvis være det samme som i Norge. Intervjuene av både sykepleiere og pasienter mener vi styrker studien, fordi vi får se både sykepleiernes

og pasientenes syn på forholdene i avdelingen.

2.5 Etiske overveielser

Vi har i hovedsak benyttet oss av pensumlitteratur, annen relevant faglitteratur og forskning. Den selvvalgte litteraturen vi har brukt i besvarelsen har vi funnet på høgskolebiblioteket og er slik vi ser det skrevet av personer med relevant og tilstrekkelig fagkompetanse. Så langt det har latt seg gjøre har vi brukt de nyeste utgavene av bøkene samt forsøkt å benytte oss av primærkilder. I noen tilfeller har dette likevel ikke vært gjennomførbart med tanke på tiden vi har til disposisjon. Vi har fulgt nyeste versjon av APA-standard på en systematisk måte gjennom hele skriveprosessen. Når vi drøfter Travelbees (1999) teorier har vi bevisst valgt å bruke ordet ”sykepleier” og ”pasient” for å unngå forvirring, til tross for Travelbees oppfatning om at det ikke finnes sykepleiere eller pasienter da hun mener at dette er stereotyper. Vi har i tillegg valgt å bruke begrepene ”hun” om sykepleieren og ”han” om pasienten for å tydeliggjøre hvem som er hvem. Drøftingsdelen bygger blant annet på egne erfaringer fra praksis og arbeid som vil bli anonymisert av hensyn til taushetsplikten vi har som helsepersonell.

3.0 Presentasjon av funn i forskningsartikler

Vi har funnet fire forskningsartikler hvorav en av artiklene er skrevet på norsk og tre er engelskspråklige og som vi mener belyser temaet i oppgaven vår.

Knowing How to Play the Game: Hospitalized Substance Abusers' Strategies for Obtaining Pain Relief

Resultatene i studien viste at pasientene følte seg lite respektert av sykepleierne, og pasientene mente også at sykepleierne hadde dårlige holdninger til dem. Dette begrunnet de med at de følte at deres behov, frykt, følelser og smerte ikke ble anerkjent. Pasientene oppga at de ikke følte seg trodd eller bekreftet av sykepleierne. Videre oppga pasientene i studien at de forventet negative reaksjoner og holdninger fra helsepersonell basert på sine tidligere erfaringer med helsevesenet. Til slutt viser resultatene at pasientene opplever at sykepleierne har lite kunnskap om smertebehandling og rusmiddelavhengighet. I fokusgruppeintervjuet av de ansatte på sykehusavdelingene beskrev de hvor vanskelig denne pasientgruppen var å håndtere. I tillegg påpekte de viktigheten av å være oppmerksom på egne reaksjoner i samhandlingen med rusavhengige pasienter (Morgan, 2006).

Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus

Resultatene av studien viste at respondentenes egenvurderte kunnskapsnivå var på under 3, hvor 5 var høyeste verdi. Videre kommer det frem i resultatene at kun 38% av de som ble spurt kartla pasientens rusmisbruk. 47% svarte at de ga opioidsubstusjon for å forhindre abstinenser. 52% svarte at de aldri benyttet seg av kartleggingsverktøy innen smerte. 56,1% av sykepleierne og 15,8% av legene følte seg manipulert av opioidavhengige pasienter. 20,8% av sykepleierne og 26,3% av legene oppga at de trodde på pasientenes smerteforvidling. 55,7% av sykepleierne og 73,7% av legene var enige om at opioidavhengighet er en sykdom (Li, et al., 2012).

Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study.

Studien viste blant annet at 38,7% av sykepleierne svarte at opioidavhengighet ikke fører til økt opplevelse av smerte. 29,6% svarte at de mente opioider brukt som smertestillende medikamenter forverrer avhengigheten hos pasientene. 61,7% av respondentene svarte at de mente at denne pasientgruppen overdrev sine beskrivelser av smerte for å motta mer

smertestillende medikamenter. Til slutt kommer det frem at 56,1% mente at opioidavhengige pasienter ikke var ærlige når de formidlet effekten av smertestillende medisiner.

Det viste seg også at flesteparten av sykepleierne i hovedsak tilegnet seg ny kunnskap og kompetanse gjennom arbeidsplassen og kollegaer i stedet for å oppsøke faglitteratur, profesjonelle Internettsider eller delta på kurs. 89,8% svarte at de i ingen eller i svært liten grad hadde tilstrekkelig kunnskap om dette temaet gjennom sykepleierutdanningen. Studien konkluderer med at sykepleiere ikke har tilstrekkelig med kunnskap og kompetanse til å kunne ivareta denne pasientgruppen når de trenger smertebehandling (Krokmyrdal & Andenæs, 2015).

The dissonant care management of illicit drug users in medical wards, the views of nurses and patients: a grounded theory study

Resultatene i studien viste at sykepleierne hadde problemer med å ivareta sykepleiebehovet til disse pasientene. Dette var blant annet fordi de følte at de ikke kjente pasientene og deres sykdomshistorie, noe som gjorde det vanskelig å yte omsorg. Informantene tilkjennega også manglende kunnskap på området, noe som også gjorde det vanskelig å bygge relasjoner med rusavhengige pasienter. Sykepleierne mente at de manglet kunnskap om rusavhengige pasienter gjennom sykepleierutdanningen. Likevel tok de ikke initiativ til å tilegne seg ny kunnskap om temaet. Det kom også frem at en del av sykepleierne hadde negative holdninger mot disse pasientene.

Pasientene som ble intervjuet oppga at behovet for smertelindring ikke ble ivaretatt av sykepleierne, og at flere av pasientene derfor ble aggressive mot sykepleierne. Det kom også frem at de ikke følte seg ivaretatt på generelt grunnlag. En av informantene fortalte om en episode der sykepleieren på avdelingen sa at han og hans pasientgruppe ikke var verdig en sykehusseng. I de tilfellene pasientene ble møtt som personer og ikke bare som et problem, viste det seg at forholdet mellom sykepleier og pasient var mer harmonisk og positivt (Monks, et al., 2012).

4.0 Travelbees interaksjonsteori og sykepleie til pasienter med opioidavhengighet

4.1 Travelbee

Joyce Travelbee ble født i New Orleans i 1926 og var utdannet psykiatrisk sykepleier. Hun arbeidet som lærer ved sykepleierutdanningen. I sin teori var hun opptatt av sykepleiens mellommenneskelige aspekter. Travelbee fokuserte på en interaksjonsprosess der fokus er relasjonsbygging mellom pasient og sykepleier. Hun mente også at sykepleiere skal fokusere på å hjelpe andre mennesker og ikke kun på målet. Hun var også svært opptatt av at individet alltid skulle stå i sentrum (Travelbee, 1999).

4.1.1 Menneske-til-menneske-forhold

Travelbees definisjon av begrepet menneske-til-menneske-forhold:

”Et menneske-til-menneske-forhold er primært en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom en sykepleier og de(n) hun har omsorg for. Hovedkjennetegnet ved disse erfaringene er at den syke (eller familien hans) får sine behov ivaretatt. Menneske-til-menneske-forholdet blir målrettet bygd opp og opprettholdt av den profesjonelle sykepleieren” (Travelbee, 1999, s. 177).

Travelbee (1999) skriver at innen sykepleie, er et menneske-til-menneske-forhold opplevelser og erfaringer som deles mellom sykepleieren og den syke, eller en som har behov for sykepleie. Det viktigste kjennetegnet ved dette er at individets, familiens eller samfunnets sykepleiebehov blir ivaretatt. En sykepleier som sitter inne med og benytter seg av en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte til problemer og samtidig bruker seg selv terapeutisk vil kunne ivareta disse behovene. Den profesjonelle sykepleier er også bevisst i å etablere og opprettholde et menneske-til-menneske-forhold. Erfaringene som deles mellom sykepleieren og pasienten ikke er en hvilken som helst erfaring, men erfaring som er meningsfull for begge parter. Et menneske-til-menneske-forhold er en gjensidig prosess som deles mellom to parter. Forholdet mellom sykepleieren og pasienten bygges opp av begge to, og ikke bare sykepleieren. Det er likevel sykepleierens ansvar å etablere og opprettholde dette forholdet. Travelbee mener at sykepleien består i å hjelpe den syke pasienten med å finne mening i omstendigheten pasienten lever i. Dette skjer ved at det dannes et menneske-til-menneske-forhold mellom sykepleieren og pasienten som står sentralt i hennes interaksjonsteori. For at

sykepleieren og pasienten skal kunne etablere et menneske-til-menneske-forhold må de se hverandre som unike personer og ikke som rollene ”sykepleier” og ”pasient”. Dette kan skje ved at man går igjennom flere ulike faser. Disse fasene er det innledende møtet, framveksten av identiteter, empati, sympati og etablering av gjensidig forståelse og kontakt (referert i Kristoffersen, 2011).

Travelbee (referert i Kristoffersen, 2011) mener at i det innledende møtet er det viktig at sykepleieren velger å se pasienten slik han er som et menneske og ikke gjennom sine fordommer. I neste fase vil sykepleierens og pasientens identitet fremtre og det vil dannes et kontaktforhold mellom dem. Her er det viktig at sykepleieren ser det særegne hos pasienten, og ikke sammenligner pasienten med andre pasienter. Empatifasen er å kunne forstå den psykiske tilstanden til individet i en situasjon, der og da, og som oppstår i små øyeblikk. Videre mener Travelbee at sykepleieren ikke trenger å like eller mislike pasienten for å kunne ha empati. Empati bygger på ulike erfaringer fra livet og pasienterfaringer som sykepleieren har tilegnet seg over tid. Empati kan heller ikke oppstå mellom alle mennesker fordi empati bygger på erfaringer, og man kan ikke som menneske forstå noe som ikke på en eller annen slags måte bygger på tidligere egne erfaringer. Sympatifasen handler om at sykepleieren har en vilje til å hjelpe pasienten. Sympati er en holdning som bygger på tanker og følelser. Sympati eller mangel på sympati fra sykepleieren formidles videre til pasienten gjennom holdninger og væremåte. Hvis sykepleieren har sympati for pasienten kan dette bidra til at pasienten mestrer situasjonen han er i på en bedre måte. Den siste fasen handler om den gjensidige forståelsen mellom sykepleieren og pasienten. Denne fasen er et resultat av det som har skjedd i de tidligere fasene. Her utvikles en dypere kontakt mellom sykepleieren og pasienten, og pasienten får tillit til sykepleieren som gjennom handlinger viser at hun er til å stole på.

4.1.2 Å bruke seg selv terapeutisk

Joyce Travelbee (1999) er opptatt av begrepet ”å bruke seg selv terapeutisk”, og hun mener at evnen til å gjøre dette utvikles gjennom sykepleiestudiet. Hun skriver at når sykepleieren bruker egen personlighet og kunnskap for å skape forandring hos den som er syk bruker hun seg selv terapeutisk. Dette blir sett på som terapeutisk dersom forandringen lindrer plagene hos den syke, og som videre danner et forhold mellom sykepleieren og pasienten. For å kunne bruke seg selv terapeutisk må sykepleieren ha god innsikt i det å være et menneske, drøfte egne oppfatninger og hva det betyr for henne når det gjelder sykdom, lidelse og død. Det er

viktig at sykepleieren innser at hennes menneskesyn, livssyn, åndelige verdier og hennes syn på sykdom og lidelse er betydelig i den grad sykepleieren klarer å hjelpe pasienten med å finne mening eller ikke mening i vanskelige situasjoner.

For å kunne bruke seg selv terapeutisk er det viktig at sykepleieren har selvinnsett, medfølelse og empati. Det å bruke seg selv terapeutisk må ikke bare forstås som vennlighet. Det er viktig å vise vennlighet til pasienten, men denne egenskapen alene betyr ingenting uten kunnskap og vitenskapelig innsikt eller evnen til å anvende disse. Det er likevel viktig at sykepleieren viser vennlighet i møte med den syke, på bakgrunn av at det også vil bli feil å tro at en sykepleier kun trenger å anvende vitenskapelig kunnskap på en upersonlig måte. På den måten er det fare for at sykepleieren behandler den syke som et objekt fremfor et menneske. Det er derfor viktig å anvende både kunnskap og vennlighet i sykepleien for å kunne bruke seg selv terapeutisk (Travelbee, 1999).

4.1.3 Travelbees syn på kommunikasjon

Travelbee (1999) mener at det som kommuniseres mellom sykepleieren og pasienten i ulike sykepleiesituasjoner er avgjørende for at sykepleieren enten blir kjent med pasienten eller hindrer denne prosessen. Kommunikasjonen sykepleieren formidler til pasienten vil enten være til hjelp slik at pasienten takler ensomheten ved sykdom og lidelse, eller øker og styrker følelsen av ensomhet og isolasjon. Gjennom kommunikasjon mener Travelbee (referert i Kristoffersen, 2011) at dette bidrar til å danne et menneske-til-menneske-forhold til pasienten. Ved kommunikasjon formidles tanker og følelser mellom personer. Kommunikasjonen baseres på det verbale og det nonverbale, og gjennom kommunikasjonen blir sykepleieren kjent med pasienten som menneske. Her er det viktig at sykepleieren ikke sammenligner pasienten med andre pasienter, men kartlegger hva som er denne pasientens særegne behov. Dersom pasientens særegne behov ikke kartlegges vil det være vanskelig å planlegge og utføre helhetlig sykepleie til pasienten.

Mellom sykepleieren og pasienten foregår det alltid en eller annen form for kommunikasjon både under samtale og under stillhet. Pasienten kommuniserer noe til sykepleieren gjennom hvordan han ser ut, men også gjennom holdning, atferd og ansiktsuttrykk. Det samme gjør sykepleieren. All interaksjon mellom en sykepleier og en pasient gir sykepleieren muligheten til å bestemme og ivareta pasientens behov (Travelbee, 1999). Dette gir også sykepleieren anledning til å etablere et menneske-til-menneske-forhold og dermed oppnå sykepleiens mål

og hensikt, som er ”å hjelpe enkeltindivider og familier med å forebygge og mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig hjelpe dem til å finne mening i disse erfaringene” (Travelbee, 1999, s. 135). Sykepleieren må ha evnen til å forstå hva den syke kommuniserer og å benytte seg av denne informasjonen i planleggingen av sykepleieintervensjoner. ”Den profesjonelle sykepleieren må vite om det foregår kommunikasjon, og hva som kommuniseres i sykepleiesituasjonen. Sykepleieren må dessuten vurdere og evaluere i hvilken grad sykepleiens mål og hensikt oppnås i interaksjonen” (Travelbee, 1999, s. 135).

4.1.4 Travelbees definisjon av sykepleieprosessen

Travelbee (1999) skriver: ”Sykepleieprosessen, det vil si alt som sykepleieren gjør for og sammen med mottakeren, tar sikte på å hjelpe enkeltindividet eller familien til å mestre eller utholde sykdom og lidelse når disse erfaringene melder seg i individets eller familiens liv” (s. 33).

Sykepleieprosessen deles inn i observasjon, tolkning, beslutningstaking, handling og evaluering. Disse fem punktene inngår i grunnleggende ferdigheter som alle sykepleiere trenger i arbeidet med pasienten (Travelbee, 1999). Observasjon handler om det sykepleieren observerer hos pasienten. Observasjonen tar sikte på datasamling, det vil si at sykepleieren observerer blant annet det som ses, luktes og høres hos pasienten. Ved at sykepleieren observerer pasienten er hun oppmerksom og fokusert, noe som bidrar til at observasjonen blir en aktiv prosess som er målrettet og meningsfull. Tolkning handler om sykepleierens tolkning av pasienten. Sykepleierens tolkning kan både være riktig og feil. Det vil derfor være viktig at hun får en bekreftelse fra pasienten på at hennes tolkninger stemmer i forhold til hva pasienten mener og tenker. Etter tolkningen blir det satt inn tiltak hos pasienten som er tilpasset pasientens behov, tolket ut fra observasjonen. Beslutningstaking handler om hvilken beslutning sykepleieren tar på bakgrunn av tolkninger og slutninger. Beslutningene som tas skal ta sikte på å øke velværet til pasienten, men det kan også handle om beslutninger som dreier seg om liv eller død for pasienten. Handling vil si når sykepleieren handler på bakgrunn av tolkningen og beslutningstakingen. Pasientens behov skal oppfylles i denne delen. Dette kan for eksempel gjøres gjennom undervisning eller informasjon fra sykepleieren til pasienten. Videre vil det være viktig at sykepleieren oppmuntrer pasienten dersom dette kan hjelpe ham til å mestre eventuelle påkjenninger ved sykdom. Evaluering går ut på at sykepleieren evaluerer sine sykepleiehandlinger i forhold til effektivitet og kvalitet.

Evalueringen handler videre om konkrete mål for omsorg og hvordan disse skal oppnås. Til slutt evalueres dette ved å se på i hvor stor grad målene har blitt oppnådd.

4.2 Smerte og smertebehandling

I dette kapitlet ønsker vi å presentere de aspektene ved smerte og smertebehandling som vi mener er relevante for å kunne besvare vår problemstilling. Vi vil først si litt om hva smerte er og hvordan det kan oppleves, før vi tar for oss sykepleie til pasienter med smerter.

4.2.1 Smerte

I følge Den Norske Legeforening er smerte *”en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse”* (sitert i Berntzen, Danielsen & Almås, 2010, s. 357).

Den Norske Legeforening beskriver videre fenomenet smerte som svært sammensatt, og pasientens opplevelse av smerte er ikke alltid direkte relatert til medisinske årsaker. En viktig faktor som spiller inn på pasientens smerte er pasientens psykososiale tilstand (referert i Berntzen, et al., 2010). Opplevelsen av smerte påvirkes av ulike faktorer som kan forverre eller redusere smerteopplevelsen. Smerte er subjektivt, og bare pasienten selv vet hvor sterk smerten er og hvor lenge den varer. Pasienten kan beskrive smerten til sykepleieren, men beskrivelsen av smerten vil likevel bli ufullstendig fordi opplevelsen av smerte ikke kan beskrives fullstendig med bare ord (Berntzen, et al., 2010). Travelbee (1999) beskriver også at opplevelsen av smerte er egne erfaringer og det er problematisk å videreformidle smerteerfaringen. Ved sterke smerter kan sykepleieren observere pasienten ved å se på ulike symptomer som rask puls, svette og blekhet. Dette er symptomer fra det autonome nervesystemet som forekommer i forbindelse med sterke smerter. Det er likevel ikke alltid at disse symptomene forekommer ved smerte hos pasienten, og det er derfor viktig at pasienten blir trodd av sykepleieren (Berntzen, et al., 2010).

4.2.2 Sykepleie ved smerter

De siste 20-30 årene har smertebehandlingen i helsevesenet bedret seg, fordi kunnskapen rundt smerter, effektive smertestillende midler og ulike måter å smertelindre pasienten på har økt. Likevel er det nå flere tilfeller av alvorlige smertetilstander som er under- og feildiagnostisert, noe som har medført at halvparten av pasientene ikke får den smertebehandlingen som er nødvendig. En forutsetning for god smertebehandling er at det er

en gjensidig tillit mellom sykepleieren og pasienten. Det er viktig at sykepleieren har tillit til pasientens og hans smerteopplevelse, i tillegg til at pasienten har tillit til og stoler på at sykepleieren vil hjelpe ham. I smertebehandlingen er det viktig at brukermedvirkning benyttes ved at pasienten deltar i planleggingen og vurderingen av metode av smertebehandling pasienten skal benytte seg av. Uten pasientens erfaringer og meninger vil det være vanskelig å smertebehandle pasienten fordi det er pasienten som kjenner smerten, og ikke helsepersonellet rundt. På denne måten kan pasienten oppnå følelsen av trygghet, respekt og tillit, noe som vil være med på å øke effekten av smertebehandlingen som gis til pasienten (Berntzen, et al., 2010).

Rusavhengige pasienter er vanskelige å smertebehandle blant annet fordi medikamentene som blir gitt kan vekke medikamentlengsel hos pasienter som har blitt rusfri, eller enkelte pasienter kan prøve å påvirke helsepersonellet ved å si at de har sterke smerter for å få mer medisiner (Legeforeningen, 2009). Personer som har misbrukt opioider har en forsterket smerteopplevelse fordi opioidavhengighet stimulerer nevropsykologiske, atferdsmessige og sosiale responser (Li, et al., 2012). Likevel har rusavhengige personer på lik linje som andre det samme kravet på god behandling (Legeforeningen, 2009). I arbeid med pasientens smertebehandling har sykepleieren en viktig rolle ved å samle inn data, observere pasienten, kartlegge og vurdere pasientens smerte, administrere medikamentelle tiltak og vurdere tiltakenes effekt. Videre omfatter sykepleierens ansvar også det relasjonelle forholdet hun har til pasienten, koordinering og samarbeid (Berntzen, et al., 2010).

Det er viktig at sykepleieren benytter seg av forskningsbasert kunnskap i sykepleiepraksisen da dette kan bidra til å redusere vilkårlig og tilfeldig praksis. I tillegg vil det kunne bli lettere å argumentere faglig for de valgene man tar. Videre tolker sykepleiere pasientens smerte ut fra sine tidligere erfaringer. Disse erfaringene kan i noen tilfeller bidra til at sykepleieren lettere reagerer på og forstår opplevelsen pasienten har av smerten. I smertebehandlingen av pasienten, er det viktig at sykepleieren alltid er bevisst på at det er pasienten som har autoriteten, fordi det er pasienten selv som har smertene. Sykepleieren har enten tillit til eller ikke tillit til pasientens smerteopplevelse. Sykepleiere som ikke har tillit til pasientens utsagn og ikke registrerer ulike uttrykk pasienten gir for smerte, kan fungere effektivt som en hindring i smertebehandlingen av pasienten (Berntzen, et al., 2010).

Edwards et al. (2001) forskning viser at mange sykepleiere har positive holdninger til bruken av opioider i smertebehandlingen av pasienter. Likevel kommer det frem i samme studie at mange sykepleiere gir lavere doser med opioider enn det legen har forordnet. Videre oppmuntrer sykepleierne pasienten til å benytte seg av andre ikke-opioider fremfor opioider. Det kommer også frem at noen sykepleiere har for lite kunnskap om smertebehandling, noe som fører til at de ofte fokuserer på de negative egenskapene ved bruk av opioider i smertebehandling fremfor de positive opplevelsene som gir pasienten blant annet komfort.

I arbeid med smertebehandling, er det viktig at sykepleieren kartlegger og vurderer smertene til pasienten slik at pasienten får tilstrekkelig smertebehandling. For å kunne smertebehandle pasienten må sykepleieren ha informasjon om smertens lokalisasjon, variasjon, intensitet og varighet. Smertekartleggingen bidrar til å bevisstgjøre pasienten på den måten at pasienten blir bevisst på hvilke forhold som lindrer smertene hans, og videre hva som forsterker dem. Det viktigste er at sykepleieren spør pasienten om å beskrive smertene. Måten pasienten beskriver smertene sine på, kan gi sykepleieren et bilde på hvilke smerter pasienten har. Dersom pasienten har problemer med å uttrykke smertene verbalt, må sykepleieren se på fysiologiske tegn og atferdsendringer hos pasienten. Akutte fysiologiske smertereaksjoner er ofte synlige som forhøyet blodtrykk og puls, hurtigere åndedrett, utvidede pupiller og svetting. Akutte atferdsmessige reaksjoner på smerte kan være at pasienten har fokus på og snakker om smerten, gråter og ynker seg, gnir på stedet med smerter, økende muskelspenninger, rynker pannen og lager grimaser. Ved å kartlegge pasientens smerter kan sykepleieren bidra til en adekvat og tilpasset smertebehandling for pasienten. I kartleggingen kan det brukes skalaer eller spørreskjemaer (Berntzen, et al., 2010).

4.3 Holdninger

”En holdning er en spesiell tilbøyelighet til å reagere på en bestemt måte overfor andre mennesker, ting eller hendelser. Holdninger er vurderende eller dømmende i positiv eller negativ retning.” (Håkonsen, 2014, s. 185).

Våre holdninger formes av miljøet rundt oss og baseres på kunnskaper og egne erfaringer. Holdninger handler om at vi tar et standpunkt, og er noe vi har med oss over en lengre periode. Holdninger er derfor ikke noe som kan endres på kort tid eller som er lett å bli kvitt (Håkonsen, 2014).

Holdninger deles inn i tre ulike deler av Håkonsen (2014):

Den tankemessige delen handler om meningene og tankene våre om et emne. Disse meningene og tankene får vi gjennom det vi ser, hører og oppfatter fra miljøet rundt oss. Opplevelser og erfaringer danner ofte grunnlaget for kunnskap og meninger i ulike temaer. Den følelsesmessige delen handler om hvilke følelser vi har. Her utløses positive eller negative følelser. Positive følelser kan være sympati eller respekt, mens negative følelser for eksempel kan være at vi misliker noe, har fordommer til noe eller forakt og avsky. Noen følelsesreaksjoner innenfor ulike temaer kan være vanskelig å endre, og disse reaksjonene kan lett utløses, selv om vi er bevisste på at vi vil endre holdningen vår. Den atferdsmessige delen handler om hvordan vi oppfører oss samt hvordan vi handler og reagerer i forhold til holdningene våre. Holdningene våre bygger på det vi gjør, og holdningene våre kommer dermed tydeligst frem når det er noe vi faktisk gjør. Likevel er det ofte slik at atferden vår ikke alltid samsvarer med det vi føler eller tenker, og i noen tilfeller kan vi gjøre noe helt motsatt gjennom atferden.

4.4 Tillit

Tillit er en grunnleggende holdning som har innflytelse på flere andre psykologiske dimensjoner, og står sterkt i menneskets personlighet. Når et menneske skal utvikle bekjentskap og danne nye relasjoner er tillit med å hjelpe mennesket med å ha et åpent sinn og positive forventninger i møte med et annet menneske. Dette er viktig i møte med nye mennesker slik at de ikke møtes med mistro og mistenksomhet (Håkonsen, 2014). I klinisk arbeid blir tilliten skapt av moralsk integritet, den personlige hjelper, å dele makt, å bry seg, ikke love for mye og kyndighet. Videre er tillit en følelse av andre personers ærlighet, godhet, dyktighet og at de er til å stole på. Ved tillit kan det skje en overføring av makt til en person som bruker makten til å gjøre noe godt på andres vegne. Pasienter taper ofte tillit til seg selv ved sykdom, og det er derfor viktig at pasienten har sykepleieren rundt seg som er til å stole på (Fugelli, 2015).

4.5 Kommunikasjon

”Begrepet ”kommunikasjon” kommer av det latinske *communicare*, som betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i, ha forbindelse med” (Eide & Eide, 2007, s. 17).

I jobben som sykepleier benytter man seg av kommunikasjon. Kommunikasjonen man har sammen med pasienten kalles profesjonell kommunikasjon. Profesjonell kommunikasjon vil

si at man som sykepleier skal hjelpe pasienten gjennom egen faglig kompetanse og posisjon. Relasjon er et begrep som går under kommunikasjon, og handler om at man står i forbindelse med en annen. Det vil si at relasjon handler om kontakt, forbindelse eller en form for forhold mellom mennesker. I arbeidet med pasienten er det viktig at sykepleieren danner en relasjon til pasienten for å kunne hjelpe ham (Eide & Eide, 2007).

Hjelpende kommunikasjon innebærer å hjelpe pasienten, og det er viktig at sykepleieren benytter seg av denne typen kommunikasjon sammen med pasienten. Noen av aspektene ved hjelpende kommunikasjon er å lytte til pasienten, å observere og tolke pasientens verbale og nonverbale signaler, å skape en god relasjon til pasienten, å gi informasjon på en forståelig måte til pasienten, og å møte pasientens ønsker og behov på en tilfredsstillende måte (Eide & Eide, 2007).

Nonverbal kommunikasjon er en stor og viktig del av kommunikasjonen, og ved noen tilfeller kan også nonverbal kommunikasjon erstatte ord (Hummelvoll, 2012). Ved nonverbal kommunikasjon sender man ut ulike uttrykk, som hele tiden må tolkes av mottaker. Disse tolkningene stemmer sjeldent presist med det avsenderen mener å uttrykke. I sykepleierens nonverbale kommunikasjon ovenfor pasienten er det viktig at hun er bevisst ved at hun lytter og uttrykker at hun vil hjelpe. Dette vil videre være avgjørende for om pasienten føler seg trygg og godt ivaretatt av sykepleieren (Eide & Eide, 2007).

Eide & Eide (2007) beskriver seks ulike punkter som de mener er viktige for å ha en god nonverbal kommunikasjon med pasienten. Eksempler på dette er å ha øyekontakt uten å stirre, å innta en mottagende og åpen kroppsholdning, å lene seg frem mot den andre, å følge den andres utsagn nært ved forstående nikk, bekreftende ”med mer”, eller beroligende berøring. I tillegg kan det å være avslappet, naturlig og vennlig i stemmen og bevegelsene og å la ansiktet uttrykke ro, tilstedeværelse og interesse.

4.6 Ethiske perspektiver

I dette kapitlet ønsker vi å rette fokus mot etiske perspektiver vi mener er viktige å ta hensyn til. Vi har valgt å fokusere på autonomi og noen utvalgte punkter fra yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund, 2011).

4.6.1 Autonomi

Begrepet autonomi handler om å ha rett til å få informasjon og videre rett til å velge selv. Dette står også nedfelt i lovens form. Informasjonen skal blant annet inneholde pasienters helsetilstand, diagnose og det som omhandler saker rundt dem og deres situasjon. Hvis pasienten skal kunne foreta seg egne valg er det et kriterium at pasienten har fått god og objektiv informasjon, samt informasjon om positive og negative konsekvenser ved de ulike mulighetene (Brinchmann, 2012). I følge Aakre & Biong (2012) har autonomi blitt lite anvendt i rusomsorgen. I rusomsorgen er selvbestemmelse truet og dette bidrar til at rusavhengige kan føle seg utrygge i møte med helsepersonell.

4.6.2 Yrkesetiske retningslinjer

De yrkesetiske retningslinjene er basert på ICNs (International Council of Nurses) etiske regler og prinsipper, i tillegg til FNs menneskerettighetserklæring (Norsk sykepleierforbund, 2011).

Sykepleiens grunnlag

”Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert” (Norsk sykepleierforbund, 2011).

Sykepleieren og profesjonen

Sykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie, og setter seg inn i det lovverk som regulerer tjenesten.

1.7 Sykepleieren erkjenner grensene for egen kompetanse, praktiserer innenfor disse og søker veiledning i vanskelige situasjoner (Norsk sykepleierforbund, 2011).

Sykepleieren og pasienten

2.1 Sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom.

2.3 Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg.

2.7 Sykepleieren beskytter pasienten mot krenkende handlinger som ulovlig og unødvendig rettighetsbegrensning og tvang.

2.9 Sykepleieren har ansvar for å lindre lidelse, og bidrar til en naturlig og verdig død (Norsk sykepleierforbund, 2011).

5.0 Den opioidavhengige pasienten og aktuelt lovverk

5.1 Definisjon av rusavhengighet

ICD-10 er det internasjonale diagnosesystemet som definerer en avhengighet av rus- eller legemidler. Dersom tre eller flere av kriteriene som nevnt under oppfylles, er det grunnlag for en slik diagnose.

- Sterk lyst eller følelse av trang til å innta midlet
- Problemer med å kontrollere bruk av midlet (overforbruk)
- Abstinens (ubehag eller sykdomstegn ved seponering)
- Toleranse (behov for doseøkning for å opprettholde ruseffekten)
- Neglisjering av andre fornøyelser/interesser og økende tidsforbruk for å anskaffe og bruke midlet for å ta seg inn igjen etter bruk
- Ignorering av konsekvenser (fortsatt bruk til tross for erfaring og kunnskap om uheldige skadevirkninger) (Slørddal, 2013).

5.2 Opioider

De vanligste opiatene i Norge er heroin, morfin, kodein, metadon, buprenorfin, oksykodon, fentanyl og petidin. Noen av disse er legale, noen er illegale og noen blir omsatt illegalt selv om stoffet i seg selv er legalt (Sirus, 2015). Heroin er et kunstig fremstilt psykoaktivt stoff, mens opium, morfin og kodein er fremstilt fra opiumsplanten. Opioider er svært avhengighetsskapende og man kan ofte etter bare 1-2 uker se tegn på økt toleranse eller abstinenssymptomer (Slørddal, 2013). Heroin er det mest avhengighetsskapende opiatet og er det mest brukte i den vestlige del av verden (Håkonsen, 2014). Opioider kan inntas som tabletter, røykes eller injiseres (Skjøtskift, 2012). Langvarig bruk av opioider gir en økt risiko for både psykiske lidelser og somatiske plager (Folkehelseinstituttet, 2014). Personer som bruker opioider over lengre tid, vil etter hvert få økt toleranse for opioider (Folkehelseinstituttet, 2012).

5.3 Rusavhengige personer

De som vokser opp under vanskelige forhold er ofte også de som sliter mest med sosiale nettverk, tilknytning til skolesystemet og andre betydningsfulle personer. De har ofte mindre tiltro til seg selv og når disse personene eksponeres for rusmidler kan de ha en større risiko for å utvikle rusproblemer enn de som har vokst opp under mer normale hjemmeforhold (Lossius,

2011). Alle pasienter er unike, dette gjelder også rusavhengige pasienter. For at behandlingen av rusavhengige pasienter skal bli så god som mulig er det viktig med en god tverrfaglig innsats som tar hensyn til alle helserelaterte faktorer i pasientens liv. Det vil si rusrelaterte faktorer, psykisk helse, somatisk helse, samt sosiale problemer og nettverket rundt pasienten. For å få til en god behandling er det derfor viktig med en god terapeutisk allianse, som forutsetter at hver enkelt pasient møtes med forståelse, empati og respekt (Kronholm, 2011). Vi ser her en sammenheng mellom begrepet ”terapeutisk allianse” og Travelbees (1999) begrep ”å bruke seg selv terapeutisk”.

Tidligere ble rusmiddelavhengighet sett i sammenheng med moral og rusavhengige personer fikk ofte skylden for sine egne lidelser. Denne type holdning har med årene bedret seg, men for mange rusavhengige pasienter henger opplevelsen av slike krenkende møter med helsetjenesten fortsatt igjen. Likevel eksisterer det fortsatt slike holdninger hos noen og det er vanskelig for pasienter å bli møtt med slike holdninger i helsevesenet. Mange rusavhengige personer har opplevd å bli misbrukt, mishandlet og sviktet som barn. Det kan derfor tenkes at disse personene er ekstra følsomme for krenkelser (Skoglund & Biong, 2012). Ruspasienter kan ofte ha dårlig impuls kontroll og affektregulering og det kan derfor være forståelig at mange kan miste besinnelsen og fremstå truende i møtet med behandlingsapparatet (Lossius, 2011). Det er viktig at helsepersonell skiller mellom person og handling i tillegg til å møte pasientene på en vennlig og respektfull måte uten å være dømmende. Erfaring viser at mange rusavhengige pasienter føler seg mistenkeliggjort og stigmatisert av både andre pasienter og helsepersonell. Dette viser seg også hos rusavhengige pasienter som har behov for smertelindring. En vanlig oppfatning er for eksempel at opioidavhengige pasienter manipulerer for å få smertestillende midler for å oppnå rusfølelse. Denne pasientgruppen har de samme rettighetene til helsehjelp som alle andre, og skal derfor også behandles individuelt (Skoglund & Biong, 2012).

Mange rusavhengige personer venter over lengre tid med å oppsøke helsehjelp. Rusavhengige personer som injiserer narkotiske stoffer er utsatt for å få infeksjoner og i noen tilfeller kan ufarlige tilstander videreutvikles til livstruende tilstander. Når det gjelder smertebehandling av denne pasientgruppen, bør adekvat smertebehandling prioriteres foran frykten for å overmedisinere. Når en pasient er innlagt på medisinsk avdeling er det ikke avrusning av pasienten som står i fokus, men heller tilstrekkelig smertebehandling av pasienten. Dersom en

pasient blir for dårlig smertebehandlet, kan det føre til at pasienten skriver seg ut fra sykehuset før behandlingen er gjennomført. Dette er lite hensiktsmessig for både pasienten og sykehusavdelingen siden alliansen mellom pasienten og avdelingen kan være brutt. I tillegg kan man risikere at pasienten reinnlegges som enda sykere kort tid etterpå. Sykepleieren er ofte den personen som står pasienten nærmest gjennom døgnet. Det er derfor naturlig at sykepleieren blir en talsperson for pasientens ulike behov (Skoglund & Biong, 2012).

5.4 Lovverk

I dette kapittelet har vi trukket fram aktuelt lovverk som vi mener er relevant for problemstillingen i oppgaven. Vi har valgt å kun legge frem lovenes formål og virkeområde.

5.4.1 Pasient- og brukerrettighetsloven

Kapittel 1. Alminnelige tjenester

§1.1 Formål

Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten. Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd.

§1.2 Virkeområde

Loven gjelder for alle som oppholder seg i riket. Kongen kan i forskrift gjøre unntak fra lovens kap. 2 for personer som ikke er norske statsborgere eller ikke har fast opphold i riket (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

5.4.2 Helsepersonelloven

Kapittel 1. Lovens formål, virkeområde og definisjoner

§ 1 Lovens formål

Lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten.

§ 2 Lovens virkeområde

Loven gjelder helsepersonell og virksomheter som yter helsehjelp i riket.

§ 3 Definisjoner

Med helsepersonell menes i denne lov:

- 1 Personell med autorisasjon etter § 48 a eller lisens etter § 49,

- 2 personell i helse- og omsorgstjenesten eller i apotek som utfører handlinger som nevnt i tredje ledd,
- 3 elever og studenter som i forbindelse med helsefaglig opplæringer utfører handlinger som nevnt i første ledd.

Departementet kan i forskrift bestemme at loven eller enkelte bestemmelser i loven skal gjelde for nærmere angitt helsepersonell som ikke omfattes av første ledd, herunder personell som Norge etter folkerettslige regler er forpliktet til å gi rett til å utøve yrke som helsepersonell midlertidig i Norge uten norsk autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning. Med helsehjelp menes enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som utføres av helsepersonell.

Med helseinstitusjon menes institusjon som hører under spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven. Departementet kan i forskrift fastsette nærmere bestemmelser om hvilke institusjoner som skal omfattes (helsepersonelloven, 1999).

5.4.3 Spesialisthelsetjenesteloven

Kap. 1. Formål og virkeområde

§ 1-1 Lovens formål

Lovens formål er særlig å:

- 1 Fremme folkehelsen og å motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemming,
- 2 bidra til å sikre tjenestetilbudets kvalitet,
- 3 bidra til et likeverdig tjenestetilbud,
- 4 bidra til at ressursene utnyttes best mulig
- 5 bidra til at tjenestetilbudet blir tilpasset pasientens behov, og
- 6 bidra til at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasientene (spesialisthelsetjenesteloven, 1999).

6.0 Hvordan ivaretar sykepleiere opioidavhengige pasienter med behov for smertebehandling på somatisk sykehus?

Hensikten med dette kapittelet er å drøfte teorien og forskningen vi har brukt tidligere i besvarelsen. Dette ønsker vi å gjøre ved å knytte ulike teorier opp mot hverandre, i tillegg til å komme med egne erfaringer fra praksisfeltet for å besvare problemstillingen. Vi ønsker også å fremheve Travelbee gjennom store deler av drøftingsdelen. Dette for å tydeliggjøre viktigheten av det mellommenneskelige aspektet ved sykepleie i besvarelsen.

Joyce Travelbee baserer mye av sin sykepleietenkning på menneske-til-menneske-forhold. Det som kjennetegner hennes definisjon av dette begrepet er at individets sykepleiebehov blir ivaretatt av sykepleieren. Opplevelser og erfaringer som deles mellom sykepleieren og pasienten står i fokus i utviklingen av et menneske-til-menneske-forhold. Hun er videre opptatt av at sykepleieren og pasienten skal se hverandre som unike personer, og ikke gjennom fordommer og slik kan et kontaktforhold etableres. Hun mener også at pasienter ikke skal sammenlignes med andre pasienter og at sykepleiere skal se det særegne ved hvert enkelt individ (Kristoffersen, 2011; Travelbee, 1999). Vi mener at Travelbees sykepleietenkning gir et godt utgangspunkt for å ivareta pasienter med opioidavhengighet som trenger smertebehandling. Det er ikke uvanlig at rusavhengige pasienter ofte føler at de blir møtt med fordommer og negative holdninger når de blir innlagt på somatisk sykehus (Krokmyrdal & Andenæs, 2015; Li, et al., 2012; Monks, et al., 2012; Morgan, 2006). Vi kan se for oss at dersom alle sykepleiere hadde møtt hver enkelt pasient uten fordommer og heller fokusert på at hver pasient er unik ville flere pasienter følt seg godt ivaretatt. Det er mulig at sykepleiere tidligere kan ha hatt negative erfaringer med rusavhengige pasienter, men vi mener at dette ikke kan legge grunnlaget for hvordan vi møter alle fremtidige rusavhengige pasienter. Vi tror at dersom sykepleiere møter disse pasientene på en respektfull måte vil det kunne bidra til at pasienter som har hatt dårlig erfaring med sykepleiere og helsevesenet kan få et bedre inntrykk og dermed fremmes også relasjonen mellom sykepleieren og pasienten.

Travelbees definisjon på empati er å kunne forstå den psykiske tilstanden til individet i en situasjon som oppstår der og da. Hun mener også at sykepleieren ikke trenger å like eller mislike pasienten for å kunne ha empati. Hun mener at empati bygger på ulike livs- og pasienterfaringer som sykepleieren har tilegnet seg over tid. Travelbee mener at det ikke er mulig for sykepleieren å føle empati for pasienten hvis hun ikke har en lignende erfaring eller

situasjon å bygge på (Travelbee, 1999). Vi mener at det siste utsagnet gir rom for diskusjon fordi som sykepleiere vil vi til stadighet komme opp i situasjoner som ikke kan sammenlignes med andre situasjoner. Vi har selv erfart å komme opp i situasjoner vi ikke har hatt tidligere erfaring med, og likevel følt empati for pasienten da vi har forståelse for hvorfor pasienten har det vanskelig. På en annen side ser vi at i de fleste situasjoner vil det kunne være enkelte fellestrekk med tidligere situasjoner vi har erfart. Eksempelvis har ingen av oss noen personlig erfaring med misbruk av opioider, men vi har derimot opplevd å ha smerter. Vi tror derfor det er mulig å føle empati uten tidligere lignende erfaringer, men at det sannsynligvis er lettere hvis det bygger på erfaringer fordi vi da har et utgangspunkt å gå ut ifra.

I forskningsartiklene vi har benyttet oss av i teorikapittelet kommer det frem at sykepleiere kan ha mangelfull kunnskap rundt smertebehandling av rusavhengige. I tillegg oppgir pasienter at de ikke føler seg ivaretatt av sykepleiere. Dette gikk stort sett ut på at pasientene ikke følte seg trodd av sykepleierne når de oppga at de hadde smerter (Krokmyrdal & Andenæs, 2015; Li, et al., 2012; Monks, et al., 2012; Morgan, 2006). En av oppgavene til sykepleieren er å observere de kliniske tegnene på smerte hos pasienten for å kunne gi adekvat smertelindring. Symptomer som rask puls, svette og blekhet kan være tegn på sterke smerter, men disse symptomene forekommer ikke alltid, og det er derfor viktig at sykepleieren tror på pasienten når han forteller om sine smerter (Berntzen, et al., 2010).

38,7% av sykepleiere som var inkludert i en undersøkelse på to sykehus i Norge, svarte at opioidavhengighet ikke fører til økt smerteopplevelse (Krokmyrdal & Andenæs, 2015). Til tross for dette skriver Li, et al. (2012) at denne pasientgruppen har forsterket smerteopplevelse. Personer som har brukt opioider over lengre tid vil også ha utviklet økt toleranse overfor opioider (Folkehelseinstituttet, 2012). Vi ser det derfor som nødvendig å alltid ta dette med i betraktning under smertebehandling av denne pasientgruppen. Ved smertebehandling skal sykepleieren kartlegge smerter i samarbeid med pasienten, fordi det er pasienten selv om har smerter og bare han kan vite hvor sterke disse er. Likevel kan det være utfordrende for pasienten å sette ord på smertene siden smerte er en subjektiv følelse (Berntzen, et al., 2010).

Rusavhengige personer har ofte blitt utsatt for ulike typer krenkelser gjennom livet, og kan derfor være ekstra følsomme for dette. Denne pasientgruppen føler seg også ofte stigmatisert og mistenkeliggjort i møte med helsevesenet. I møte med rusavhengige pasienter er det derfor

viktig at vi som sykepleiere møter dem på en vennlig og respektfull måte, uten å dømme (Skoglund & Biong, 2012). Forutsetningen for god smertebehandling er at det er gjensidig tillit mellom sykepleieren og pasienten (Berntzen, et al., 2010). Selv har vi også erfart at denne pasientgruppen noen ganger blir mistenkeliggjort når de uttrykker smerte. Vi har begge opplevd i praksis at sykepleiere har vært tilbakeholdne med å gi medikamenter som har vært forordnet. Eksempler på dette kan være å gi en mindre dose smertestillende fordi sykepleierne gir uttrykk for at de tror at pasienten kun er ute etter rusfølelsen. Vi mener at dette er et godt eksempel på mangelfull kunnskap om smertebehandling hos sykepleiere. I tillegg strider slike handlinger imot både spesialisthelsetjenesteloven §1-1 punkt 3 og 5 (1999) samt yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund, 2011), som går ut på at alle pasienter skal få et likeverdig tjenestetilbud, og at tjenestetilbudet blir tilpasset pasientens behov. I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere vises det til at sykepleieren skal ivareta den enkelte pasientens behov for helhetlig omsorg og beskytte pasienten mot krenkende handlinger. Sykepleieren har også et ansvar for å lindre lidelse samt fremme helse og forebygge sykdom (Norsk sykepleierforbund, 2011).

Joyce Travelbees (1999) begrep ”å bruke seg selv terapeutisk” handler om at sykepleieren bruker egen personlighet og kunnskap for å skape en forandring som lindrer pasientens plager. For å ha evnen til dette er det viktig at sykepleieren har selvinnsikt, medfølelse og empati. Hun mener at det er viktig å vise vennlighet ovenfor pasienten, men at kunnskap og vitenskapelig innsikt er vel så viktig. Hun tydeliggjør at sykepleieren må anvende både kunnskap og vennlighet i arbeidet med pasienten for at det skal bli terapeutisk. Vi mener også at dette er meget viktig når vi som sykepleiere skal ivareta opioidavhengige pasienter med smerter. Dette fordi uten kunnskap kan vi ikke gi pasienten god nok smertebehandling. Opioidavhengige pasienter har ofte økt toleranse for opioider i tillegg til at mange har forsterket smerteopplevelse (Folkehelseinstituttet, 2012; Li, et al., 2012). Dette føler vi er et eksempel på kunnskap som er avgjørende for om smertebehandlingen av den opioidavhengige pasienten blir god eller dårlig. Vennlighet er ikke mindre viktig av den grunn, for hvordan kan vi yte omsorg til et sårbart menneske med smerter hvis vi ikke har evnen til å vise empati og vennlighet? Vi ser for oss at forholdet mellom sykepleier og pasient blir kaldt og overfladisk dersom sykepleieren ikke er vennlig mot pasienten. Vi ser det også som problematisk å bygge en relasjon hvis ikke forholdet er basert på vennlighet og empati som videre legger grunnlaget for smertebehandlingen. I likhet med Travelbee (1999) skriver Kronholm (2011) at for å få til

en god behandling av rusavhengige pasienter er det viktig med en god terapeutisk allianse. For å få til dette er det viktig at hver pasient må møtes med forståelse, empati og respekt.

Ved sykdom taper ofte pasienten tillit til seg selv, og da er det avgjørende at pasienten har en sykepleier rundt seg som er til å stole på (Fugelli, 2015). Tillit er en viktig og grunnleggende holdning som står sterkt i menneskets personlighet. Videre bidrar tillit til å hjelpe mennesket med å ha et åpent sinn og positive forventninger i møte med nye mennesker (Håkonsen, 2014). Studier viser at når pasientene blir møtt som personer og ikke bare som et problem var det lettere å skape en god relasjon mellom sykepleier og pasient (Monks, et al., 2012). For at pasienten skal oppnå god smertebehandling er det vesentlig at det er en gjensidig tillit mellom sykepleieren og pasienten. Denne tilliten skapes ved at sykepleieren har tillit til pasienten og hans opplevelse av smerte og at pasienten har tillit til og stoler på at sykepleieren er der for å hjelpe ham. For å kunne oppnå tilfredsstillende smertebehandling bør pasienten inkluderes i planleggingen og vurderingen av smertebehandlingen pasienten skal benytte seg av. Dette er nødvendig fordi det er pasienten som kjenner smerten, og ikke sykepleieren.

En tidligere praksiserfaring som er med oss er en situasjon der en opioidavhengig pasient måtte innlegges akutt på somatisk sykehus på grunn av brystmerter. Pasienten hadde på forhånd blitt lovet en tilstrekkelig dose smertestillende i samråd med legen som tok imot pasienten, men når pasienten ankom sengeposten fikk han en mindre dose enn avtalt. I følge pasienten selv var dette fordi sykepleierne var redd for at han skulle oppnå rusfølelse av medikamentene. I dette eksempelet føler vi at tilliten ble brutt mellom sykehuset og pasienten fordi pasienten ble lovet noe på forhånd som senere ikke ble holdt. På bakgrunn av dette eksempelet forstår vi hvorfor mange rusavhengige utsetter å dra på sykehus da vi kan se for oss at det er stor påkjenning for pasienten å først bli lovet noe som gjør at pasienten kanskje slapper av litt, for så å oppleve å bli sveket av helsepersonellet på sykehuset. Ved et tillitsbrudd mellom sykepleier og pasient ser vi også for oss at det kan oppstå konflikter. Lossius (2011) skriver også at mange rusavhengige pasienter har dårlig impuls kontroll og affektregulering, og dette tror vi kan føre til at pasientene mister besinnelsen i situasjoner der de ikke føler seg respektert.

I følge Aakre & Biong (2012) har autonomi blitt lite anvendt i rusomsorgen, noe som kan føre til at rusavhengige pasienter kan føle seg utrygge i møtet med helsepersonell. Ved at pasienten får delta i planleggingen, tror vi at dette kan bidra til å styrke pasientens autonomi.

På denne måten vil pasienten oppnå følelse av trygghet, respekt og tillit, noe som vil være med på å øke effekten av smertebehandlingen. Ved de tilfellene sykepleieren ikke har tillit til pasienten og hans smerteopplevelse vil sykepleieren bli et hinder i smertebehandlingen (Berntzen, et al., 2010). Vi mener at når sykepleieren ikke har tillit til pasienten og hans smerteopplevelse er dette et eksempel på mangelfull sykepleie. For hvilke forutsetninger har sykepleieren for å si om et annet menneske har smerter eller ikke? Vi stiller oss undrende til at for eksempel en pasient uten rusproblemer hadde blitt møtt med de samme holdningene som en person som er avhengig av opioider. Sistnevnte pasientgruppe har rett på lik behandling som alle andre, så hvorfor blir de i større grad enn andre møtt med mistro?

Fugelli (2015) sier at tillit er en følelse av andre personers ærlighet, godhet, dyktighet og at de er til å stole på. Tidligere erfaring har vist at pasienter med opioidavhengighet samarbeider godt og er ærlige om sitt rusmisbruk dersom sykepleiere viser respekt og oppnår tillit (Li, et al., 2012). Ved å ta utgangspunkt i dette, ser vi desto større grunn til å vise pasienten respekt, tillit og bygge en god relasjon. En vanlig oppfatning blant helsepersonell er at rusavhengige pasienter manipulerer for å få mer smertestillende midler, for å videre oppnå en følelse av rus (Skoglund & Biong, 2012). I undersøkelsen til Li, et al. (2012) svarte 56,1% av sykepleierne at de følte seg manipulert av opioidavhengige pasienter. Vi stiller oss kritiske til dette utsagnet da vi ikke forstår hvordan sykepleierne følte at de ble manipulert. Er det da slik at sykepleierne har mistenkt pasienten for å overdrive smertene og at sykepleierne har følt seg lurt i etterkant av å ha delt ut smertestillende medikamenter? Til tross for dette skriver Skoglund og Biong (2012) at når pasienten er innlagt på medisinsk avdeling er det ikke et mål å avruse pasienten, men heller å gi tilstrekkelig smertebehandling. Dette utsagnet er vi enige i, da vi mener at når en pasient innlegges for akutte smerter er det dette som skal ha hovedfokus i behandlingen. Det er ikke for moralisering og avrusning at pasienten innlegges på medisinsk avdeling, men for somatiske årsaker, som i dette tilfellet er smerter.

I forskningsartiklene vi har beskrevet i teoridelen kommer det frem at sykepleieres holdninger ovenfor rusavhengige pasienter ofte er negative. Disse gikk blant annet ut på at sykepleierne ikke trodde på pasientene når de beskrev smerte, og det fremstilles som at sykepleiere hadde mer negative holdninger mot denne pasientgruppen enn mot andre. Det kom også frem at noen mente at disse pasientene ikke var verdig en sykehusseng. Disse holdningene blant sykepleiere resulterte i at rusavhengige pasienter ofte ikke fikk den behandlingen de har krav på. Eksempler på dette kan være at denne pasientgruppen ofte blir underdiagnostisert og at de

ikke blir godt nok smertebehandlet under innleggelse (Krokmyrdal & Andenæs, 2015; Li, et al., 2012; Monks, et al., 2012; Morgan, 2006). Studier viser at sykepleiere mente at de hadde mangelfull kunnskap om omsorg til rusavhengige pasienter. Likevel svarte mange at de ikke tok initiativ til å tilegne seg ny kunnskap om temaet. Mange sykepleiere oppgir også arbeidsplassen og kolleger som primærkilde for kunnskap og kompetanse (Krokmyrdal & Andenæs, 2015; Monks, et al., 2012). Våre meninger angående dette er at arbeidsplass og kolleger kan være en god kilde til utvikling av kunnskap og kompetanse, men at faglitteratur og forskning også er høyst nødvendig for å utvikle fagfeltet. Berntzen, et al. (2010) poengterer også at sykepleiere bør anvende forskningsbasert kunnskap i sitt arbeid da dette kan være med å redusere vilkårlig og tilfeldig praksis. Under vår sykepleierutdannelse har det vært mye fokus på å arbeide kunnskap- og forskningsbasert. Det er etter vår mening derfor forbausende at to av forskningsartiklene vi valgte viser at sykepleiere ikke ser ut til å jobbe kunnskapsbasert. Vi kan se for oss at dersom sykepleiere kun benytter seg av arbeidsplass og kolleger som kilde til faglig utvikling, vil den faglige utviklingen inneholde begrensninger. Eksempelvis tror vi at negative holdninger ovenfor enkelte pasientgrupper kan gå i arv og hindre utviklingen av positive holdninger i fremtiden. Håkonsen (2014) skriver at tankemessige holdninger handler om meninger og tanker om et tema som dannes gjennom miljøet rundt oss. Hvis det da er slik at mange sykepleiere på et arbeidssted har negative holdninger mot rusavhengige pasienter, vil det da muligens være vanskelig for nye sykepleiere å mene noe annet enn de som allerede har integrert seg i arbeidsmiljøet. Vi mener også at grunnleggende kunnskap om å yte omsorg til rusavhengige pasienter er avgjørende for å kunne gi god smertebehandling.

Følelsesmessige holdninger handler om hvilke følelser vi har, både positive og negative. Positive følelser kan være sympati eller respekt, mens negative følelser kan være at man misliker noe, har fordommer til noe, eller forakt og avsky (Håkonsen, 2014). Vi kan forstå at mange tar avstand fra bruk av ulovlige rusmidler. Likevel ser vi ingen grunn til å forakte rusavhengige personer. I tillegg mener vi at det er svært viktig å være bevisst på at grunnlaget for all sykepleie blant annet er å ha respekt for det enkelte menneskets liv og verdighet (Norsk sykepleierforbund, 2011). I følge Li, et al. (2012) svarte 55,7% av sykepleierne i deres undersøkelse at opioidavhengighet er en sykdom. Dersom dette er representativt for sykepleiere i Norge ser vi desto mindre grunn til å ha negative holdninger rettet mot opioidavhengige pasienter. Som sykepleiere er det viktig at vi skiller mellom person og

handling og at vi møter rusavhengige pasienter på en vennlig og respektfull måte (Skoglund og Biong, 2012).

Travelbee (1999) mener at sympati er en holdning som bygger på tanker og følelser og at sykepleierens sympati eller mangel på sympati formidles til pasienten gjennom holdninger og væremåte. Håkonsen (2014) skriver at handlinger påvirkes av holdninger. Slik vi tolker dette, vil smertebehandlingen til hver enkelt pasient påvirkes av de holdningene sykepleieren har. Vi tror på bakgrunn av dette at det er en forutsetning at sykepleieren har sympati ovenfor pasienten for å kunne gi god smertebehandling, siden handlinger påvirkes av holdninger. Holdninger er ikke noe som kan endres i løpet av kort tid eller som er lett å bli kvitt. Holdninger bygger på miljøet, kunnskaper og egne erfaringer.

Forskningen vi har benyttet oss er publisert fra 2006 til 2015 og likevel kommer det frem at hovedutfordringene ved smertebehandling av rusavhengige pasienter er negative holdninger og manglende kunnskap (Krokmyrdal & Andenæs, 2015; Li, et al., 2012; Monks, et al., 2012; Morgan, 2006). Vi ser en sammenheng mellom negative holdninger og negative handlinger. I dette tilfellet er handlingene at sykepleierne gir mangelfull smertebehandling til denne pasientgruppen. På bakgrunn av at holdninger bygger på kunnskap, ser vi viktigheten av at kunnskapen rundt dette temaet må økes for å kunne endre holdninger på sikt. Sykepleiere bør bli mer bevisste på lovverket, spesielt i forhold til at alle pasienter har krav på likeverdig, men også individuelt tilpasset og kvalitetssikret behandling (spesialisthelsetjenesteloven, 1999; pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Som nevnt tidligere i besvarelsen har opioidavhengige personer økt toleranse for opioider i tillegg til at de har økt smerteopplevelse som konsekvens av langvarig misbruk (Folkehelseinstituttet, 2012; Li, et al., 2012). Vi ser det derfor som nødvendig at pasientene blir tatt på alvor og at de får tilstrekkelige doser mot smertene. For at pasienten skal få tilstrekkelig og individuelt tilpasset smertebehandling er det vesentlig å kartlegge smertene (Berntzen et al., 2010). Vi mener at Travelbees (1999) sykepleieprosess kan være en god metode for å kartlegge pasientens smerter. Denne tar sikte på observasjon, tolkning, beslutningstaking, handling og evaluering. I følge Travelbee (1999) er disse fem punktene grunnleggende ferdigheter som alle sykepleiere trenger i arbeidet med pasienter. For å kartlegge best mulig, bør spørreskjemaer eller skalaer benyttes. For best mulig smertebehandling må sykepleieren sørge for å få informasjon om smertens lokalisasjon,

variasjon, intensitet og varighet. Ved å kartlegge smertene bidrar sykepleieren til å bevisstgjøre pasienten om hvilke forhold som lindrer smertene og hva som forsterker smertene.

Dersom pasienten har problemer med å uttrykke smerter, må sykepleieren se etter fysiologiske tegn og atferdsmessige endringer hos pasienten. Eksempler på fysiologiske smertereaksjoner er forhøyet blodtrykk og puls, økt respirasjonsfrekvens og svetting. Eksempler på atferdsmessige reaksjoner er at pasienten har fokus på smerten, snakker om den, gråter og ynker seg (Berntzen et al., 2010). I Lis et al. (2012) studie svarte over halvparten av sykepleierne at de aldri kartla smerter. Basert på det Berntzen et al. (2010) skriver mener vi at dette gir dårlige forutsetninger for smertebehandling av opioidavhengige pasienter. For hvordan kan sykepleieren hjelpe pasienten med å lindre smertene dersom hun velger å ikke benytte seg av smertekartleggingsverktøy? Vi kan tenke oss at sykepleiere i slike tilfeller har problemer med å forstå smertenes omfang og intensitet hvis hun ikke observerer fysiologiske og atferdsmessige smertereaksjoner. Både Travelbee (1999) og Berntzen et al. (2010) skriver at formidlingen av smerte er utfordrende siden smerte er basert på egne erfaringer og at det er problematisk å videreformidle denne erfaringen. I praksis har vi erfart at det å formidle smerte er krevende både for pasienten som har smerter, men at det også er vanskelig for oss som sykepleierstudenter å forstå hvordan pasientens smerte føles. På bakgrunn av dette mener vi at smertekartleggingsverktøy bør benyttes i mye større grad, da det er et verktøy og et hjelpemiddel som kan gjøre det lettere både for sykepleiere og pasienten å danne oss et bilde av smertene.

Profesjonell kommunikasjon er en sentral del av sykepleien. Denne har som mål å hjelpe pasienten ved bruk av faglig kompetanse og posisjon. For å kunne hjelpe pasienten må sykepleieren bygge en relasjon til pasienten gjennom god kommunikasjon. Hjelpende kommunikasjon innebærer å hjelpe pasienten med å lytte, observere og tolke pasientens verbale og nonverbale signaler samt å møte pasientens ønsker og behov på en tilfredsstillende måte (Eide & Eide, 2007). Vi mener at for å kunne hjelpe pasienten med å behandle smertene må det være en relasjon mellom sykepleieren og pasienten. Som sykepleiere må vi ofte forholde oss til mennesker i sårbare situasjoner. Derfor er det viktig å vise at vi har den faglige kompetansen som trengs for å kunne hjelpe pasienten med hans problem. For å få til dette, mener vi det er nødvendig at sykepleieren bygger en relasjon til pasienten for å vise at hun er til å stole på. Siden sykepleieren ofte er den personen som står nærmest pasienten

under innleggelse på sykehus, er det også naturlig at sykepleieren fungerer som pasientens talsperson (Skoglund & Biong, 2012).

For å kunne fungere som en talsperson mener vi at det må foreligge en relasjon i bunn som også forutsetter en optimal kommunikasjon. Vi ser for oss at det vil være svært vanskelig å kunne tale pasientens sak dersom vi ikke vet pasientens ønsker og behov, noe som vil være lite sannsynlig dersom vi ikke har bygget opp en relasjon på forhånd. Vi har også tidligere erfart at det er lettere å observere og kartlegge smerter dersom vi kjenner pasienten godt. Vi tror det vil være lettere for pasienten å uttrykke smerte til noen han kjenner og stoler på. Travelbee (1999) skriver at kommunikasjonen mellom sykepleieren og pasienten er avgjørende for å bli kjent med pasienten. Travelbee mener også at når sykepleieren og pasienten har etablert en kontakt, får pasienten tillit til sykepleieren som gjennom handlinger viser at hun er til å stole på (referert i Kristoffersen, 2011). Studier viser at sykepleiere som ikke kjenner pasientene har vanskeligheter med å yte god omsorg til pasientene (Monks, et al., 2012).

Vi er enige i Travelbees syn på kommunikasjon med tanke på kartleggingen av pasientens særegne behov for å planlegge og utføre helhetlig sykepleie (referert i Kristoffersen, 2011). Vi mener at for å kunne kartlegge pasientens særegne behov må vi også kjenne pasienten og ha en relasjon til ham. For å få til dette mener vi at sykepleieren må legge grunnlaget for behandlingen gjennom kommunikasjon, relasjon og tillit. Dette for at pasienten skal kunne stole på oss og tørre å uttrykke sine behov for smertebehandling. Vi ønsker å poengtere at et av helsepersonellovens (1999) formål er å bidra til at pasienten skal få tillit til helsepersonell. Uten dette forstår vi ikke hvordan vi skal kunne ivareta opioidavhengige pasienters behov for smertebehandling.

Det foregår alltid en eller annen form for kommunikasjon mellom sykepleier og pasient. For eksempel kommuniserer vi noe til hverandre gjennom hvordan vi ser ut, gjennom holdning, handling og ansiktsuttrykk (Travelbee, 1999). Nonverbal kommunikasjon er også en vesentlig del av kommunikasjon og kan ved noen tilfeller erstatte ord (Hummelvoll, 2012). Som sykepleier er det viktig å være bevisst på den nonverbale kommunikasjonen, for ved å lytte og uttrykke at hun ønsker å hjelpe vil det være avgjørende for om pasienten føler seg trygg og ivaretatt (Eide & Eide, 2007). Travelbee (1999) påpeker viktigheten av at sykepleieren forstår det den syke kommuniserer. Vi ser også viktigheten av dette, for hvordan skal vi kunne

planlegge adekvat smertebehandling dersom vi ikke har forstått informasjonen pasienten forsøker å uttrykke? For å få til en tilfredsstillende smertebehandling mener vi det er viktig at sykepleieren ofte er tilstede hos pasienten, og forsøker å tolke pasientens nonverbale kommunikasjon med tanke på det pasienten uttrykker gjennom for eksempel ansiktsuttrykk som kan være en indikator på smerte. Likevel beskriver Eide & Eide (2007) at tolkningene sjeldent stemmer presist med det som avsenderen mener å uttrykke. Vi tror at dersom en kontakt, tillit og relasjon er etablert mellom sykepleieren og pasienten gjennom den verbale kommunikasjon kan det være lettere for sykepleieren å tolke pasientens nonverbale uttrykk fordi hun kjenner pasienten. Dette mener vi legger et godt grunnlag for smertebehandling av opioidavhengige pasienter.

Som nevnt tidligere i oppgaven blir mange rusavhengige pasienter møtt med fordommer og krenkelser i helsevesenet. De kan derfor være ekstra følsomme for nye krenkelser (Skoglund & Biong, 2012). I møte med denne pasientgruppen er det derfor ekstra viktig å ha en åpen kroppsholdning, å være bekræftende, vennlig og naturlig i stemme og bevegelser (Eide & Eide, 2007). Mange rusavhengige personer utsetter å oppsøke helsehjelp for somatiske plager som smerter (Skoglund & Biong, 2012). Vi kan tenke oss at en av årsakene til dette er at de ofte blir møtt med negative holdninger og krenkelser, og at de derfor gruer seg til å møte helsepersonell. Vi forstår hvorfor rusavhengige pasienter utsetter å oppsøke helsevesenet, og vi mener det er desto viktigere å endre holdninger til denne pasientgruppen. I tillegg må vi sørge for at pasientene får en positiv opplevelse og blir godt ivaretatt under en sykehusinnleggelse. Hvis vi som sykepleiere klarer å lese pasientens kommunikasjon gjennom hans utseende, holdning og ansiktsuttrykk, og tolke disse uttrykkene ser vi for oss at vi kan yte mer helhetlig sykepleie. Spesielt dersom pasientens nonverbale kommunikasjon uttrykker mistillit til helsepersonell på grunn av tidligere negative erfaringer. Vi mener derfor at i slike tilfeller er det ekstra viktig å være imøtekommende og vise respekt for å kunne ivareta behovet for smertebehandling hos opioidavhengige pasienter.

7.0 Konklusjon

Temaet vi har valgt for oppgaven er svært omfattende og på grunnlag av tiden vi har hatt til disposisjon har vi vært nødt til å foreta en del begrensninger i form av valg av teori. Vi kunne ha valgt å inkludere alternativ smertebehandling, og spesielt ikke-medikamentelle metoder for å besvare vår problemstilling. Vi kunne også hatt et større fokus på etikk da vi føler at temaet vi har valgt inneholder flere etiske dilemmaer. Likevel ønsket vi å sette fokus på kunnskap og holdninger da funnene i forskningsartiklene vi har brukt peker på store mangler hos sykepleiere innenfor nettopp kunnskap og holdninger. På bakgrunn av dette mener vi at utfra valgt teori har vi tilstrekkelig grunnlag for å drøfte problemstillingen og å danne oss et bilde av hva som er viktig for å kunne gi adekvat smertebehandling til opioidavhengige pasienter.

Smertebehandlingen til opioidavhengige personer har vært utfordrerne over lang tid, slik forskning også viser (Morgan, 2006; Li, Undall, Andenæs & Nåden, 2012; Krokmyrdal & Andenæs, 2015; Monks, Topping & Newell, 2012). Vi tror det er en sammenheng mellom negative holdninger og lite kunnskap hos sykepleiere. Vi ser derfor viktigheten av at kunnskapen rundt dette temaet må økes for å kunne endre holdninger på sikt. På bakgrunn av dette mener vi at dette temaet bør få en større plass i sykepleierutdanningen, slik at fremtidige sykepleiere har mer kunnskap rundt rusavhengige, og kan møte dem på en bedre måte i fremtiden. Sykepleierutdanningen bør også ha et større fokus rundt smertekartlegging og smertebehandling, og sykepleiere i jobb bør anvende forskningsbasert kunnskap i større grad.

Travelbee (1999) mener at alle sykepleiere skal se pasienter som særegne og unike individer. Videre mener hun at sykepleieren ikke skal sammenligne pasienten som hun behandler med tidligere pasienter. Vi kan se for oss at hvis pasienten blir møtt på denne måten vil det dannes en relasjon mellom sykepleieren og pasienten. Dette mener vi kan bidra til en mer tilfredsstillende ivaretagelse av smertebehandlingen til pasientgruppen da det er blitt dannet et tillitsforhold mellom dem.

For at sykepleiere skal kunne ivareta opioidavhengige pasienter og for at disse pasientene skal føle seg ivaretatt mener vi at sykepleiere bør bli mer bevisst på egne holdninger, oppdatering av kunnskap og se pasienten som et unikt individ. Dette mener vi vil gi gode forutsetninger for smertebehandling til opioidavhengige pasienter i fremtiden.

Litteraturliste

* Aakre, M. & Biong, S. (2012). Ethiske utfordringer og etisk kompetanse – om makt, verdighet og dømmekraft i rusomsorgen. I Biong, S. & Ytrehus, S. (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. (S. 78-96). Akribe AS.

Berntzen, H., Danielsen, A. & Almås, H. (2010). Sykepleie ved smerter I H. Almås, D-G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.). *Klinisk sykepleie 1*. (4. utg., s. 355-398). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Brinchmann, B. S. (2012). De fire prinsippers etikk. I Brinchmann, B. S. (Red.). *Etikk i sykepleien* (3. utg., s. 81-96). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

* Edwards, H. E., Nash, R. E., Najman, J. M., Yates, P. M., Fentiman, B. J., Dewar A., ... Skerman, H. M. (2001). Determinants of nurses' intention to administer opioids for pain relief. *Nursing and Health sciences*, 3(3), 149-159. doi:10.1046/j.1442-2018.2001.00080.x

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

* Folkehelseinstituttet. (2012). *Fakta om de enkelte rusmidlene*. Lokalisert på:
http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,6397&MainContent_6263=6464:0:25,6414&List_6212=6218:0:25,6422:1:0:0:::0:0

* Folkehelseinstituttet. (2014). *Ruslidelser i Norge – folkehelse rapporten*. Lokalisert på:
http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_7242&Main_6157=7239:0:25,8904&MainContent_7239=7242:0:25,8906&Content_7242=7244:110543:::0:7243:6:::0:0

* Fugelli, P. (2015). *Grunnstoffet tillit*. Lokalisert på:
<https://sykepleien.no/2011/06/grunnstoffet-tillit-0>

* Haber, P.S., Demirkol, A., Lange, K. & Murnion, B. (2009). Management of injecting drug users admitted to hospital. *The Lancet*. 374(9697), 1284-1293. doi:10.1016/S0140-6736(09)61036-9.

Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. §§1-3. (2015).

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt-ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. (4. utg.). Oslo: Abstrakt.

Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1: Sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar*. (2. utg., s. 207-280). Oslo: Gyldendal Akademisk.

* Krokmyrdal, K. A. & Andenæs, R. (2015). Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study. *Nurse Education Today*. 35(6), 789-794. doi: 10.1016/j.nedt.2015.02.022.

* Kronholm, K. (2011). Avrusning. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling: til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. (1. utg., s. 139-163). Oslo: Gyldendal Akademisk.

* Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. (2. utg., s. 41-97, s. 155-171). Oslo: Gyldendal Akademisk.

* Legeforeningen. (2009). *Retningslinjer for smertelindring*. Lokalisert på: <http://legeforeningen.no/PageFiles/44914/Retningslinjer%20smertebehandling%20dnlf.pdf>

* Li, R., Undall, E., Andenæs, R. & Nåden, D. (2012). Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus. *Sykepleien Forskning*. 7(3), 252-260. doi: 10.4220/sykepleienf.2012.0131.

* Lossius, K. (Red.). (2011). Om å ruse seg. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling: til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. (1. utg., s. 21-37). Oslo: Gyldendal Akademisk.

* Monks, R., Topping, A. & Newell, R. (2012). The dissonant care management of illicit drug users in medical wards, the views of nurses and patients: a grounded theory study. *Journal of Advanced Nursing*. 69(4), 935-946. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06088.x.

* Morgan, B. D. (2006). Knowing How to Play the Game: Hospitalized Substance Abusers' Strategies for Obtaining Pain Relief. *Pain Management Nursing*. 7(1), 31-41. doi: 10.1016/j.pmn.2005.12.003.

Norsk sykepleieforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*. Oslo: NSF

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. §1. (2015).

* Sirius. (2015). *Rusmidler i Norge*. Lokalisert på:
http://wpstatic.idium.no/www.sirus.no/2015/12/rusmidler_i_norge2015.pdf

* Skjøtskift, S. (2012). Rusmidlenes virkninger og skadevirkninger. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. (s. 99-120). Oslo: Akribe AS.

* Skoglund, A. & Biong, S. (2012). Sykepleie til personer med opioidavhengighet i somatisk sykehus. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (s. 186-201). Oslo: Akribe AS.

* Slørdal, L. (2013). Misbruk av legemidler og rusmidler. I H. Nordeng & O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem*. (2. utg., s. 375-384). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Spesialisthelsetjenesteloven, LOV-1999-07-02-61. §1. (2015).

* Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.