

BACHELOROPPGAVE

Sykepleiers kunnskaper og holdninger til ruspasienters behov for smertelindring

av

kandidatnummer 65
Karianne Hillersøy

Bachelor i sykepleier

SK 152

Mai 2016

6932 ord

Rettleader: Birgit Weel Skram



Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)

Jeg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane tillatelse til å publisere oppgaven «Sykepleiers kunnskaper og holdninger til ruspasienters behov for smertelindring»

i Brage hvis karakteren A eller B er oppnådd.

Jeg garanterer at jeg er opphavsperson til oppgaven, sammen med eventuelle medforfattere. Opphavsrettslig beskyttet materiale er brukt med skriftlig tillatelse.

Jeg garanterer at oppgaven ikke inneholder materiale som kan stride mot gjeldende norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og navn og sett kryss:

Kandidatnummer 65, Karianne Hillersøy

JA NEI

*«Folk siger her i herredet, at Jeppe drikker, men de
sler ikke, hvorfor Jeppe drikker» (Holberg, 1722)*



Bildet er hentet fra: <http://jeppepaabjerget.dk/images/020.png>

SAMMENDRAG

Tittel:

Sykepleiers kunnskaper og holdninger til ruspasienters behov for smertelindring

Bakgrunn for valg av tema:

Bakgrunnen for temaet var erfaringer i praksis, der jeg opplevde at rusavhengiges smerteproblematikk ikke alltid ble tatt på alvor. Jeg ønsket å tilegne meg mer kunnskap om temaet, for å kunne møte ruspasienter på en god måte.

Problemstilling:

Hvordan kan sykepleiers kunnskaper og holdninger påvirke ruspasientens smertebehandling?

Fremgangsmåte:

Fremgangsmåten som er brukt i denne oppgaven er litteraturstudie. Litteratursøket ble gjennomført i databasene SveMed+, Pubmed, Oria og i Cinahl ved hjelp av søkeordene: «nurse», «attitude», «drug», «challenges», «abuse», «patients», «holdning», «kunnskap» og «smertelindring».

Funn:

Funnene viser at negative holdninger kan gi et uønsket pasient-sykepleierforhold. I en av studiene var det motstridene funn av kunnskap, og hva som ble gjort i praksis. Sykepleiers negative holdninger kan komme som følge av frykt for at ruspasienten skal opptre aggressivt og truende. Noen sykepleiere har også frykt for respirasjonsdepresjon og opioidavhengighet.

Oppsummering:

Sykepleien som blir gitt har en sammenheng med sykepleiers holdninger. Negative holdninger kan påvirke sykepleier-pasient forholdet, der resultatet blir en uønsket pasientbehandling. Gode holdninger gir grunnlaget for en god relasjon.

Sykepleiers kunnskaper om ruspasienten har betydning for å kunne gi tilstrekkelig smertebehandling, samt innsikt i hvorfor man kan møte motstand i relasjonsoppbyggingen. Manglende kunnskaper vil bidra til uønsket pasientbehandling, derfor er kunnskap om menneskelig nærhet er derfor viktig for sykepleier.

Innhold

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn	1
1.2	Problemstilling.....	2
1.3	Avgrensing	2
1.4	Begrepsavklaringer	2
1.4.1	Ruspasient	2
1.4.2	Holdninger	2
1.5	Oppbygging av oppgaven	3
2	Metode	4
2.1	Inklusjon- og eksklusjonskriterier for forskningsartiklene	4
2.2	Fremgangsmåte i søkeprosessen	4
2.3	Kildekritikk.....	5
2.4	Etisk refleksjon over oppgaven	6
3	Teori.....	7
3.1	Rus og nevrobiologi	7
3.2	Rusavhengighet	8
3.3	Smertelindring.....	8
3.4	Sykepleierteori	9
3.5	Sykepleierens faglige og etiske utfordringer i forhold til ruspatienten	9
3.6	Yrkesetiske retningslinjer og nasjonale føringer	10
3.6.1	Pasient og brukerrettighetsloven.....	11
3.6.2	Lov om helsepersonell.....	11
3.7	Forskningslitteratur	11
4	Drøfting.....	13
4.1	Mennesket bak pasienten	13
4.2	Sykepleierens holdninger til ruspatienten	14
4.3	Sykepleierens kunnskap om ruspatienten	16
4.4	Sykepleierens Kunnskaper om smertelindring til ruspatienten.....	17
5	Avslutning.....	18
	Bibliografi	19

Vedlegg 1 Søkeprosessen

Vedlegg 2 Artikkelfunn

1 Innledning

Rusavhengighet er et økende problem (Biong & Ytrehus, 2012). Alkohol, vanedannende legemidler, narkotika eller illegale rusmidler er alle innunder kategorien rusmidler (Nesvåg, 2012). Denne oppgaven søker å finne svar på hvilke utfordringer sykepleier møter i forhold til smertelindring, når pasienten misbruker rusmidler med dempende effekt. Alkohol, benzodiazepiner og opiater har denne dempende effekten (Skjøtskift, 2012). Alkohol kan foruten å ha dempende effekt også ha en aktiverende effekt i små mengder (Jellestad, 2012). Oppgavens fokus vil omhandle pasienter som er avhengige av alkohol.

1.1 Bakgrunn

Min interesse for temaet kommer av erfaringer i praksis, der jeg opplever at rusavhengiges smerteproblematikk ikke alltid blir tatt på alvor. Jeg har observert uenighet om hvor vidt pasienten skal få smertelindring, om smertene er reelle, og kommentarer fra personalet som «han har ikke mer vondt enn andre». Per Nortvedt (2012) vektlegger ivaretagelse av pasientens integritet og verdighet, som viktige sykepleieverdier. Sykepleieren må ha evne innlevelse, for å kunne sette seg inn i situasjonen pasienten er i (Nortvedt P. , 2012). Refleksjon etter egne observasjoner i praksis har vært at dette ikke alltid ble ivaretatt for den rusavhengige pasienten.

I en praksis fra sykepleierstudiet møtte jeg «Sara». Hun var innlagt med en uhelbredelig kreftdiagnose, og hadde i tillegg kjent alkoholavhengighet. «Sara» lå på enerom, og var alene det meste av tiden. Hun spurte med jevne mellomrom etter beroligende og smertestillende. Den eneste slektningen hun hadde, var en bror, som hun ofte snakket med på telefon. Etter disse telefonsamtalene opplevde personalet at hun hadde behov for mer beroligende og smertestillende. Det oppstod spørsmål fra de ansatte om hun ble oppmuntret til å spørre etter medikamentene. Det var også ved flere tilfeller gitt uttrykk for av flere at «hun er kun ute etter rusen». Som sykepleierstudent opplevde jeg at pasientens behov for medikamenter ble mistenkeliggjort av personalet. Når jeg ytret bekymring om behovet kom av ensomhet, ble dette avfeid. I tillegg opplevde jeg at personalet bare gjorde det som var nødvendig av pleie, uten å vise omsorg og tilstedeværelse for pasienten. I denne oppgaven stiller jeg spørsmål både ved den etiske og faglige behandlingen hun fikk den siste levetiden.

1.2 Problemstilling

På bakgrunn av min erfaring og interesse for denne sårbare pasientgruppen blir problemstillingen:

Hvordan kan sykepleiers kunnskaper og holdninger påvirke ruspasientens smertebehandling?

1.3 Avgrensning

Gjennom oppgaven vil jeg prøve å identifisere hvilke utfordringer sykepleier møter, når det gjelder møte med ruspasienten og deres smerteproblematikk. Selv om det er forskjell på de ulike sykehus og avdelinger ønsker jeg ikke å ta for meg en enkelt avdeling eller en enkelt institusjon. Oppgaven vil bli besvart ut fra et profesjonsnivå hvor man ser fra et sykepleieperspektiv generelt. Oppgaven vil også inneholde et samfunnsperspektiv hvor det vil bli presentert sentrale føringer og lover.

Konteksten er sykepleiers utfordringer med ruspasienter som er innlagt på sykehus eller sykehjem, for smertebehandling. Hvor vidt sykepleiere møter utfordringer i andre instanser vil ikke bli nevnt i oppgaven.

Oppgaven vil bli avgrenset til å gjelde voksne over 18 år. Oppgaven fokuserer ikke på kjønn, men på den rusavhengige generelt.

1.4 Begrepsavklaringer

Noen sentrale begrep vil være gjennomgående gjennom hele oppgaven. Definisjonen på disse begrepene blir definert slik:

1.4.1 Ruspasient

I følge Statens institutt for rusmiddelforskning er det forskjell på misbruk og avhengighet, selv om ordene ofte brukes om hverandre (SIRUS, 2010). Begrepet «ruspasient» vil derfor i denne oppgaven bli brukt som en fellesbetegnelse.

1.4.2 Holdninger

Sykepleierens holdninger gir uttrykk for hvordan man gir omsorgen (Nortvedt P. , 2012). Gode holdninger kommer frem gjennom høflighet, vennlighet, oppmerksomhet, å være lyttende, og å være varsom i stell. Holdninger er en del av omsorgen. Det er hvordan man utfører gjøremålene som viser holdningene (Nortvedt P. , 2012).

1.5 Oppbygging av oppgaven

Oppgaven består av fem kapitler med underpunkter i hvert kapittel. Det første kapittelet inneholder innledning, bakgrunn for valg av tema, presentasjon av problemstilling, avgrensing begrepsavklaringer, og hvordan oppgaven er bygd opp. Neste kapittel omhandler metode med inklusjons- og eksklusjonskriterier, søkeprosessen, kildekritikk og etisk refleksjon over oppgaven. Kapittel tre er teorikapittelet, her blir relevant teori presentert. Kapittel fire inneholder drøftingsdelen. Her blir teorien drøftet mot annen teori, forskning og mot caset. Avslutningsvis i kapittel fem vil det bli gitt et sammendrag av funnene.

2 Metode

I dette kapitlet redegjøres fremgangsmåten for hvordan litteratur som skal besvare problemstillingen er innhentet. Metode beskriver fremgangsmåten for å skaffe kunnskap (Dalland, 2012).

For å finne svar på problemstillingen er det i denne oppgaven anvendt kvalitativ litteraturstudie. At metoden er kvalitativ, vil si at dataene ikke lar seg måle med tall, eller andre målbare metoder, men bygger på meninger og opplevelser (Dalland, 2012). I motsetning til kvantitativ metode som er når resultatene er målbare (Dalland, 2012).

I en litteraturstudie er dataene samlet ved litteratursøk i relevant faglitteratur og forskning (Dalland, 2012). Fordelen ved å bruke litteraturstudie som metode er at andre studier kan bidra til å øke forståelsen, og på den måten øke egen kompetanse innenfor et tema (Dalland, 2012).

Dataene som er brukt i oppgaven er funnet i forskningsartikler og bøker i form av faglitteratur. Gjennom bibliotekets database BIBSYS kom jeg frem til «håndbok i rusbehandling» av Kari Lossius (red.) (2012), og «Sykepleieteorier» (2001) av Marit Kirkevold. Flere av pensumbøkene belyser også relevant teori.

2.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier for forskningsartiklene

Inklusjonskriteriene var at artiklene hadde relevante overskrifter og videre relevante abstrakter. Ved gjennomlesning av abstraktene ble de forskningsartiklene som var mest relevante i henhold til oppgavens problemstilling inkludert. Artikler som ikke var relevante for oppgavens problemstilling, ble ekskludert. Disse artiklene handlet blant annet om gravide rusmisbrukere, hvem som var disponerte for rusavhengighet, forebygging og videre forskning relatert til rusmisbrukere med psykiske lidelser. Artikler som var eldre enn fem år ble også utelatt. Dette fordi det var ønskelig med ny og oppdatert forskning.

2.2 Fremgangsmåte i søkeprosessen

Litteratursøket ble gjennomført i databasene SveMed+, Pubmed, Oria og i Cinahl ved hjelp av søkeordene: «nurse», «attitude», «drug», «challenges», «abuse», «patients», «holdning», «kunnskap» og «smertelindring». Søkeordene ble satt sammen på ulike måter, dette er beskrevet i vedlegg 1. Søket ble gjort i april og mai 2016.

Søk i Svemed+ med søkeordene «nurse», «attitude» og «drug» avgrenset til år 2011 - 2016 gav 14 treff (Vedlegg 1). Ved å lese gjennom abstrakter ble en artikkel valgt ut (Vedlegg 2).

Videre ble det gjennomført søk i databasen «PubMed» med søkeordene «nurse», «challenges», «drug» og «abuse». For å avgrense søket, ble artikler eldre enn fem år ikke inkludert. Dette gav 26 treff. Ved gjennomlesning av overskrifter og abstrakt ble en artikkel valgt ut (Vedlegg 2).

Søk ble også gjennomført i databasen Oria med søkeordene «nurse», «attitude», «patients» og «drug». For å avgrense, ble artikler publisert i tidsrommet 2010-2016 tatt med i søket. Videre avgrensing var artikler fra fagfellevurderte tidsskrift. Søket ga 36 treff, og en artikkel ble inkludert fordi den favnet oppgavens hensikt. (Vedlegg 2).

Nytt søk i Cinahl med søkeordene «kunnskap», «holdning», og «smertelindring». Avgrensing var artikler publisert fra 2010-2016, og at de var skrevet på norsk. Dette for å se om det også var gjort studier i Norge på temaet. Søket i Cinahl ga 15 treff, og ved gjennomlesning av overskrifter og abstrakt ble en artikkel inkludert. (Vedlegg 2).

Søkene etter forskningsartikler er beskrevet i tabell 1 (vedlegg 1). I tabell 2 (vedlegg 2) beskrives forskningsartiklene.

2.3 Kildekritikk

Fire forskningsartikler ble inkludert. To av artiklene er basert på norske studier, som er en fordel da det belyser relevansen for oppgavens problemstilling. Det er også en fordel at artiklene er norske, da dette ikke gir språkvansker i tolkningen av artiklene. I studien til Li, Undall, Andenæs, & Nåden (2012) forskes det på helsevesenet generelt. En negativ side ved studien er at også leger har respondert på studien, og den derav ikke er fullstendig sykepleierrelatert. Dette kan også være en fordel da det belyser holdninger generelt relatert til problemstillingen. Studien til Granheim, Raaum, Christophersen, & Dihle (2015) tar for seg sykepleiere og sykepleierstudenter hver for seg. En negativ side ved studien er at resultatene stammer fra en høyskole og et sykehus, og derav kunne gi andre resultater på andre sykehus og høyskoler (Granheim, Raaum, Christophersen, & Dihle, 2015).

En av studiene som er inkludert er kvalitativ studie. En negativ side ved kvalitative studier er at de ikke kan generaliseres. Med det menes at man søker å finne svar på hvordan fenomen erfares og oppleves for den enkelte, og alle beretninger og opplevelser er like viktige for resultatet (Dalland, 2012). Dette er også en fordel for oppgaven, da det er holdninger og kunnskaper jeg ønsker å vite mer om. (Dalland, 2012). Tre av studiene er tverrsnittstudier. I en tverrsnittstudie blir det valgt ut en spesifikk gruppe til å besvare spørsmålene innenfor et bestemt tidspunkt (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinart, 2012). De personene som blir valgt ut vil representere populasjonen gruppen representerer. Ved denne typen studie må man vurdere om respondentene i studien er representativ (Nortvedt et al. 2012).

To av forskningsartiklene er på engelsk, dette kan føre til mistolkning av resultatene. Når man bruker litteraturstudie som metode velger en selv ut forskningsartikler. Dette fører til at den som skriver oppgaven, kan risikere å velge ut artikler fra eget ståsted (Dalland, 2012), og derav ikke legger egen forforståelse til side. Med forforståelse menes hvordan en oppfatter verden og hvilke holdninger en har til fenomenet under studie (Dalland, 2012). Å bruke kildehenvisninger i teksten er en fordel, da dette gir leseren mulighet til å finne frem kildene som er brukt i oppgaven, og selv kan vurdere hvor vidt disse er tolket riktig (Dalland, 2012). En annen styrke ved oppgaven er at forskningen som er nyttet er av nyere dato.

Ved bruk av egen case er situasjonen sett fra mitt ståsted, som sykepleierstudent. Det ble ikke gjort undersøkelser annet enn å observere situasjonen. Trolig er det flere faktorer som ikke er kommet frem. Disse faktorene kunne muligens være relevant, for å forstå hvorfor de ansatte valgte som de gjorde. Caset er allikevel inkludert i oppgaven, for å belyse det etiske dilemmaet sykepleier kan møte når det gjelder ruspasienter.

2.4 Etisk refleksjon over oppgaven

I følge Dalland (2012) er en etisk refleksjon over oppgaven å evaluere hvilke konsekvenser det man skriver kan få. Siden denne oppgaven inneholder en case fra praksis, presiseres det at opplysningene som kommer frem er anonymisert i henhold til Høgskulen i Sogn og Fjordane sine retningslinjer. Retningslinjene sier at pasienten ikke skal kunne identifiseres (Høgskulen i Sogn og Fjordane. Avdeling for helsefag, 2012). Det nevnes derfor ikke noe om navn, eksakt alder, praksisplass eller hvor pasienten kommer fra.

3 Teori

I dette kapitlet vil relevant teori som belyser problemstillingen «*Hvordan kan sykepleiers kunnskaper og holdninger påvirke ruspasientens smertebehandling?*» bli presentert. For å forstå sammenhengen mellom nevrobiologi og hvordan avhengigheten skapes i sentrale deler av hjernen, vil dette være presentert først.

3.1 Rus og nevrobiologi

Hjernen er delt inn i ulike områder med ulike funksjoner. For avhengighet er det mesolimbiske området, som er hjernens belønningssystem relevant (Bratteteig, Hove, & Aakerholt, 2012). Foruten å styre hjernens belønningssystem er det mesolimbiske området viktig for menneskets overlevelses instinkt (Jellestad, 2012). Fordi rusmidler kan virke inn på området som er relatert til belønning og overlevelse, kan dette forklare hvorfor avhengighet oppstår (Jellestad, 2012). Dette området aktiveres blant annet også ved nærhet til andre mennesker og ved sex, i tillegg til rusmidler. I verstefall kan rusmidlene fjerne behovet for relasjoner til andre, fordi gleden en opplever ved nærhet blir erstattet av rusmidlene (Lossius, 2012) (Insel, 2003).

Når en har oppnådd toleranse ovenfor rusmiddelet har man samtidig utviklet toleranse ovenfor belønningssystemet generelt (Bratteteig et al., 2012). Det går også ut over opplevelsen av belønning fra naturlige stimuli. Det normale er at man erfarer noe, for så at stimuliene filtreres ved hjelp av sansene. Mens ved kjemiske rusmidler vil stimuliene gå rett inn i hjernen uten filtrering, slik at opplevelsen av de belønnende stimuliene blir kraftigere (Bratteteig et al., 2012). Dette fører til at rusmisbrukeren opplever rusen som en belønning, oppstemthet eller lyst, og får dermed en forsterket motivasjon og behov for å innta rusmiddelet på nytt (Bratteteig et al., 2012).

Langvarig rusmisbruk fører til endring i antall reseptorer i nervecellene (Jellestad, 2012). Dersom antall reseptorer minker, utvikles en toleranse. Ved økning, blir man mer sensitiv (Jellestad, 2012). Når det da oppstår en ubalanse i transmittersubstans og reseptorer kan det føre til at hjernen ikke fungerer optimalt. Den vil prøve å kompensere for ubalansen ved å regulere antall reseptorer opp eller ned. Overføring av nerveimpulser fra en nervecelle til en annen kan forklares som en nøkkel og et nøkkelhull (Jellestad, 2012, s. 76). For at det skal skje en impulsoverføring må man ha et transmittermolekyl, dette er «nøkkelen», mens «nøkkelhullet» er reseptoren. Når mange nok reseptorer er aktivert fører dette til et aksjonspotensial, som vil si at signalene sendes videre til neste nervecelle. Deretter vil transmittersubstansen bli utskilt i den ekstracellulære væsken og prosessen gjentas til en ny nervecelle (Jellestad, 2012, s. 76).

3.2 Rusavhengighet

For å diagnostisere rusavhengighet og rus skader brukes diagnosesystemet ICD-10 (Bratteteig et al., 2012), klassifiseringen er basert på de problemene rusmiddelet har for brukeren (Lossius, 2012). Det skilles mellom to kategorier: Avhengighet eller skadelig bruk (Bratteteig et al., 2012).

Rusavhengighet er en betegnelse som blir brukt når en person har et sug, trang, eller sterk lyst til å innta rusmiddel (Lossius, 2012). Personen kan også ha problemer med å begrense inntaket av rusmiddelet, eller ha abstinens symptomer. Utvikling av toleranse ovenfor medikamentet kan også være symptom på avhengighet (Lossius, 2012). Dette vil si at personen må øke dosen for å få den samme effekten av rusmiddelet (Jellestad, 2012). Selv om rusmiddelet etter en stund kan overta plassen til andre viktige forhold i personens liv, vil han eller hun fortsette å ruse seg. Dette kan påvirke det økonomiske, sosiale og eller den fysiske og psykiske helse (Lossius, 2012). Dersom en kjenner seg igjen i minst tre av disse, og dette har foregått over minst en måned eller gjentatte ganger i løpet av et år er det en definisjon på avhengighet (Biong & Ytrehus, 2012). Jellestad (2012) definerer avhengighet som: «gjentatt, tvangsmessig inntak eller bruk på tross av negative konsekvenser for brukerens helse, yrke og sosiale liv» (Jellestad, 2012, s. 75)

Ruspasienter sliter ofte med dårlig impuls kontroll og kan ha vanskelig for å regulere følelsene (Lossius, 2012). Det kan føre til at mange mister besinnelsen og derfor oppleves som truende for helsepersonell (Lossius, 2012).

3.3 Smertelindring

For at ruspasienten skal bli godt smertelindret er det nødvendig med gjensidig tillit mellom pasient og helsepersonell (Berntzen, Danielsen, & Almås, 2010). Det er sykepleiers oppgave å skape tillitsforholdet. Opplevelsen av trygghet, respekt og tillit vil gi en styrket effekt av gitt smertelindring (Berntzen et al., 2010). Hos opioidavhengige er smerteterskelen senket, på grunn av endringer i hjernens utskillelse av endorfiner, og de har behov for høyere doser (Bratteteig et al., 2012).

For å gi pasienten adekvat smertelindring er det viktig at smertene blir kartlagt og vurdert (Berntzen et al., 2010). Ved hjelp av kartleggingsverktøy som smerteskalaer eller skjema kan man følge med på utviklingen av smertene, og vurdere om smertestillende har hatt effekt (Berntzen et al., 2010). I smertekartleggingen kan pasienten bli mer bevisst på smertene, og dermed finne ut hva som forverrer eller reduserer smertene (Berntzen et al., 2010). Det finnes ulike typer skjema, et av disse kalles for ESAS-r skjema, og er et selvrapporingsskjema (Trier, 2013). Dette skjemaet er et kartleggings-skjema for ulike plager (Universitetetssykehuset Nord-Norge, 2015). Slike plager er for eksempel smerte, kvalme, slapphet og angst. Pasienten vil da gi et tall mellom 0 og 10, der han angir

en tallfestet beskrivelse av den aktuelle plagen. Skalaen viser verst og best tenkelig opplevelse. ESAS-r viser ikke bare smerte, det viser det sammensatte bilde av plagene pasienten kan erfare. Sentralt er pasientens opplevelse av smerte (Universitetssykehuset Nord-Norge, 2015).

At ruspasienten «manipulerer» for å bli ruset er en vanlig oppfatning (Skoglund & Biong, 2012). Ulike mennesker har ulik smerteterskel. Å få individuell behandling er noe alle har rett på (Skoglund & Biong, 2012). Opioidavhengige må få sin vanlige dose, i tillegg til den smertelindrende dosen, dette vil tilsvare høyere doser enn det som er normalt (Skoglund & Biong, 2012).

3.4 Sykepleierteori

Joyce Travelbee fokuserte på det unike i mennesket (Kirkevold, 2001). Hun mente at begrepene *sykepleier og pasient* fjernet menneskets personlige trekk og derav plasserte menneskene i kategorier. Menneske-til-menneske forholdet står sentralt i Travelbees teori. Hun mente at det er fem faser i utviklingen av et menneske-til-menneske-forhold. Den første fasen omhandler møtet, her kjenner ikke personene hverandre. I tillegg til de vanlige observasjonene man gjør mellom mennesker, kan det mellom pasient-sykepleier være forventinger til den andre i forbindelse med rollene (Kirkevold, 2001). Videre i fase to er det viktig at sykepleier ser på den syke som et unikt menneske, fremfor å trekke likheter mellom pasienter. Det er her den syke begynner å se på sykepleieren som et menneske, og ikke «bare» en sykepleier. Fase tre er empati, her blir en kjent med den andre. Empati er når man har evne til å forstå det andre menneskers tanker og følelser (Kirkevold, 2001) Travelbee mener videre at når man har empati, har forholdet forandret seg. Fase fire handler om sympati, der en viser forståelse ovenfor den andre. Sympati er når man er oppriktig bekymret på andres vegner, og det vises i måten pleien blir utført. (Kirkevold, 2001) Den siste fasen er når sykepleieren og pasienten har bygd opp et forhold, da oppstår det en gjensidighet. Fasen kjennetegnes av at det deles tanker, følelser og holdninger (Kirkevold, 2001).

3.5 Sykepleierens faglige og etiske utfordringer i forhold til ruspasienten

Omsorgen sykepleier gir er regulert av juridiske rettigheter og plikter, samt fagkunnskap og etikk (Kristoffersen & Nortvedt, 2011). God kunnskap innenfor faget er nødvendig for at sykepleieren skal ha nødvendig kompetanse (Kristoffersen & Nortvedt, 2011). Sykepleierens motiver og holdninger har betydning for hvordan sykepleier opptrer ovenfor pasienten (Kristoffersen & Nortvedt, 2011).

Å se mennesket bak pasienten er viktig for å kunne gi en helhetlig behandling til pasienten, mennesker har både psykisk og fysisk helse, samt sosiale og åndelige behov (Ingstad, 2013). Når ruspasienten får tid til å tenke kan de eksistensielle spørsmålene vokse (Skoglund & Biong, 2012). Å være personlig ovenfor mennesker man ikke kjenner er en del av jobben som sykepleier

(Kristoffersen & Nortvedt, 2011). Ved private relasjoner skapes opplevelse av gjensidighet, mens relasjoner til pasienten vil være preget av ensidighet og asymmetriske forhold. Sykepleier er forpliktet til å yte omsorg, mens pasienten ikke har denne plikten ovenfor sykepleieren. Derfor kan sykepleieren ikke forvente å få noe tilbake fra pasienten (Kristoffersen & Nortvedt, 2011).

3.6 Yrkesetiske retningslinjer og nasjonale føringer

Yrkesetikken er med på å bidra til at sykepleier handler etisk riktig, og spiller derfor en sentral rolle i hvordan yrket blir utført (Molven, 2012). Ved hjelp av yrkesetikken kan det skilles mellom gode og dårlige handlinger. Yrkesetikken inneholder både uskrevne verdier og holdninger samt skrevne regler. Disse finnes i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Molven, 2012) (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

Norsk sykepleierforbunds etiske retningslinjer beskriver det etiske grunnlaget for sykepleie slik:

Sykepleiefagets begrunnelse er mennesket selv og respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet skal prege praksis. Sykepleie skal fortsatt baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene (Norsk Sykepleierforbund, 2011, s. 5).

De yrkesetiske retningslinjer (Norsk Sykepleierforbund, 2011) bygger på de fire etiske prinsipper som er velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet (Nortvedt P. , 2012). I velgjørenhetsprinsippet er det tankegangen om å gjøre det beste for pasienten som står sentralt. Helsepersonelloven (1999) § 4 som omhandler faglig forsvarlig helsehjelp og omsorgsfull hjelp, inngår også i dette prinsippet (Nortvedt P. , 2012). Ikke skade prinsippet går ut på å beskytte pasienten mot feilbehandling, altså det man ikke skal gjøre mot pasienten (Nortvedt P. , 2012). Autonomiprinsippet går ut på at pasienten skal få bestemme selv. Sykepleier ser på pasienten som et selvbestemmende individ (Nortvedt P. , 2012). Rettferdighetsprinsippet sier at man har lik rett på helsehjelp, uavhengig av sosial status, familie, kjønn og lignende (Nortvedt P. , 2012).

Rusreformen (Helsedepartementet, 2004) med tittelen «Rusreformen – pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven» går ut på å sikre at de rusavhengige får helsehjelp på lik linje med resten av befolkningen. Et av områdene som blir ekstra vektlagt fra regjeringen er å øke kompetanse og kvalitet i rusomsorgen, samt fritt behandlingsvalg og økt brukermedvirkning i utforming av tjenestetilbudet (Helsedepartementet, 2004). Dette ble ytterligere vektlagt i stortingsmeldingen «se meg! – alkohol – narkotika – doping» (St. mld. nr. 30, 2011- 2012).

Opptrappingsplan for rusfeltet 2007 – 2012 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007) var en av de politiske handlingsplanene, hvor det ble det vektlagt at bakgrunnen var økende alkoholforbruk samt

økning av stimulerende medikamenter i Norge. Målet var å styrke og heve kvaliteten samt kompetansen i rusomsorgen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). Satsingen innenfor rusfeltet gav gode resultater, samtidig som man fortsatt står ovenfor flere utfordringer som må møtes med konkrete virkemidler og tiltak. Ny opptrappingsplan ble godkjent i 2015 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Et av planens konkrete mål er å øke kompetansen innenfor rus- og avhengighetsproblematikk i alle sektorer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Opptrappingsplan for rusfeltet (2016-2020) har som et av sine formål at rusavhengige skal få en tryggere og bedre helse- og omsorgstjeneste (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Lovene er sammen med faglig kunnskap og yrkesetikk med på å regulere sykepleierens omsorg (Kristoffersen & Nortvedt, 2011). Dersom en sammenligner lovene og de yrkesetiske retningslinjer vil man se at de tar for seg mange av de samme temaene (Molven, 2012).

3.6.1 Pasient og brukerrettighetsloven

Formålet til pasient og brukerrettighetsloven er at den skal sikre at alle får likt tilbud om helsehjelp. Loven skal fremme et tillitsforhold mellom pasient og helsetjenesten, og videre fremme trygghet. Pasientens integritet og menneskeverd står sentralt i loven, og at denne skal ivaretas. (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

At pasienten skal ha brukermedvirkning, vil si at tjenesten skal utformes i samarbeid mellom pasienten og tjenesteyter. Hovedvekten skal i planleggingen være hva pasienten mener tjenesten skal inneholde, og hvordan han selv ønsker den skal være. (Kapittel 3., § 3-1) (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

3.6.2 Lov om helsepersonell

Om forsvarlighet sier Helsepersonelloven at tjenestene skal utøves på en faglig og forsvarlig måte. (Helsepersonelloven, 1999).

3.7 Forskningslitteratur

Li, Undall, Andenæs, & Nåden, (2012) hadde i sin studie fokus på helsepersonell sine handlinger, kunnskaper og holdninger til opioid avhengige med smerter, innlagt i norske sykehus. Resultatene fra studien viste at litt over halvparten (55,7 prosent) av sykepleierne var enig i at opioid avhengighet er en sykdom. Ved hjelp av en skala der 5 er høyeste verdi, skulle respondentene oppgi egen kunnskap ble resultatet under 3,0. Det ble også stilt spørsmål om langvarig bruk av opiater kan gi overfølsomhet for smerter. Her svarte 47,6 prosent at de var enige i påstanden. 20,8 prosent av sykepleierne svarte at de hadde tiltro til ruspasientens smertefor midling. Over halvparten av sykepleierne var også enig i at opioidavhengige pasienter manipulerer for å få opioider. Nesten en

fjerdedel oppga at de brukte smertekartleggingsverktøy. Omtrent halvparten av respondentene (47 prosent) oppga at de ga ruspasienten opioid erstatning for å forhindre abstinenser. 70,8 prosent var enig i påstanden om at rusmisbrukere må ha større doser opioider for å effekt. (Li et al., 2012).

I studien om sykepleiere og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring (Granheim, Raaum, Christophersen, & Dihle, 2015), kom det frem at sykepleierne hadde vesentlig høyere score enn studentene på kunnskapsnivå (Granheim et al., 2015). Studien viser også at det var et motstridende resultat i forhold til hva respondentene mente og hva de ville gjøre samme situasjon. Et mindretall av respondentene viste hensyn ovenfor pasientens egen smertevurdering, selv om de hadde besvart spørsmål tidligere med at det er pasienten som selv bedømmer smerteintensiteten. (Granheim et al., 2015). Studien viste også at på enkelte områder hadde respondentene gode kunnskaper, og at de var engstelige for respirasjonsdepresjon og opioid avhengighet. Både studentene og sykepleierne var enige om at den som best bedømmer smerten er pasienten selv (Granheim et al., 2015).

I Neville & Roan (2014) sin studie kommer det frem at å gi sykepleie av god kvalitet, der pasienten samtidig lider av alkoholavhengighet eller narkotikaavhengighet, er utfordrende. I studien ble respondentene spurt spørsmål ut ifra spørreskjema, for å identifisere seg i situasjoner. Ved spørsmålet «Hva er dine tanker og følelser om å jobbe med pasienter med rusmisbruk / avhengighetsproblemer?» var det flertall av negative tilbakemeldinger som *«Jeg har ingen toleranse ovenfor ruspasienter. De er manipulerende og krevende. De er ute etter medikamenter, og tar tiden bort fra de andre pasientene som er fysisk syk og trenger min hjelp»*. Studien sier også at ruspasientene kan være aggressive og potensielt truende, og derfor være årsak til de negative holdningene noen sykepleiere har ovenfor denne pasientgruppen (Neville & Roan, 2014).

Når sykepleier har negative holdninger til pasienter med rusproblemer, kan det påvirke sykepleier-pasient forholdet, dette resulterer i en uønsket pasientbehandling (Chu & Galang, 2013). Chu & Galang (2013) viste i sine resultater at sykepleierne hadde en nøytral holdning til ruspasienter, samtidig som de uttrykte at de hadde lav motivasjon for å jobbe med denne pasientgruppen. Studien sier også at det kan være behov for mer organisatoriske tiltak for å hjelpe sykepleierne. For å fremme og skape et hensiktsmessig sykepleier-pasientforhold, var det essensielt å ha positive holdninger til pasientene. (Chu & Galang, 2013).

4 Drøfting

I dette kapittelet vil problemstillingen blir diskutert ut fra teorien som er fremlagt i foregående kapittel. Samtidig vil bakgrunnens case være med å belyse diskusjonen.

4.1 Mennesket bak pasienten

«Folk siger her i herredet, at Jeppe drikker, men de sier ikke, hvorfor Jeppe drikker» Replikken er fra teaterstykket Jeppe på Bjerget (Holberg, 1722). Det er snart tre hundre år siden teaterstykket var laget, men replikken er enda like aktuell, og stykket spilles fortsatt med jevne mellomrom. Hva er det vi ikke vet, og hadde vi forholdt oss annerledes til pasienten dersom vi hadde hatt mer kunnskaper om mennesket bak rusen?

Travelbee sa at dersom sykepleier skal etablere et menneske-til-menneske forhold til pasienten må det oppstå en gjensidig tillit (Kirkevold, 2001). Dersom sykepleier tar seg tid til å bli kjent med ruspasienten vil begge få muligheten til den gode relasjonen. For å klare dette, mente Travelbee at man må investere tid i relasjonsbyggingen, og i den sammenheng klare å se forbi pasient- og sykepleierrollen, og bli kjent med pasienten bak sykdommen/avhengigheten. Erfaringsvis er det ofte vanskelig å bli kjent med ruspasientene. De har gjerne til felles at de verner om det private og viser liten interesse for å etablere relasjoner. Dette kan muligens ha sammenheng med de nevrologiske forandringene i hjernen, som Jellestad (2012) beskriver. Han sier at rusmidler aktiverer de samme områdene i hjernen som også aktiveres av nærhet til andre mennesker. Andre årsaker kan ha sammenheng med erfaringer de har relatert til brutte relasjoner. Kanskje er de redd for å knytte seg til en sykepleier, når de vet at relasjonen vil bli brutt så snart de har reist fra avdelingen. Hvordan skal man så opptre ovenfor ruspasientene? Neville & Roan (2014) sier i sin studie at å gi sykepleie av god kvalitet, der pasienten samtidig lider av alkoholavhengighet eller narkotikaavhengighet er utfordrende. Som sykepleiere i vår arbeidshverdag blir vi i møtet med den rusavhengige stilt opp mot egne personlige verdier. Kanskje fordi våre forventninger til dem tilsier at de skal opptre på en negativ måte, og de har et annet liv og levesett enn vi kanskje klarer å forstå eller sette oss inn i. Til tross for det, er det nok med ruspasienter som med alle andre pasienter, man kjenner ikke alle selv om man har blitt kjent med en. Samtidig så vil det kanskje være lettere å bli kjent med nummer to og tre dersom man våger å involvere seg i dette ukjente, som pasienten kan åpne opp for i et menneske- til menneske forhold.

Selv om Travelbee (Kirkevold, 2001) mente at man skal se på alle som enkeltpersoner er det lett å plassere de ulike pasientene i grupper. Denne oppgaven plasserte ruspasientene i gruppe allerede i overskriften, selv om den også viser til teori om å legge bort tankegangen om å gruppere pasienter. Uansett hvor forskjellig man er som menneske, så vil man høre til en gruppe. Ruspasienter har til

felles at de bruker rusmidler, sykepleierne har jobben til felles. Selv om en utfyller rollen forskjellig, så hører man fortsatt til under gruppen sykepleier. Det man må huske på er at en person har flere roller, så i tillegg til å være ruspasient er kanskje mennesket som blir omtalt «ruspasient» noens barn, onkel, eller mor.

Det at rusmidler etter en stund vil kunne overta plassen for viktige forhold i livet, og gå ut over det sosiale, er ifølge Jellestad (2012) og Lossius (2012) relatert til at rusmidler, nærhet og gode relasjoner påvirker de samme områdene i hjernen. Noen ganger kan det virke som om rusavhengige ikke ønsker selskap. Ved hjelp av kunnskapen innen nevrobiologien kan man forstå hvordan de sosiale relasjonene er erstattet av rusmidler. På bakgrunn av dette kan en forsøke å tilnærme seg den rusavhengiges avvisning på en mer åpen måte, ved å ikke ta avvisningen personlig.

Når det ble satt spørsmålsteget om «Sara» var ensom, var tankegangen bak dette at hun lå på enrom uten mulighet til å kommunisere med andre pasienter, og uten et sosialt nettverk. Personalet var innom for nødvendig stell, men ønsket ikke å tilbringe mer tid enn nødvendig med henne. Å bruke tid på å bli kjent med hver enkelt for å skape gode relasjoner, kan være med å lette på en eventuell ensomhet. Det kan også tenkes at enkelte ruspasienter bruker rusmidler for å lindre ensomheten, og eventuelle avvisninger og utestenginger fra samfunnet som følge av rusmisbruket. Det å bli mistrodd og sett ned på er gjerne en del av deres hverdag, og hvorfor skulle noen ha interesse for å tro på dem når de har smerter, og da trenger et medikament for annet enn rus? Smerter er en subjektiv opplevelse og «er det personen sier det er» (McCaffery & Beebe, 1996, s. 18). Når dette er utgangspunktet for smertelindring gjelder dette uavhengig av pasientens bakgrunn, og er viktig å presisere ikke bare kollegialt, men også til pasienten. Det å ha akutte smerter kan igjen skape uro (Trier, 2013). Kanskje enda mer når en ikke blir trodd. Først når pasienten opplever å bli tatt på alvor kan det bygges en relasjon.

4.2 Sykepleierens holdninger til ruspasienten

Når ruspasienten kommer i avdeling og har en reell smerteproblematikk, er det viktig å tenke over hvordan vi skaper det første møtet. I vår bekymringsløse hverdag ser vi de på gaten slitne og skitne. Kanskje synes vi synd på dem eller mener de har skapt sin egen situasjon. Ja, vår egen forforståelse av hvordan vi oppfatter de, tar vi ofte med oss i eget arbeid. Gjennom våre holdninger skapes også forventninger til pasientene, som innfris eller ikke. Hvordan og hvilke holdninger vi tar med oss på jobb er med på å legge føringer for hvilken omsorg vi gir, og hvor vidt vi skaper avstand til pasienten.

Hvis en møter hver enkelt pasient med positive holdninger og legger til side tanken om deres rusavhengighet, så vil ruspasienten bli møtt på lik linje med de andre pasientene. Pasient og

brukerrettighetsloven skal både sikre at pasienter får tilgang på de samme tjenestene, og sikre at det blir etablert tillit mellom pasient og helsevesen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Man kan dermed si at sykepleier ved lov er pålagt å gi ruspasienten den samme omsorg som andre pasienter. Travelbee mente at man ikke skulle sammenligne pasientene, men heller se på alle som unike mennesker (Kirkevold, 2001). Man kan jo tenke seg selv hvis en ruspasient har dårlig erfaring med en sykepleier fra tidligere, så ønsker en jo å bli sett på som et eget individ med egne holdninger, verdier og væremåte. På samme måte ønsker kanskje ikke ruspasienter å bli sammenlignet med andre ruspasienter, bare fordi de bruker rusmidler. I følge Chu & Galang (2013) kan sykepleiers holdninger til ruspasienter påvirke forholdet mellom sykepleier og pasient, og ved negative holdninger hos sykepleier oppnår en uønsket pasientbehandling (Chu & Galang, 2013).

Det kan like gjerne være sykepleier selv som legger føringen for relasjonsbyggingen, ved at hun eller han har med seg sine negative holdninger. Ruspasienten kan som utgangspunkt være positivt innstilt og innlagt for reelle årsaker, med håp og tanker om å få hjelp. Dersom ruspasienten da opplever å bli avvist og sett ned på, kan dette føre til en avvising og mistillit til personalet. Det er lett å tenke at det er de rusavhengige som er vanskelige å samarbeide med, og at det fører til sykepleierens negative og forutinntatte holdninger. Man kan undres om det er de forutinntatte holdningene sykepleier har, som er avgjørende for om samarbeidet oppleves godt eller dårlig mellom sykepleieren og ruspasienten. Slike holdninger kan komme av kulturen på arbeidsplassen, tidligere erfaringer eller kunnskaper i avdelingen. Samtidig er det alltid i omsorgstjenesten et asymmetrisk forhold mellom sykepleier og pasient, ved at sykepleier ofte eier makten i forholdet (Kristoffersen & Nortvedt, 2011). I tillegg har sykepleieren plikt til å gi nødvendig helsehjelp ved siden av å gi god omsorg, og kan heller ikke forvente å få noe tilbake da pasienten ikke har noen plikt i relasjonen (Kristoffersen & Nortvedt, 2011).

Som sykepleierstudent og dermed litt på sidelinjen i avdelingen, var det enklere å holde seg utenfor baksnakkingen og mistenkeliggjøringen av «Sara». Jeg har i ettertid reflektert over om jeg ville forholdt meg til situasjonen på en annen måte dersom jeg var ferdig utdannet sykepleier? Det er ikke usannsynlig at jeg ville blitt revet med som følge av den kulturen jeg erfarte i avdelingen. Det er lett å bli påvirket av andre, og ofte begynner de negative holdningene hos en eller noen få ansatte, og sprer seg som en negativ arbeidskultur. Det kan nesten sies å være en kunst å ikke bli påvirket. Det er dessuten ikke lett å være den som er uenig med resten av avdelingen. Det å klare å reflektere over situasjonen og kanskje lage seg noen andre meninger enn det de fleste andre på avdelingen har, kan muligens være med å påvirke holdningene i motsatt retning.

Ruspasienter kan ofte ta valg som sykepleier ikke er enig i, eller ikke forstår. Å sette seg inn i en ruspasients prioriteringer er ikke lett for utenforstående. Ruspasientene har mange bekymringer som vi andre ikke kan forestille oss. Så selv om sykepleieren noen ganger er uenig i ruspasientens valg er det viktig å huske på grunnlaget i de yrkesetiske retningslinjene, når de sier at verdigheten skal prege sykepleien som blir gitt. Sykepleiefaget skal begrunnes i mennesket selv og respekten for det enkeltes menneskets liv (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

4.3 Sykepleierens kunnskap om ruspasienten

Nasjonale føringer skal sikre ruspasientene riktig kompetanse. Regjeringen vedtok i 2007 en opptrappingsplan, hvor målet var å heve kvaliteten og kompetansen innenfor rusfeltet. Dette målet ble videreført i opptrappingsplanen 2016 – 2020 og gjelder innenfor alle instanser. Å sette fokus på et slikt tema kan ha god effekt, dette viser resultatene fra den første opptrappingsplanen.

Det er et økende misbruk av alkohol og stimulerende medikamenter i Norge (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Denne økningen gjør at det ikke bare er et problem for ruspasienten selv. Når gruppen ruspasienter øker, vil sykepleieres rolle og arbeid endres i takt med dette. Derfor vil ny og mer kunnskap kunne være nødvendig for å møte den samfunnsmessige utfordringen dette medfører.

I studien om sykepleiere og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring (Granheim et al., 2015), kom det frem at sykepleierne hadde vesentlig høyere score enn studentene på kunnskapsnivå (Granheim et al., 2015). Ut ifra denne artikkelen viser det at erfaring er viktig for å tilegne seg den nødvendige kunnskapen. Gjennom sykepleierstudiet er en innom mange temaer, og man lærer litt om alt. Av egen erfaring er det i praksis at man tilegner seg den mer spesialiserte kunnskapen. Dette kan muligens forklare respondentenes motstridende svar i studien til Granheim et al., (2015). Det kan tyde på at mange vet hva de skal gjøre, og kan teorien, men det blir ikke utført i praksis. Når man står i situasjonen oppleves den ulikt det en har lest i pensum. Selv om teorien er viktig å ha i bakhånd, er erfaringen også en viktig brikke i kunnskap.

Rusavhengighet og ruskader diagnostiseres i diagnosesystemet ICD-10 (Bratteteig et al., 2012). Dette vil si at rusavhengighet er en diagnose på lik linje med andre diagnoser. Resultatene fra studien til Li et. al., (2012) viste at litt over halvparten av sykepleierne var enig i at opioid avhengighet er en sykdom. Det at bare halvparten mente at opioidavhengighet var en sykdom, viser at resterende halvparten mente det ikke var det. Dette kan forklares med at holdninger til denne pasientgruppen kanskje er basert på manglende kunnskap til problematikken.

Pasient og brukerrettighetsloven (1999) sitt formål er at den skal sikre alle likt tilbud om helsehjelp. Noen pasienter kan være mer tidskrevende enn andre. Hvordan prioriteringer gjøres vil være ulik fra sykepleier til sykepleier, og for noen kanskje ikke virke rettferdig fordelt. I studien til Neville & Roan (2014) sa en av respondentene om ruspasienter; «*De er manipulerende og krevende. De er ute etter medikamenter, og tar tiden bort fra de andre pasientene som er fysisk syk og trenger min hjelp*». Dette utsagnet kan tyde på at noen diagnoser har lavere status enn andre, og at rusdiagnoser kanskje er en av lavstatusdiagnosene.

4.4 Sykepleierens Kunnskaper om smertelindring til ruspasienten

Rusavhengige pasienter kan ha en økt smerte på grunn av sitt rusmisbruk (Bratteteig, Hove, & Aakerholt, 2012). Skoglund & Biong (2012) sier at opioidavhengige må få sin vanlige dose, i tillegg til den smertelindrende dosen, og at dette vil tilsvare høyere doser enn det som er normalt, noe som Li et al., (2012) viser til at 70,8 % av respondentene i studien var enig i. Samtidig peker Granheim et al., (2015) på at sykepleierne og sykepleierstudentene var engstelige for at ruspasienten skulle få respirasjonsdepresjon som følge av overmedisinering. Dette kan oppleves som et etisk dilemma for sykepleier, på grunn av redsel for den potensielle faren som ligger i høye doser opioider. Når pasienten i tillegg trenger mye høyere doser enn man er vant til å administrere, kan det skape ytterligere usikkerhet. Hvis man konstant skal frykte respirasjonsdepresjon og derav ikke gi nok smertelindring står man ovenfor et juridisk spørsmål, om ruspasienten da får det samme tilbudet om helsehjelp som resten av befolkningen slik som Pasient- og brukerrettighetsloven (2001) skal sikre.

Smertekartlegging er ifølge Berntzen et al., (2010) et viktig verktøy for å gi pasienten adekvat smertelindring. Ved studie finner Li et al., (2012) at det kun er en av fire som bruker kartleggingsverktøy (Li et al., 2012). En kan undre seg over hvorfor det er så få som bruker dette når det skal være et verktøy, og om det har med kultur i avdelingen å gjøre. Av egen erfaring er det ikke noe problem å fylle ut skjema, men det er ikke alltid like lett å vite hva man gjør med ferdig utfylt skjema, og ofte får man svar som «de skal i den blå permen». Også er skjemaet ferdig. Poenget med slike skjemaer er at de skal være et verktøy, kanskje er det manglende kompetanse rundt bruken av skjemaene som er årsaken. Smertekartleggingen skal også være et hjelpemiddel for pasienten til å selv finne ut hva som påvirker smertene, ved for eksempel å observere hvordan smerten utvikler seg og hva som eventuelt lindrer eller forverrer smertene (Berntzen et al., 2010). ESAS-r er et kartleggings-skjema for ulike plager som ikke bare viser smerte, men viser det sammensatte bilde av plagene pasienten kan erfare. Studien til Chu & Galang (2013) sier at det kan være behov for mer organisatoriske tiltak for å hjelpe sykepleierne.

5 Avslutning

Målet med oppgaven var å belyse hvordan sykepleiers holdninger og kunnskaper kan påvirke smertebehandlingen til ruspasienter. Samt å øke egen kunnskap innenfor temaet, slik at lignende situasjoner i fremtiden kan håndteres på en god måte.

Litteraturen viser at sykepleiers holdninger har sammenheng med sykepleien som blir gitt. Negative holdninger kan påvirke sykepleier-pasient forholdet, der resultatet blir en uønsket pasientbehandling. Holdninger kommer frem gjennom omsorgen man gir, derfor er måten man gir omsorg på like viktig som hvilken omsorg som gis. Ved å møte ruspasienten med en vennlig og høflig fremtoning kan dette legge grunnlaget for en god relasjon. Og deretter vil det kunne oppstå gjensidig tillit, som fremmer et positivt pasient-sykepleier forhold.

Sykepleiers kunnskaper om ruspasienten, har betydning for å kunne gi tilstrekkelig smertebehandling, og å ha innsikt i hvorfor man kan møte motstand i relasjonsoppbyggingen. Samt å forstå de biokjemiske endringene i hjernen, og hva dette gjør med ruspasienten. Manglende kunnskaper vil bidra til uønsket pasientbehandling, derfor er kunnskap om menneskelig nærhet viktig for sykepleier. Rusen kan også brukes for å erstatte relasjonen til andre, selv om hovedhensikten med å nytte eksempelvis alkohol, muligens er et sug eller en trang.

Under skriveprosessen fant jeg litteratur som underbygger erfaringene jeg gjorde meg i caset. Forskningen viser at helsepersonell har negative holdninger og lite kunnskap om smertelindring til rusavhengige, samt forventinger om aggressive og truende pasienter. En av årsaker til at det ikke ble gitt tilfredsstillende smertelindring til ruspasientene, var frykt for respirasjonsdepresjon og opioidavhengighet.

Kunnskapen jeg nå har tilegnet meg, kan brukes i fremtidige lignende situasjoner. Min forståelse er at dersom helsepersonell hadde hatt mer kunnskap om rusavhengige og hva som skjer når man utsetter kroppen for rusmisbruk over lang tid, kunne det ha gitt bedre pasientbehandling. Samtidig som økt kunnskap om årsaker, vil kunne fremme positive holdninger hos personalet.

Det ble ikke fortatt noen datasamling eller intervju med de ansatte om caset med «Sara». Ved en eventuell videreutdanning vil det for meg kunne være aktuelt å gå dypere inn i en lignende situasjon og foreta en kvalitativ studie for å belyse temaet fra pasientens ståsted.

Bibliografi

- Berntzen, H., Danielsen, A., & Almås, H. (2010). Sykepleie ved smerter. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth, *Klinisk sykepleie 1* (4. utg., ss. 339 - 395). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Biong, S., & Ytrehus, S. (2012). Rusproblemer - en utfordring for samfunnet, helsetjenesten og den enkelte. I S. Biong, & S. Ytrehus, *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (ss. 15 - 29). Oslo: Akribe AS.
- Bratteteig, M., Hove, I., & Aakerholt. (2012). *Rusa eller gal : sammenhenger mellom misbruk og psykiske lidelser*. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.
- Chu, C., & Galang, A. (2013). *Hospital Nurses` Attitudes toward Patients with a History of Illicit Drug Use*. Hentet april 17, 2016 fra <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=673919ac-6416-4048-99d3-1a9a0dc77937%40sessionmgr4001&vid=0&hid=4112>
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Granheim, T. H., Raaum, K., Christophersen, K.-A., & Dihle, A. (2015, desember 18). Sykepleiers og studenters kunnskap og holdninger til smerter og smertelindring hos voksne. doi:<http://dx.doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.55983> .
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015, november 13). *Opptappingsplan 2016 - 2020*. Hentet mai 2, 2016 fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/1ab211f350b34eac926861b68b6498a1/no/pdfs/prp201520160015000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2007, oktober 5). *Opptappingsplan for rusfeltet*. Hentet mai 2, 2016 fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/opptappingsplan-for-rusfeltet/id484782/>
- Helsedepartementet. (2004, Jaunar 1). *Rusreformen*. Hentet mai 2, 2016 fra <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/hd/rus/2004/0017/ddd/pdfv/205998-runds067.pdf>
- Helsepersonelloven. (1999, juli 2). *Lov om helsepersonell nr 64*. Hentet april 6, 2016 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Holberg, L. (1722). Jeppe på Bjerget.
- Høgskulen i Sogn og Fjordane. Avdeling for helsefag. (2012). *Etiske retningslinjer for studentarbeid*.

- Ingstad, K. (2013). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Insel, T. (2003). Is social Attachment an addictive disorder? *Psychology & Behavior*, 79: 351 -357.
- Jellestad, F. K. (2012). Hjernen og rusavhengighet. I K. Lossius, *Håndbok i rusbehandling* (2. utg., ss. 75 - 88). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kirkevold, M. (2001). *Sykepleieteorier : analyse og evaluering* (2. utg.). Oslo: Gyldedal Norsk Forlag.
- Kristoffersen, N. J., & Nortvedt, P. (2011). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I N. J. Kristoffersen, P. Nortvedt, & E.-A. Skaug, *Grunnleggende sykepleie bind 1* (2. utg., ss. 83 - 127). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Li, R., Undall, E., Andenæs, R., & Nåden, D. (2012, November 8). *Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus*. doi:10.4220/sykepleienf.2012.0131
- Lossius, K. (2012). Om å ruse seg. I K. Lossius, *Håndbok i rusbehandling* (2. utg., ss. 23 - 38). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- McCaffery, M., & Beebe, A. (1996). *Smerter : lærebok for helsepersonell*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Molven, O. (2012). *Sykepleie og jus* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Juridisk.
- Nesvåg, S. (2012). Ulike forståelser og perspektiver på problematisk rusmiddelbruk og avhengighet. I S. Biong, & S. Ytrehus, *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (ss. 55 - 76). Oslo: Akribe AS.
- Neville, K., & Roan, N. (2014). *Challenges in Nursing Practice: Nurses' Perceptions in Caring for Hospitalized Medical-Surgical Patients With Substance Abuse/Dependence*. doi:10.1097/NNA.0000000000000079
- Norsk Sykepleierforbund. (2011). *yrkesetiske retningslinjer*. Hentet april 10, 2016 fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Nortvedt, E., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L., & Reinar, L. (2012). *Jobb kunnskapsbasert* (2. utg.). Oslo: Akribe AS.
- Nortvedt, P. (2012). *Omtanke : en innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999, juli 02). *Lov om pasient- og brukerrrettigheter nr 63* . Hentet april 6, 2016 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven>

- SIRUS. (2010, november 19). *Kan vi skille mellom bruk og misbruk av rusmidler?* Hentet mai 11, 2016 fra <http://www.sirus.no/kan-vi-skille-mellom-bruk-og-misbruk-av-rusmidler/>
- Skjøtskift, S. (2012). Rusmidlenes virkninger og skadevirkninger. I S. Biong, & S. Ytrehus, *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (ss. 99 - 119). Oslo: Akribe AS.
- Skoglund, A., & Biong, S. (2012). Sykepleie til personer med opioidavhengighet i somatisk sykehus. I S. Biong, & S. Ytrehus, *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (ss. 186 - 199). Oslo: Akribe AS.
- St. mld. nr. 30. (2011- 2012). *Se meg!— alkohol – narkotika – doping*. Hentet april 27, 2016 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-30-20112012/id686014/?ch=1&q=>
- Trier, E. (2013). Lindrende sykepleie. I U. Knutstad, *Utøvelse av klinisk sykepleie : sykepleieboken 1* (2. utg., ss. 892 - 944). Oslo: Cappelen Damm.
- Universitetssykehuset Nord-Norge. (2015, februar 15). *UNN.no*. Hentet mai 23, 2016 fra <http://www.unn.no/esas-r/category13520.html>

Vedlegg 1 Søkeprosessen

Dato	Database	Søkeord	Avgrensing	Resultat	Videre avgrensing	Resultat	Brukt i oppgaven
17.04.2016	Svemed+	Nurse Attitude drug	Årstall 2011 - 2016	14	Videre avgrenset ved gjennomgang av overskrifter	1	1
28.04.2016	PubMed	Nurse Challenges Drug abuse	Ikke eldre enn fem år	26	Videre avgrenset ved gjennomgang av overskrifter abstrakter	2	1
28.04.2016	Pubmed	Nurse Attitude Drug abuse	Ikke eldre enn 5 år	90	Full tekst Lagt til søkeordet opioid	7	0
14.05.2016	oria	Nurse Attitude Patients drug		197	År 2010 – 2016 Artikler Fra fagfelleurdert tidsskrift Emne: Attitude og health personnel	36	1
14.05.2016	Cinahl	Kunnskap Holdning smertelindring		622	År 2010 – 2016 Språk: Norsk	15	1

Vedlegg 2 Artikkelfunn

Databas e	Tittel	Forfatte r	Hensikt	Metode	Resultat
Svemed+	Smertebehandli ng av rusmisbrukere innlagt i sykehus	Rita Li, Eva Undall, Randi Andenæ s, Dagfinn Nåden	Studiens hensikt er å kartlegge holdninger og kunnskaper som helsepersonell har til pasienter som er avhengig av opiatere og som i tillegg trenger smerte lindring, og derav innlagt på sykehus.	Tverrsnittstu die. Leger og sykepleiere ved fire sykehus har svart på spørreskjem a. 312 besvarte studien (72% opplutning)	55,7 % av sykepleierne var enig i at opioiddavhengighet var en sykdom. 56,1% av sykepleierne følte seg manipulert av de rusavhengige, og 20,8 % Tror på at pasienten formidling av smerter. Ved vurdering av egen kunnskap der 5 er høyeste verdi, viste resultatene en egenvurdering av kunnskap på under 3,0
Oria	Hospital Nurses` Attitudes towards Patients With A History of Illicit Drug Use	Charlen e Chu , Ashely Galang	negative holdninger til pasienter med rusproblemer kan påvirke sykepleier- pasientforholdet, på en slik måte at det ikke gir en optimal behandling av pasienten. Studien har registrert sykepleiernes holdninger til å arbeide med ruspasienter.	Tverrsnittstu die. Studien er gjort på en indremedisin sk avdeling på et sykehus i Toronto, ved hjelp av spørreskjem a. 73 respondente r svarte på spørreskjem a (72% opplutning)	Resultatene tyder på at sykepleierne hadde verken positiv holdning eller negativ holdning til rusavhengige pasienter. Selv om det også ble antydnet fra sykepleierne at de hadde liten motivasjon til å jobbe med disse pasientene. Resultatene tyder på at det kan være behov for et organisatorisk tiltak for å støtte sykepleieren med denne utfordrende gruppen. Tiltak til sykepleiere kan hjelpe med å oppfylle deres profesjonelle rolle og kan dermed positivt påvirke sykepleiernes holdninger til denne gruppen pasienter.

PubMed	Challenges in Nursing Practice: Nurses' Perceptions in Caring for Hospitalized Medical-Surgical Patients With Substance Abuse/Dependence	Neville, Kathleen PhD, RN; Roan, Nora DNP, RN, APN	Målet med studien var å undersøke sykepleiernes oppfatning av omsorg for pasienter med rusmisbruk.	Kvalitativ tilnærming. 24 sykepleiere svarte på spørsmål om deres oppfatninger av omsorg for innlagte pasienter med rusmisbruk.	Resultatene viser negative oppfatninger av pasienter med rusmisbruk. Studien viser behov for videreutdanning innenfor emnet og at sykepleierne trenger mer faglig støtte i omsorgen for rusmisbrukere.
Cinahl	Sykepleiers og studenters kunnskap og holdninger til smerter og smertelindring hos voksne	Granheim, Tone Høilo; Raalum, Kari; Christophersen, Knut-Andreas; Dihle, Alfhild	Målet med studien var å få mer kunnskap om sykepleier og sykepleierstudenters kunnskaper og holdninger til smerter og smertelindring hos voksne.	Tverrsnittstudie. inneholder 39 spørsmål 166 sykepleiere og sykepleierstudenter responderte på spørreskjemaene (83 % oppslutning)	På enkelte områder har både sykepleier og sykepleierstudent gode kunnskaper om smertelindring. Studien avslører at respirasjonsdepresjon og opioidavhengighet var en faktor sykepleiere og sykepleierstudenter frykter. Det var også avdekket et sprik mellom teoretisk kunnskap og gjennom praktisk handling. Studien sier at det er behov for en styrket kompetanse innenfor håndtering av smerter.