



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9-H-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	07-05-2021 00:00	Termin:	2021 VÅR
Sluttdato:	21-05-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 BSS9 1 H 2021 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 403

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 6789

Egenerklæring *: Ja
Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)
Gruppenummer: 53
Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Hvordan kan sykepleieren skape et grunnlag for gjensidig kontakt og forståelse i møte med den rusavhengige pasienten, innlagt på sykehus?

How can the nurse create a foundation for mutual contact and understanding when meeting the hospitalized drug-addicted patient?

Kandidatnummer 403

Sykepleie

Institutt for helse- og sosialvitenskap

Fakultet for helse- og omsorgsvitenskap

21/5-2021

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

*Hvis det i sannhet skal lykkes å føre et menneske hen til et bestemt sted,
må man først og fremst passe på å finne ham der
hvor han er,
og begynne der.*

*Dette er hemmeligheten i all hjelpekunst.
Enhver der ikke kan det,
er selv i innbilning,
når han mener å kunne hjelpe andre.*

*For i sannhet å kunne hjelpe en annen,
må jeg forstå mer enn han,
men dog vel først og fremst forstå
det, han forstår.*

*Når jeg ikke gjør det,
så hjelper min mer- forståelse han slett ikke (...)*

*Men all sann hjelpekunst
begynner med en ydmykhet.
Hjelperen må først ydmyke seg under den han vil
hjelpe
og derved forstå,*

*at det å hjelpe
ikke er å beherske, men det å tjene –*

*at det å hjelpe ikke er å være den herskesykeste,
men den tålmodigste – at det å hjelpe er villighet til inntil videre
å finne seg i urett og ikke å forstå
det den andre forstår (Brandstorp 2014)*

- Søren Kierkegaard

Abstract:

One-fifth of all hospital admissions are related to drug problems, and it is very likely that nurses encounter this patient group (Statistics Norway, 2021). When I was a hospital trainee, I experienced a drug-addicted patient who, in my opinion were offered help – without care and sympathy. I think that this patient was met with a lack of understanding and had to wait for pain-reducing medication for an unnecessarily long time. In order to make nurses accomplish their goals and purpose, they must emphasize the development of all stages in the human-to-human relationship to reach the goal of mutual contact and understanding (Travelbee, 2001, s. 211). Persons living with drug addiction experience an everyday life with stigma, isolation and exclusion from society. They need to be seen for who they are as human beings, not for the addiction. They need to be seen for who they are, not for the addiction. If nurses are to create a basis for mutual contact and understanding with patients with drug addiction, they must see them as individuals, and without prejudice base the nursing care on human equality.

Innhold

1.0 Innledende del:.....	4
Bakgrunn for valg av tema og sjanger.....	4
Etiske overveielser	4
Inklusjons- og eksklusjonskriterier	5
2.0 Hoveddel:	6
MED HVILKE ØYNE? – et essay om sykepleie til rusavhengige pasienter innlagt på sykehus	6
Det første møtet med pasienten.....	6
Holdningsendring, en tidkrevende prosess for samfunn og sykepleier.....	8
Den vanskelige smerten.....	10
Gjør ikke sykepleiere jobben sin?	12
Mangelfull empati?	14
Vanskelig pasient eller vanskelig sykepleier?.....	15
Kunsten i å hjelpe	16
Det siste møtet med pasienten	18
3.0 Litteraturliste	20

1.0 Innledende del:

Bakgrunn for valg av tema og sjanger

Tall fra statistisk sentralbyrå viser at mer enn 500 000 pasienter hadde døgnopphold på sykehus i 2020 (Statistisk sentralbyrå, 2021). I gjennomsnitt har 100 000 sykehusinnleggelse hvert år sammenheng med rusmiddelmisbruk (Håkonsen, 2014, s. 379). Det er en femtedel av alle innleggelse på sykehus. Til tross for denne statistikken, kan jeg huske vi har hatt én forelesning i løpet av nesten tre år på sykepleiestudiet som handler om personer som er rusavhengige. Min erfaring, er at rusavhengige er en pasientgruppe som ofte blir diskutert på vaktrommet. En gruppe som sees på som utfordrende og vanskelig. Sykepleierne vil møte pasienter med rusavhengighet, og vi må ha nødvendig kunnskap for å møte de på best mulig måte. I denne oppgaven har jeg valgt å benytte meg av essay, og jeg vil gå nærmere inn på situasjonen jeg opplevde i praksis som ga meg en større interesse for temaet. Et essay er personlig formet, hvor det er tillatt med personlige opplevelser og erfaringer (Søk & skriv, 2021). Derfor synes jeg essay egner seg godt for oppgaven min og jeg har kommet frem til følgende problemstilling:

Hvordan kan sykepleieren skape et grunnlag for gjensidig kontakt og forståelse i møte med den rusavhengige pasienten, innlagt på sykehus?

Etiske overveielser

Jeg har på best mulig måte anonymisert pasienten ved å bruke fiktivt navn og ikke nevnt navnet på byen, sykehuset eller avdelingen jeg hadde praksis. Situasjonen jeg opplevde er dessverre ikke unik, og kunne ha oppstått på alle avdelingene på sykehuset.

Det er mange definisjoner som kan benyttes ved omtale av personer som er avhengig av illegale rusmidler, men i essayet har jeg valgt å bruke begrepet rusavhengig. Jeg opplever at det gir mindre stigma enn for eksempel rusmisbruker og narkoman. Pasientene er avhengige av rusmidlene og avhengigheten er så stor at den går ut over andre hverdagslige gjøremål.

Inklusjons- og eksklusjonskriterier

I essayet har jeg valgt å inkludere pasienter som har en avhengighet til narkotika, altså illegale rusmidler. Det jeg har ekskludert er rusmidler i form av alkohol, selv om dette er et stort helseproblem i samfunnet i dag. Grunnen til at alkohol er ekskludert fra essayet, er for å begrense informasjonen i oppgaven da rus er et omfattende tema. Jeg har fokusert på møte mellom pasient og sykepleier på sykehus og ikke etter utskrivelse og har tatt utgangspunkt i rusavhengige over 18 år.

2.0 Hoveddel:

MED HVILKE ØYNE?

– et essay om sykepleie til rusavhengige pasienter innlagt på sykehus

Det første møtet med pasienten

Mitt første møte med en rusavhengig pasient var allerede første uken i sykehuspraksisen på andre studieår. Jeg velger å kalle pasienten jeg møtte for Line. Line har vært rusavhengig i mange år med en rekke sykehusinnleggelse den siste tiden. Uspesifisert smerteproblematikk har i hovedsak vært begrunnelsen for disse innleggelsene. I mitt første møte med Line, var hun innlagt på nytt på grunn av store smerter. Line hadde blitt skrevet inn samme dag og delte rom med tre andre pasienter. Hun hilste på oss og fortalte at hun hadde det greit akkurat nå, men at hun tidligere på dagen hadde hatt svært vondt. Da vi skulle gå ut av rommet, ga Line oss en håndskrevet lapp som jeg og veilederen min leste da vi kom tilbake på vaktrommet. Hun beskrev måten hun hadde blitt behandlet på tidligere og håpet om å slippe fordommer denne innleggelsen. På slutten av brevet sto det: «Jeg håper ikke dere dømmer meg denne gangen også. Skulle ønske noen kunne se meg for den jeg er og at jeg kan få den hjelpen jeg trenger». Vi ga brevet videre til legen og veilederen min snakket ikke noe mer om det. Ikke med meg, pasienten eller legen.

Under det første møtet med Line hadde vi dannet oss et førsteinntrykk basert på utseende og oppførsel. Vi går gjennom ulike faser når vi møter et nytt menneske. Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee ble født på 1920-tallet og jobbet som psykiatrisk sykepleier. For at sykepleieren skal nå sine mål og hensikter, må det etableres et menneske-til-menneske-forhold. Hun bruker begrepet «menneske» istedenfor sykepleier og pasient, da hun tar avstand fra bruken av slike roller. Travelbee mener at roller fjerner det unike i mennesker. Videre sier hun at i etableringen av forholdet, er det viktig at vi ser hverandre som de unike menneskene vi er. For å nå målet i etableringen av menneske-til-menneske-forholdet, må man gjennom fem faser. Disse fasene er det innledende møtet, fremvekst av identiteter, empati, sympati og til slutt etablering av gjensidig forståelse og kontakt. Målet for sykepleierne er å komme til den siste fasen i etableringen av forholdet (Travelbee, 2001, s. 211). Den første fasen kjennetegnes av at pasienten og sykepleieren ikke kjenner hverandre fra før. Oppfatningene er generaliserte, stereotypiske og førsteinntrykket baseres på observasjoner, handlinger og språk. Det som er utfordrende for sykepleieren er å bryte ut fra førsteinntrykket (Kristoffersen,

Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s. 32 - 33). Det var tydelig at vi var i denne fasen ved vårt første møte med Line. For Line var vi hvilken som helst sykepleier og student. Vi så også på henne som pasient, uten at vi hadde begynt å se «menneske bak». For min del merket jeg at det var vanskelig å se bort ifra førsteinntrykket i den videre kontakten med Line.

Travelbee baserte sine teorier ut ifra et humanistisk eksistensialistisk perspektiv. *Humanismen legger vekt på menneskets egenverdi, og verdier som frihet, rettigheter og sannhet* (Gjøsund & Huseby, 2016, s. 27). Det eksistensialistiske perspektivet innebærer at vi prøver å finne det særegne situasjonen pasienten opplever. At man ikke bryr seg om diagnosen, men ser pasienten bak (Hummelvoll, 2016, s. 338). Ut ifra samme synspunkt, har den psykiatriske sykepleieren Jan Kåre Hummelvoll, kommet frem til ni hjørnesteiner som sykepleier- og pasientfelleskapet hviler på. Ett av disse punktene er møte og nærværenhet. Det handler om at hvis vi skal nå frem til pasientens problem, er det viktig at vi lytter. For å være en god lytter, kreves det et nærvær hvor vi virkelig må være til stede i øyeblikket, og nærværet må være ekte. Vi må være åpne for at pasienten kan bruke alternative metoder for å gjøre seg forstått (Hummelvoll, 2016, s. 40). Line brukte andre måter for å kommunisere. Hun fortalte ikke muntlig hvordan hun hadde det, men skrev en lapp for å formidle et budskap. Budskapet var basert på tidligere erfaringer og holdninger hun hadde blitt møtt med i forbindelse med tidligere innleggelse på sykehus. Hun har hatt mange negative erfaringer og vi burde prøve å forhindre dette under denne innleggelsen. Jeg tror følelsen Line satt med, ikke er uvanlig for pasienter med rusavhengighet.

For å skape gjensidig kontakt med pasienten, er det viktig med god dialog. Det er noe vi må ha fokus på allerede ved første møte. Vi må være åpne for å snakke om problemene til pasienten, uten at samtalen skal preges av at vi skal endre holdningen og måten pasienten lever på. Ofte kan pasientens rushistorikk bli bagatellisert. Vi må også tørre å ta opp temaer som handler om pasientens rushistorikk selv om det oppleves som vanskelig. (Mørland & Waal, 2016, s. 65). I møte med Line var det ingen som tok opp at det burde gjennomføres ruskartlegging, og det ble aldri nevnt at det var nødvendig. Det å gjennomføre ruskartlegging hos pasienten kan ha flere sider. Er sykepleieren for opptatt med å kartlegge rushistorikken kan det gå på bekostning av relasjonen mellom sykepleieren og pasienten. Derfor er det viktig med gode rutiner i møte med rusavhengige pasienter (Mørland & Waal, 2016, s. 65). Jeg er usikker på hvorfor ruskartlegging ikke var et tema hos Line, men årsakene kan være tidsklemma eller mangel på kunnskap og ferdigheter. På grunnlag av det vi hadde lest i journalen før møtet, hadde jeg dannet meg et bilde allerede før første møte. Travelbee sier at

utfordringene til sykepleierne er å bryte ut av egne oppfatningene (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s. 33) og det var noe jeg merket at jeg måtte jobbe med i møte med Line.

Holdningsendring, en tidkrevende prosess for samfunn og sykepleier

I innkomstjournalen hadde legen skrevet at Line var rusavhengig. Begrepet rusavhengig gir automatisk et stempel, og vi danner oss en mening og oppfatning allerede før vi har møtt pasienten. Jeg hadde laget meg en oppfatning, uten å tenke over det. Helt ubevisst tenkte jeg at møtet med Line ville være annerledes enn med de andre pasientene. Automatisk tenkte jeg «oss» og «dem» i møte med rusavhengige. Denne forhåndsdommen er noe jeg tror mange gjør uten å tenke seg om, og jeg kan skjønne at Line var redd for å bli dømt på forhånd.

Line har hatt mange negative opplevelser på sykehus. På grunn av dette, tror jeg hun er redd for å ikke få den hjelpen hun har behov for. I en studie hvor de hadde gjennomført intervju med 18 rusavhengige pasienter som var innlagt på sykehus, kunne alle fortelle om negative opplevelser. Jeg tror ikke utfallet ville ha blitt det samme om de intervjuet tilfeldige pasienter uten rusavhengighet. Flere av de som hadde blitt intervjuet, hadde opplevd krenkende ord fra sykepleierne (Morgan, 2006, s. 37). Vi har et ansvar for hvordan holdningene kommer til syne og hvordan væremåten vår påvirkes av holdningene. Det er en kunst å være omsorgsfull når det ikke føles naturlig (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s. 111).

En holdning er en spesiell tilbøyelighet til å reagere på en bestemt måte overfor andre mennesker, ting eller hendelser. Holdninger er vurderende eller dømmende på en positiv eller negativ måte (Håkonsen, 2014, s. 185) og kommer til uttrykk for måten vi ser på pasienten, stemmen og bruk av kroppen (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s. 111). Det som skaper problemer, er om holdningene blir grunnlaget for hjelpen vi gir og om vi ikke klarer å se bort ifra disse (Håkonsen, 2014, s. 187). Alle har med seg holdninger, uansett om vi vil eller ikke og ifølge Travelbee er det feil om sykepleieren går inn for å være ikke-dømmende. Hun forteller at vi dømmer pasienten ut ifra hvor stor normene avviker ifra våre egne og poengterer at det er viktig at vi er klar over hvordan vi oppfører oss når vi er dømmende. Sykepleieren må anstrenge seg for at de negative holdningene ikke skal påvirke omsorgen som gis og prøve å forstå hvorfor holdningene oppstår i møte med enkelte pasienter (Travelbee, 2001, s. 198 – 199). I møte med Line fikk jeg sett hvordan veilederen min sine holdninger påvirket hjelpen og omsorgen. Jeg tror at Line hadde blitt møtt på en annen måte om det ikke hadde vært for rusavhengigheten. Jeg tror ikke veilederen min gjorde det bevisst,

og at det var vanskelig for han å se hvordan holdningene hans påvirket handlingene når han var midt i situasjonen.

Det er flere studier som viser at det ikke er et entydig forhold mellom holdninger og atferd (Biong & Ytrehus, 2018, s. 80). Vi oppfører oss ikke alltid lik våre holdninger, og vi kan klare å se bort ifra disse i møte med pasienter (Håkonsen, 2014, s. 187). Holdninger har med oss over tid og er vanskelig å forandre. Skal vi forandre en holdning, krever det tid og arbeid (Håkonsen, 2014, s. 185). Jeg opplever selv at holdningsendringer krever tid og det er noe jeg blitt mer bevisst på. Veilederen min sine holdninger påvirket meg, og jeg skal gjøre mitt aller beste for å spre gode holdninger til kollegaer og nye studenter. Endringer krever tålmodighet og at noen tør å være kritiske og stille spørsmål. Det gjelder hos oss mennesker, men også i samfunnet. Det har skjedd store endringer i narkotikahistorikken i Norge, og det kan også skje endringer som vil påvirke holdningene til oss mennesker.

I 2004 fikk rusavhengige status som pasienter med like rettigheter som andre. Før denne endringen, var de «sosialklienter» som førte til at de fikk et helsetilbud som ikke var godt nok (Snoek og Engdal, 2017, s. 181). Det burde være en selvfølge at rusavhengige skal ha like rettigheter. Rusavhengighet er så komplekst at det krever et tverrfaglig team med erfaring og kunnskap for at hjelpen skal være god. Til tross at de fikk like rettigheter på «papiret», er det også viktig at det skal skje også i praksis. I 2009 ble det opprettet et utvalg som skulle komme med forslag til hvordan hjelpetilbudene skulle forbedres. Utvalget jobbet ut ifra prinsippet om at narkotikaavhengighet er en lidelse som er komplekst. Løsninger må være individuelle da det er enkeltmennesker som trenger hjelp. For å lykkes må man tenke helhetlig og hele samfunnet må løftes (Biong & Ytrehus, 2018, s. 64). Det kan bidra til holdningsendring, og at det blir lettere for rusavhengige å motta hjelp. Vi må se rusavhengige som individuelle mennesker og ikke skjære alle over en kam. Line var så redd for at vi skulle se på henne som rusavhengig og ikke for den hun var. I møte med henne, fikk jeg se hvor komplekst rusavhengighet er. Hun hadde en lang historikk bak seg og til nå hadde ikke helsevesenet lykkes i å hjelpe henne da hun stadig kom tilbake for gjentakende problem.

I 2021 var det en debatt om det skulle opprettes en ny rusreform. Denne reformen gikk ut på om straffeansvaret for bruk og besittelse av mindre mengder narkotika til eget bruk, skulle oppheves. Istedenfor straff, vil de som blir «tatt», bli pålagt en kommunal rådgivningstime (Foreningen Tryggere Ruspolitikk, 2020). I pressekonferansen sa helse- og omsorgsministeren Bent Høye at det ikke hadde vært mulig uten holdningsendringer. Han sier

endringer skjer ved at vi tør å stille nye spørsmål og fordi modige mennesker tør å rope høyt, være uenige og tenker annerledes (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021). På grunn av at Arbeiderpartiet stemte mot dette forslaget, vil ikke dette bli aktuelt denne stortingsperioden (Bogen, 2021). Uansett er dette et bevis på at det faktisk er mulig å endre holdninger, både i samfunnet og blant mennesker. Det tar bare tid, og at vi tenker på nye måter. I praksis fikk jeg sett hvor smittende holdninger er og hvor lett påvirket jeg ble av holdningene til veilederen min. Negative holdninger spres blant personalet på avdelingen. I diskusjoner om rusavhengige pasienter, opplever jeg at det svært sjeldent noe positivt. Min oppfatning er at sykepleierne ser på rusavhengige som en utfordrende pasientgruppe, og kanskje spesielt når det kommer til smertelindring.

Den vanskelige smerten

Halvtime etter vaktens begynnelse, trykket Line på alarmknappen og vi gikk inn til henne. Hun lå og vred seg i sengen, lakenet var krøllet sammen og hun pustet anstrengende fordi hun var smertepreget. For å kartlegge smerten spurte vi hvor vondt hun hadde på en skala fra en til ti. Vi forklarte at ti er verst tenkelig smerte. Hun fortalte at hun så vondt at hun var godt over ti på skalaen. Hun sa hva hun trengte av smertestillende, hvilken styrke som var nødvendig og hvilken administrasjonsform hun ønsket. Vi målte vitaliene hennes. Blodtrykket og pulsen var normal, huden var varm og tørr med en temperatur på 36,4. Jeg kunne se på kroppsspråket og øynene til veilederen at han var tvilende på det Line uttrykte. Hun fikk beskjed om at vi skulle se hva hun kunne få av smertestillende, før vi gikk ut av rommet og lovet å komme tilbake litt senere. Da vi hadde kommet på vaktrommet fortalte veilederen min at han ikke klarte å tro på at Line hadde så vondt som hun uttrykte. Hun sto kun på Paracet som behovsmedisin, men hadde fått mye sterkere smertestillende i mottaket. Veilederen min fortalte at det var lenge siden hun hadde fått dette, og at virkningen var borte for lenge siden. Om smertene var reelle, burde hun ha hatt vondt mye tidligere.

Folkehelseinstituttet definerer smerte som en ubehagelig opplevelse som forbindes med skade, eller noe som oppfattes som skade, i en del av kroppen. Smerte er subjektivt, og selv om to pasienter får samme skade, kan de påvirkes og reagere på ulike måter (FHI, 2021). Opplevelsen av smerte er preget av tidligere opplevelser og erfaringer gjennom livet og er derfor svært individuelt (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s. 173 - 174). Det gjør at det stilles store krav til at sykepleieren må kartlegge opplevelsen til hver enkelt pasient, og ikke bare ut ifra årsaken til smerten (Aambø, 2007, s. 127). Smertekartlegging er et viktig verktøy for at hjelpen skal bli best mulig og individualisert, og i en undersøkelse

svarte ca. en fjerdedel av sykepleierne brukte smertekartleggingsverktøy ofte eller ganske ofte (Li, Undall, Andenæs & Nåden, 2012, s. 257). For å kartlegge smerten til Line benyttet vi oss av en skala fra en til ti. Ved å benytte denne får vi en oversikt over pasientens opplevelse av smerten. Vi kan også se om de smertestillende vi gir, har noe effekt. Selv om Line sa at hun hadde ti på skalaen trodde ikke veilederen min på dette og handlet ikke ut ifra denne kartleggingen.

Alle har erfaringer med smerte, derfor er det mulig å sette seg inn i andres smerte og å gjøre et forsøk på å tolke den (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s. 173 - 174).

Travelbee sier det vanskelig å vurdere graden eller intensiteten av smerten til andre. Vi kan skape oss en oppfatning, men det er umulig å være sikker på at disse oppfatningene er riktige. Hun sier at vurderingene til helsepersonellet er gjetning (Travelbee, 2001, s. 112). Disse setninger er noe motstridende, men jeg tror at vi kan sette oss inn i pasientens smerte selv om vi ikke kan være så bastant på at det er det rett. Smerte er personlig, men de som er rundt blir likevel påvirket. Er vi sammen med noen som har smerter, vil de aller fleste oppleve en trang til å hjelpe. Før vi involverer oss, må hjelpen vurderes, begrunnes eller avvises ut ifra situasjonen vi befinner oss i. Enkelte ganger kan det hende at vi tar avstand fra smerten pasienten kjenner. Det er en måte vi kan beskytte oss fra det ubehaget som blir vekket i oss når personer rundt oss blir smertepreget. Blir personer med smerter avvist av sykepleiere, bidrar det til at pasienten blir påført belastning og får enda mer smerter (Aambø, 2007, s. 11-12). Da vi var hos Line, opplevde jeg at veilederen min vurderte smerten, men at han avviste det hun opplevde. Min oppfatning var at han tenkte at hans tolkning av smerten var den rette. Det å avfeie andres smerte er ikke riktig, da smertelindring er en del av jobben vår. Det er pasienten selv som vet hva de føler. Jeg tror ikke han gjorde det bevisst, men jeg ble også påvirket av tankene han hadde og jeg merket også hvor smittende holdninger er.

For at smertelindring skal være vellykket, krever det et godt samarbeid mellom sykepleier og pasient. En vanlig oppfatning er at rusavhengige manipulerer sykepleierne for å oppnå rus. Det er viktig at pasienten blir tatt på alvor, og at sykepleierne klarer å observere symptomene på smerte (Biong & Ytrehus, 2018, s.186). I en studie hvor holdningene til sykepleierne ble kartlagt, sa over halvparten at de føler seg manipulert av rusavhengige og rundt 30 % svarte at rusavhengige prøver å lure dem når de ber om smertestillende (Li, Undall, Andenæs & Nåden, 2012, s. 257).

I en annen undersøkelse hadde de fokus på rusavhengiges opplevelse av å være innlagt på sykehus. Alle som ble spurt, kunne fortelle om negative opplevelser. En av deltakerne hadde opplevd en sykepleier som fortalte at han ønsket å være innlagt kun for å få skaffe seg rus. Hun sa også at han misbrakte systemet og om han ikke var fornøyd med behandlingen, var det ingen som skulle stoppe han fra å dra (Morgan, 2006, s. 36-37). Jeg håper og tror at de fleste sykepleiere mener det er helt feil å si slik til en pasient og jeg ble veldig overrasket. Derfor håper jeg virkelig at det hører med til sjeldenheten. Samtidig hadde alle av de 18 deltakerne som ble intervjuet negative erfaringer når det kom til innleggelse på sykehus, som viser at det ikke er uvanlig at rusavhengige opplever å bli møtt på denne måten. Rusavhengige, blir på lik linje med andre pasienter, innlagt fordi de har behov for helsehjelp. Det er vår jobb å gi den helsehjelpen de har krav på. Vi må prøve å forstå pasientens behov og å klare å se mennesket bak rusen.

Etter situasjonen hvor Line uttrykte et behov for smertestillende, hadde vi fått et nytt inntrykk av henne. Vi fikk en større oppfatning av hva hun tenker og føler og hadde kommet i fase to av Travelbee sin etableringsfase. Denne fasen handler om fremvekst av identiteter. I denne fasen begynner sykepleieren å skille pasienter fra hverandre og kan få forståelse for pasientens opplevelse av situasjonen. Det samme gjelder også for pasienten som kan begynne å se på sykepleieren som annerledes fra andre sykepleiere (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s. 33). Min opplevelse var at veilederen min ignorerte og overså måten Line uttrykte smertene og at det ble sett på som overdrivelse. Jeg opplevde at Line ikke fikk den respekten hun hadde behov for da hun uttrykte smerter

Gjør ikke sykepleiere jobben sin?

Respekt er viktig i yrket som sykepleier. I de yrkesetiske retningslinjene står det: *Grunnlaget for all sykepleie er respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene* (NSF, 2019).

Begrepet «iboende verdighet» peker på hva som gjør hvert enkelt menneske unikt. Verdien av oss mennesker er ikke et resultat av bekreftelser fra omgivelser, men en kvalitet i kraft av å være et menneske. Alle har iboende verdighet, uavhengig av utseende, hva man tror på og livsstil. Siden vi alle har en iboende verdighet, kan den ikke fratras, men måten man oppfører seg på ovenfor andre kan uten tvil krenke verdigheten (Biong & Ytrehus, 2018, s. 77).

Jeg tror at Line hadde fått krenket verdigheten ved tidligere innleggelser og noe som preget henne også denne gangen. Det burde vært en selvfølge at fordommene våre ikke er

avgjørende i hjelpen som blir gitt. Vi må klare å se bort ifra negative holdninger og verdier når vi møter pasienter som truer våre egne verdier. Det er uheldig om vi ikke ser på pasienten som et menneske, men som «bare en pasient», en arbeidsoppgave eller et objekt. Om det skjer, kan pasientene ta i bruk ulike teknikker. Jeg tror Line har opparbeidet seg egne teknikker om hun blir utsatt for objektivisering. Travelbee sier at den vanligste reaksjonen på avhumanisering er sinne, og kan komme til uttrykk på ulike måter. Blant annet ved irritasjon, anspenhet, rastløshet eller somatiske symptomer som tristhet, apati og håpløshet (Travelbee, 2001, s. 68). Disse reaksjonene på avhumanisering kunne jeg se hos Line, da hun blant annet ble sint, trist og ga uttrykk for somatiske plager som blant annet langvarige smerter.

De yrkesetiske retningslinjene beskriver den iboende verdigheten til mennesket. Alle har like mye iboende verdi og alle mennesker er likeverdige (Nordbø, 2021). I møte med pasienter er likeverd viktig. Likeverd er en av de ni hjørnesteinene til Hummelvoll. Likeverd blir sett på som ledetråden i møte med pasienten. Sykepleieren må være åpen for hvordan pasienten opplever situasjonen. Om sykepleieren og pasienten ikke viser ekte og gjensidig respekt, kan det være vanskelig å få til et likeverdig møte (Hummelvoll, 2016, s. 40). Aksept kan føre til at pasienten blir tryggere og kan på en bedre måte godta alle kvalitetene ved seg selv. Det er også en sammenheng mellom selvaktelse og handling. Mestrer man ikke livssituasjonen man befinner seg i, vil også motivasjonen til endring minske og selvtilliten blir påvirket i en negativ retning. Mange kan også ha manglende opplevelse av signifikans, altså at man betyr noe og har en «oppgave» å gjennomføre. Det er det som gir livet mening, og kan være vanskelig for mange å se når lidelsen de går gjennom dekker over (Hummelvoll, 2016, s. 40). Det å hjelpe pasienten med selvaktelse og signifikans er også et av grunnsteinene til Hummelvoll i møte med pasientene. Det ble ikke gjennomført i noen av samtalene med Line under hennes innleggelse. Jeg tror det hadde hjulpet om hun hadde fått delt sine tanker om situasjonen hun sto i. Hun har flere innleggelse bak seg, og jeg kunne se at hun var sliten av å ha det så vondt uten at hun hadde fått den hjelpen hun ønsket. For at Line skulle ha fått en opplevelse av signifikans, kunne vi ha hatt en samtale om hva hun mener er viktig i sitt liv. Jeg ville spurt om hun har noen å støtte seg på i vanskelige situasjoner og hva som gir henne håp når hun stadig opplever enorme smerter. Mange kan slite med å finne motivasjon, mestring og grunner til å holde ut når sykdommen er dominerende i hverdagen. Hvis det er tilfellet hos Line, må vi hjelpe henne å forstå hvor mye hun betyr for andre mennesker. Oppgaven vår er å holde på tanken om at alle mennesker er like verdifulle, uavhengig av

utseende, utdanning og bakgrunn. Har man ikke denne tanken påfører man pasienten unødvendig smerte og lidelse (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s. 195-196).

Mangelfull empati?

Da vi gikk ut av pasientrommet forlot vi Line med store smerter selv om hun hadde gjort tydelig uttrykk for at hun trengte hjelp. Den hjelpen vi ga, var at vi lyttet, målte vitalia og at vi sa vi skulle komme tilbake senere når vi hadde snakket med legen angående smertestillende. Vi forlot Line sårbar, hvor vi hadde mye makt ovenfor situasjonen. Jeg tror at hvis Line ikke hadde vært rusavhengig, ville veilederen min ha gjort en større innsats for at hun skulle ha fått smertelindring tidligere. Vi lovet Line å komme tilbake, men veilederen min var tydelig oppgitt over situasjonen og jeg kunne se at han hadde en holdning som bar preg av manglende empati.

Den tredje fasen i etablering av menneske-til-menneske-forhold handler om empati. Det var denne fasen vi var kommet til i møte med Line. Da klarer man å se bort ifra den ytre atferden oppfatter den indre opplevelsen, samt tanker og følelser hos pasienten. I denne fasen kan man knytte seg til hverandre og føle at man står sammen, og sykepleieren oppfatter pasienten som unik (Travelbee, 2001, s.193). En forutsetning for utvikling av empati er at pasient og sykepleier har like erfaringer. Begrenset erfaringer hos sykepleieren kan gjøre det vanskeligere å utvikle empati. Hverdagen til en rusavhengig pasient kan oppleves ulik fra sykepleierens hverdag, noe som gjør det mer utfordrende. Likevel kan det å utvikle vårt empatiske område når det ikke føles naturlig noe vi kan trene på (Travelbee, 2001, s. 195). Empati er viktig for at forholdet skal videreutvikles til neste fase som handler om sympati (Travelbee, 2001, s. 200), men jeg opplevde at allerede her begynte prosessen å stoppe opp. I en undersøkelse om rusavhengiges erfaringer, hadde de fleste minst ett eksempel på hvor de måtte vente lenge på etterspurte medisiner (Morgan, 2006, s. 37). Line måtte også vente lenge på medikamentene hun etterspurte og jeg oppfattet det slik at hun ikke ble trodd. Line ble møtt med holdningen om at vi visste bedre enn henne og min opplevelse var at hun ikke ble møtt som et likeverdig menneske.

Sykepleiere har stor makt og innflytelse ovenfor pasienten (Biong & Ytrehus, 2018, s. 71). Vi har alle behov for å både bli sett, hørt, forstått og respektert som likeverdige mennesker. Det at sykepleierne har evnen til å vise empati og innlevelse er utrolig viktig, og gjelder uansett hvilken bakgrunn pasienten har. Hvis sykepleieren viser empati, kan pasienten oppleve nærhet og kontakt (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s. 33). I lov 24. juni 2011 om

kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), følger det av § 1-1 at alle skal ha lik tilgang på helse- og omsorgstjenester, uansett diagnose, alder, kjønn, økonomi og bosted. Til tross for at dette, er det ikke alltid det skjer i praksis. Det at sykepleierne klarer å vise respekt og trygghet er grunnleggende verdier i arbeid med mennesker. I arbeidet med rusavhengige, er flere av disse verdiene truet, noe som skaper utrygghet i møte med helsevesenet (Biong & Ytrehus, 2019, s. 73 - 74). Vi skal være til stede for hjelpe pasienten og lindre lidelse, ikke for å sette grenser og kontrollere atferden (Mørland. & Waal, 2016, s. 65).

Vanskelig pasient eller vanskelig sykepleier?

Etter en times tid ringte Line på en gang til. Hun hadde fortsatt ikke fått ekstra smertestillende selv om det var en stund siden hun hadde spurt om disse. Line ble tydelig irritert da veilederen min sa at hun først fikk Paracet og at vi kunne «jobbe» oss oppover til hun var tilstrekkelig smertedekket. Tidligere den dagen hadde hun fått sterke smertestillende i akuttmottak og ønsket de samme smertestillende også denne gangen. Hun fortalte at det ikke var noe poeng i å prøve Paracet. Videre sa Line at hvis hun ikke fikk sterkere smertestillende, kom hun til å skrive seg ut på eget ansvar for å gå til sentrum for å skaffe seg ulovlig rusmidler. Hun spurte oss om det var noe vi ønsket at hun skulle. Hvis hun ikke fikk sterkere smertestillende, fortalte hun at hun ikke noe annet valg.

Denne situasjonen satte veilederen min i et vanskelig dilemma. Vi måtte veie opp for hva som er riktig og hva som er galt. Et etisk dilemma er når man må ta et valg i en situasjon hvor det blir feil uansett hva man velger og viktige verdier blir truet (Biong & Ytrehus, 2018, s. 84). Hun satte press på veilederen min for å få den hjelpen hun mente hun hadde behov for. Jeg merket på veilederen min at han ikke ønsket å gi sterke smertestillende hvis hun ikke hadde stort behov for det. Samtidig hadde hun helt tydelig et behov for hjelp. Det at hun truet med å skaffe seg ulovlige rusmidler satte veilederen min i en presset situasjon hvor han måtte handle raskere. Denne situasjonen kunne vi kanskje ha unngått ved å ha hatt en god dialog og ordentlig plan for pasienten, som skulle ha vært opprettet ved det første møtet.

En av hjørnesteinene til Hummelvoll er konformitet versus opprør. Konformitet handler om hvordan enkeltpersoner oppfører seg i forhold til normene som er i samfunnet (Svartdal, 2020). En person kan ha god helse til tross for at man har symptomer og andre lidelser. Hva som er god helse er individuelt og personlig, og kommer an på hvilke verdier pasienten har. Det å gjøre opprør kan være et sunt tegn og en positiv reaksjon. Hvis pasienten reagerer på et

behandlingssystem som er undertrykkende og nedverdiggende, kan det være et tegn på at de tar ansvar og har en voksende selvaktelse (Hummelvoll, 2016, s.42). Det var ikke optimal behandling å gi Line kun Paracet når hun hadde så store smerter. Hun hadde mest sannsynlig opparbeidet toleranse for smertestillende, og i tillegg tar det tid før Paracet begynner å virke. Line opplevde akutte smerter og det er for disse smertene hun trenger hjelp. Jeg kan skjønne at Line så på det som nedverdiggende at hun måtte vente så lenge og at det gjorde henne opprørt. Jeg opplevde at hun måtte vente så lenge på hjelp fordi veilederen min ikke hadde et genuint ønske om å hjelpe henne. Det var mangel på medfølelse, noe som er viktig for at vi skal få sympati for pasienten.

Den fjerde fasen i menneske-til-menneske-forholdet handler om sympati og er et steg videre fra empatifasen. I denne fasen er det et grunnleggende ønske om å hjelpe eller lindre plager. Jeg opplevde at veilederen min ikke hadde et genuint ønske om å hjelpe Line, noe som er viktig i denne fasen. (Travelbee, 2001, s. 200). Her mener jeg at etableringen i menneske-til-menneske-forholdet stoppet opp og siden vi ikke gjorde noe for å løse dette, kom vi oss heller ikke til den siste fasen. Sympati handler om å vise varme, godhet og medlidenhet. Uten sympati vil hjelpen preges av at den blir overfladisk og kan påvirke pasienten psykisk (Travelbee, 2001, s. 201). Jeg tror at bakgrunnen til Line hadde en betydning for at etableringen stoppet opp i denne fasen. Sykepleierne skal ha et profesjonelt hjelpeforhold, og pasientens bakgrunn skal ikke være avgjørende for måten pasienten blir møtt på (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s. 92-93).

Kunsten i å hjelpe

Innledningsvis valgte jeg å ha med Søren Kierkegaard sine ord om hjelpekunst. Kunst er ikke ofte bruk i sykepleie tidligere, og forholdet mellom kunst og praksis kan være vagt. Likevel oppfattes kunst som en positiv handling (Nåden, 2012, s. 17 – 18). Da jeg leste disse ordene til Kierkegaard, synes jeg de passet godt inn i situasjonen jeg opplevde. Det er med blandede følelser jeg snart skal begynne som sykepleier. Det er utrolig mange ulike pasienter, med helt forskjellig bakgrunn. Jeg vil møte alt fra små barn, til eldre mennesker. Pasienter med et stort nettverk av pårørende og pasienter som ikke har noen rundt seg. Noen kan ha masse erfaringer med sykehus og noen kan være innlagt for første gang. Sykepleie kan være en kunst, og dette fikk jeg sett i situasjonen med Line. Jeg fikk sett hvor vanskelig det kan være å gi riktig smertelindring og hvor utfordrende det kan være for sykepleieren og vise riktige holdninger og handlinger ovenfor pasienten.

Det kan være utfordrende for sykepleierne å ha en hverdag hvor de til stadighet ser pasienter som er smertepreget. Det kan føre til at sykepleieren distanserer seg fra pasienten fordi de kjenner på et ubehag som kan føre at pasienten føler seg uønsket. Sykepleieren må være komfortabel i hjelpen som gis og pasienten skal kunne føle seg ønsket og akseptert. Det er også mulig for sykepleierne å akseptere de negative følelsene og sårbarheten han er hun kjenner på når de ser en pasient med smerter (Aambø, 2007, s. 15-16). Line sine smerter kom ikke til syne via vitalia, og sammen med den omfattende syke- og livshistorien til Line, ble troverdigheten til veilederen min svekket og gjorde det vanskeligere å vurdere graden av smerte og hvilken behandling som var optimal med tanke på situasjonen. Denne situasjonen opplevde jeg helt i starten av praksisen, og jeg tenkte ikke mye over det veilederen min sa om at smertene mest sannsynlig ikke var reelle.

Gjensidig kontakt og forståelse er som sagt målet i etableringen av menneske-til-menneskeforholdet. Det er den siste fasen og et resultat av at vi har gått gjennom alle de fire fasene. Det er en prosess, hendelse eller ulike erfaringer som sykepleieren og pasienten har gått gjennom sammen. Det handler om hvordan sykepleieren og pasienten oppfatter hverandre, og består av tanker, følelser og holdninger som deles mellom dem. Sykepleierens handlinger bygger på kunnskaper og holdninger, men og på menneskesyn. Det er ikke nødvendig å verbalisere gjensidig kontakt og forståelse, men det handler om øyeblikk hvor sykepleieren og pasienten har en forståelse for hverandre (Travelbee, 2001, s. 211 – 214). Travelbee sier at for å oppnå gjensidig kontakt og forståelse, må pasienten være forbi stadiet hvor pasienten skal finne ut om sykepleieren er til å stole på (Travelbee, 2001, s. 215). Line har hatt mange opplevelser hvor tillitten til sykepleiere var mangelfull. I den situasjonen jeg opplevde, måtte hun vente lenge på smertestillende, noe som gjorde at hun fikk mindre tillitt til veilederen min. Det kan være en av grunnene til at prosessen stoppet opp. Pasienten kan bruke mye energi om de ikke opplever tillitt og trygghet (Travelbee, 2001, s. 215), noe jeg tror Line gjorde. Sykepleieren kan opparbeide tillitt ved pasientmøte, og være bevisst i kommunikasjonen og samhandlingen slik at hun kan få kunnskap og forståelse for pasientens behov (Travelbee, 2001, s. 215 – 216). Jeg opplevde at veilederen min ikke gjorde innsats for å vise forståelse ovenfor Line. Jeg tror at det kunne vært unngått om han hadde vært bevisst på egne holdninger og hvordan de påvirket handlingene hans. Kunnskap og ferdigheter er nødvendig for å komme gjennom den siste prosessen, og noe jeg opplevde at veilederen min hadde. Noe annet som er viktig er at sykepleieren må oppfatte og verdsette det unike med pasienten, og noe veilederen min ikke

gjorde. Etter min mening, følte han ikke en genuin omsorg, noe som regnes som kjernen i gjensidig kontakt og forståelse (Travelbee, 2001, s. 217)

Det siste møtet med pasienten

Etter at det hadde gått en times tid ordinerte legen sterkere smertestillende som Line til slutt fikk utdelt. Medikamentene hadde nesten umiddelbar virkning og hun slappet raskt av etter de var administrert. Jeg kunne se på hele Line at hun var mye roligere enn det hun var før hun fikk smertestillende. Hun takket høflig for hjelpen vi hadde gitt henne og fortalte at hun var så sliten av å måtte kjenne på en uutholdelig smerte, hver eneste dag. Videre sa hun at om denne smerten ikke tok slutt, var det bedre om vi gjorde noe med henne som gjorde at hun fikk en slutt på livet. Frem til nå var det ingen som hadde klart å gi henne god nok hjelp, og det var tydelig at Line var lei av å ha det på denne måten.

Helsehjelp med pasienter med rusavhengighet er komplekst og mange rusavhengige har ofte psykiske, fysiske og eksistensielle lidelser i tillegg til avhengigheten. I tillegg har de en hverdag med stigma, isolasjon og utestengning fra resten av samfunnet. Økt livskvalitet og en bedre helse kan gi noen det lille ekstra de trenger for å mestre dagliglivet og gi nytt håp for fremtiden (Biong & Ytrehus, 2018, s. 71). I følge Travelbee burde sykepleierens mål være at pasienten skal finne mening og håp med situasjonen de befinner seg i (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s. 30). Mål, mening og verdiavklaring er også en av de siste hjørnesteinene til Hummelvoll. Det innebærer at pasientens valg henger sammen med pasientens verdier. Sykepleieren har et medansvar for å hjelpe pasienten i å finne hva de har som livsverdier og hvilke verdier pasienten ønsker skal bli realisert (Hummelvoll, 2016, s.41).

Line hadde lite håp for fremtiden fordi hverdagen hennes bar preg av mye smerte. Hun fortalte at hvis det ikke skjer en endring, er døden et bedre alternativ. Det ble ikke tatt på alvor og det ble det ikke gjort ytterligere tiltak på sykehuset. Hun fikk ikke videre oppfølging for å takle smertene hun må leve med hver eneste dag. Travelbee sier at vi ikke må være bekræftende på at døden er løsningen på smertene pasientene kjenner, men at vi må gi pasienten grunner til å fortsette å leve, til tross for sterke smerter. Hun sier at alle mennesker har bestemte oppgaver her i livet. Alle mennesker er unike og uerstattelige, og alle er elsket av noen (Travelbee, 2001, s. 256).

Jeg vil gjenta noen av ordene til Søren Kierkegaard: *Hvis det i sannhet skal lykkes å føre et menneske hen til et bestemt sted, må man først og fremst passe på å finne ham der hvor han er og begynne der* (Brandstorp, 2014). Han sier at det er en kunst å hjelpe, en ydmykhetens kunst

hvor vi må begynne å lytte og møte pasienten der de er (Jor, 1954, s. 16). Pasienten skal være trygg på at sykepleieren vil deres beste og er på «deres side». Målet vårt i møte med pasienter innlagt på sykehus, skal ikke være å endre måten de lever på. Hjelpekunst handler om at vi må hjelpe de med lidelsen de står i akkurat nå, med smerten og elendigheten kjenner på.

For enkelte kan omsorg og det å bli sett som individ være avgjørende for hvordan dagen og sykehusoppholdet blir. Det skal så lite til for å gjøre pasientens dag bare litt bedre.

Opplevelsen av å bli hørt, trodd og sett er svært viktig for personer som er i en sårbar situasjon. De trenger at sykepleierne tror at de prøver sitt beste for å skape seg et godt liv (Aambø, 2007, s.117). For å nå målet i menneske-til-menneske-forholdet og for å oppnå gjensidig forståelse og kontakt, kreves det nødvendige kunnskaper og ferdigheter. Like viktig kreves det et genuint ønske om å hjelpe. Et ønske om å hjelpe pasienter som er i en sårbar situasjon og som har behov for en sykepleier som vil hjelpe, en sykepleier som klarer å se mennesket bak avhengigheten (Travelbee, 2001, s. 211 – 2017).

Som jeg nevnte innledningsvis leverte Line en lapp - et håp formulert på et stykke papir hvor hun uttrykte et ønske om å bli trodd. At vi skulle se henne, ikke avhengigheten. Enkelte ganger er sykepleie en kunst. Jeg tror at kunsten i å møte rusavhengige pasienter, er å se de med helt vanlige øyne, med vennlige og omsorgsfulle øyne, slik som vi skal møte alle pasienter med. Hvilke øyne vi ser våre rusavhengige pasienter med er derfor avgjørende for om vår sykepleie – blir hjelpekunst.

3.0 Litteraturliste

Aambø, A. (2007). *Smerter: smerteopplevelse og atferd*. Oslo: Cappelens akademisk.

Biong, S. & Ytrehus, S. (2018). *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2.utg.). Oslo: Cappelen Damm.

Bogen, S. E. (2021, 19. april). Arbeiderpartiet sier nei til ny rusreform: – En lettelse. *Norge, i dag*. Hentet fra [Arbeiderpartiet sier nei til ny rusreform: – En lettelse \(idag.no\)](#)

Brandstorp, H. (2014). Særlig nærværende: Hjelpekunst. *Tidsskrift Norsk Legeforening 2014; 134; 160* (2) doi: 10.4045/tidsskr.13.1546 [Særlig nærværende: Hjelpekunst | Tidsskrift for Den norske legeforening \(tidsskriftet.no\)](#)

Folkehelseinstituttet. (2019, 6. desember). Rusbrukslidelser i Norge. Hentet 9. februar 2021 fra [Rusbrukslidelser - FHI](#)

Foreningen Tryggere Ruspolitikk. (2020, 21.april). Spørsmål og svar om rusreformen. Hentet fra [Spørsmål og svar om rusreformen — Foreningen Tryggere Ruspolitikk](#)

Gjøsund, P., Huseby, R. & Barstad, S. (2016). *Psykologi 1: mennesket i utvikling*. Oslo: Cappelen.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2021, 19.februar). Fra straff til hjelp. Hentet fra [Fra straff til hjelp - regjeringen.no](#)

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven (LOV-2011-06-24-30)). Hentet fra [Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. \(helse- og omsorgstjenesteloven\) - Lovdata](#)

Hummelvoll, J.K. (2016). *Helt – ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal.

Jor, F. (1954). *Søren Kierkegaard: den eksisterende tenker*. Oslo: Forlaget land og kirke

Kristoffersen, N. K., Nortvedt, F., Skaug, E.A. & Grimsbø, G. H. (2016). *Grunnleggende sykepleie: pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg.). Oslo: Gyldendal.

Krokmyrdal, K.A. & Andenæs, R. (2015). Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study. *Nurse Education Today*. 2015-06, Vol.35(6), 789 – 794. [Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study | Elsevier Enhanced Reader](#)

Li, R., Undall, E., Andenæs, R. & Nåden, D. (2012). Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus. *Sykepleien Forskning* 7 (3), 252 - 260. [Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus \(sykepleien.no\)](#)

Morgan, B.D. (2006). Knowing How to Play the Game: Hospitalized Substance Abusers' Strategies for Obtaining Pain Relief. *Original artivles*, 7(No1), 31-41, [doi:10.1016/j.pmn.2005.12.003 \(sciencedirectassets.com\)](#)

Mørland, J. & Waal, H. (2016). *Rus og avhengighet*. Oslo: Universitetsforlaget.

Nordbø, B. (2021, 22.april). *Likeverd..* Hentet fra [likeverd – Store norske leksikon \(snl.no\)](#)

Norsk Helseinformatikk. (2021, 24.februar). Smerte. Hentet fra [Smerte, hva er det? - NHI.no](#)

Pedersen, R. (2007). Kierkegaard og kunsten å hjelpe. *Tidsskriftet den norske legeförening*, 127, 209. [Kierkegaard og kunsten å hjelpe | Tidsskrift for Den norske legeförening \(tidsskriftet.no\)](#)

Snoek, J, E. & Engdal, K. (2017). *Psykometri* (4.utg). Oslo; Cappelen Damm.

Statistisk sentralbyrå. (2021, 13. april). Pasienter på sykehus. Hentet 27. april 2021 fra [Pasienter på sykehus - årlig - SSB](#)

Svartdal, F. (2020). Konformitet (psykologi). *Store norske leksikon*. Hentet 9.februar 2021 fra [konformitet – psykologi – Store norske leksikon \(snl.no\)](#)

Søk og skriv. (2021, 28.januar). Ulike kjelder. Hentet 10.februar 2021 fra

[Ulike kjelder | Søk & Skriv \(sokogskriv.no\)](#)

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal.

Ververda, J., Hansen, O. & Jensen, C. (2018, 11.mai). Rusmiddelavhengighet: Sykepleieres holdninger påvirker smertebehandling. *Sykepleien*. Hentet fra [pdf-export-70402.pdf \(sykepleien.no\)](#)