



Emne SY 180H 000

Bacheloroppgave i sykepleie

KULL 06H, 6 semester

“Litt smerte må han jo tåle“!

Tema; Smertelindring til rusmisbrukere på somatisk sykehus

Innlevert; 30.04.2009

Forfatter: 205, 206, 226

[Bega, Aferdita
Spydevold, Kai Simon
Berg, Annette]

BODØ

Innhold

1 *Innledning*

- 1.1 Historie fra sykehuspraksis på somatisk avdeling s. 4
- 1.2 Begrunnelse for valg av tema s.5
- 1.3 Problemformulering s. 6
- 1.4 Begrepsforklaring s.6
- 1.4 Oppgavens hensikt s.6
- 1.5 Avgrensning s.7
- 1.6 Oppgavens oppbygging s.8

2 *Metode*

- 2.1 Valg av metode s.9
- 2.2 Målgruppe s.9
- 2.3 Etske overveielser s.9
- 2.4 Kildekritikk s.10

3 *Presentasjon av teori og forskning*

- 3.1 Rusavhengighet s.11
 - 3.1.2 Rus og smerter s.11
 - 3.1.3 Dobbeldiagnose s.12
- 3.2 Hvordan sykepleierens handling påvirker pasientens smerteopplevelse s.12
 - 3.2.1 Avdelingskultur s.14
- 3.3 Hva betyr holdninger for oss s.14
- 3.4 Hva påvirker sykepleiehandlingene i utførelsen av smertelindring til ruspasienter s.15
- 3.5 Kommunikasjonens hensikt s.17

4 *Sykepleieteoretiker*

- 4.1 Joyce Travelbee pasientperspektiv s.19
- 4.2 Travelbees tolkning av sykepleie – pasientforhold s.19

5 Drøftning

5.1 Hvordan kan smertelindring av ruspasienter i somatisk sykehus være utfordrende for sykepleieren	s.21
5.1.1 Hvordan kan holdning utfordre smertelindring	s.22
5.1.2 Hvordan utfordrer sykepleierens kunnskap pasientens smertelindring	s.25
5.1.3 Hvordan har avdelingskulturen betydning for hvordan sykepleien blir utøvd	s.28
5.2 Hvordan bør praksis være	s.30
5.2.1 Det innledende møte mellom pasienten og sykepleier	s. 30
5.2.2 Bruke kommunikasjon som et redskap	s. 31
5.2.3 Kunnskap om rus og anerkjenne den som en del av pasienten	s. 32
5.2.4 Hvordan kan sykepleiere bli bevisst holdninger	s. 34
5.2.5 Hvordan kan avdelingslederen bidra til å styrke sykepleiepraksis	s. 35

6 Oppsummering og konklusjon	s. 36
------------------------------	-------

7 Avslutning	s.37
--------------	------

Litteraturliste

1.0 INNLEDNING

Vi er tre sykepleiestudenter ved høgskolen i Bodø. Vi skriver Bacheloroppgave om ruspasienter på sykehus og smertelindring. Denne oppgaven består av 9736 ord.

Vi har hatt sykehuspraksis til ulike perioder og på forskjellige avdelinger, men erfarte samsvarende situasjoner. Vi opplevde hvor stor makt sykepleiere hadde ovenfor pasientene, og hvordan denne makten påvirket smertelindringen til ruspasienter.

Vi har sett skuffelsen i pasientenes ansiktsuttrykk og deres usikkerhet for hvordan sykepleiere møtte dem. Vi har kjent oss hjelpeløse i situasjoner hvor vi opplevde at pasientene ble urettferdig behandlet.

For at leseren skal få et bilde av det vi har erfart i praksis, har vi valgt å komme med våre erfaringer. På grunn av ordbegrensning har vi smeltet sammen våre erfaringer til en historie. Pasienten i den sammensatte historien velger vi å kalle Martin, slik at leseren får et navn å forholde seg til underveis i oppgaven.

1.1 Historie fra sykehuspraksis på somatisk avdeling

Det var min første uke i praksis, og jeg satt på vaktrommet sammen med kontaktsykepleieren og andre personell for å ta imot rapporten. Nattsykepleieren rapporterte om en pasient som var kommet inn i løpet av natten. ”*Pasienten er pilleavhengig, og er her til smertebehandling*”, rapporterer sykepleieren. Personalet himler med øynene og begynner å hviske og flire og en kommenterer med; ”*Dette kommer til å bli litt av en vakt*”. Etter rapporten satt jeg igjen med en følelse av sinne. Pasienten ble baksnakket og nedverdiget, og ingen hadde hilst på han ennå.

Pasientens navn var Martin. Han var en stor mann på ca 100kg, og 51 år, og var innlagt for mistanke om nyrestein.

Senere ringer Martin på alarmklokken, og jeg finner han liggende i sengen. Han gråt. Martin forklarte at han hadde store smerter og at han trengte smertelindring. Jeg fikk en vond følelse i meg, dette var ikke riktig, en voksen mann skal ikke måtte gråte på grunn av smerter.

Han hadde kort tid i forveien vært i kontakt med en sykepleier. Han fortalte meg at han hadde forklart sykepleieren om hans sterke smerter, men hadde blitt bedt om å vente på medisinerunden. Martin tryglet meg nærmest om ikke jeg kunne snakke med sykepleier og be om noe smertelindrende. Han fortalte med videre at smertelindringen han fikk, kom an på hvilken sykepleier som var på jobb.

På medisinerrommet sto det tre sykepleiere, jeg henvendte meg til medisineransvarlig og lurte på om pasienten sto på noe eventuell medikament. Jeg forklarte situasjonen for henne og spurte om ikke jeg kunne få med noe smertelindrende, slik at pasienten kunne få lindret smerten. Sykepleierens reaksjon var et bastant nei. Hun fortalte videre at *"denne pasienten allerede hadde fått mer enn han hadde betalt for"*, denne setningen avsluttet hun med latter og de to andre sykepleieren som sto der lo med henne.

Etter en halv time ringte Martin igjen på klokken, denne gangen gikk både jeg og sykepleieren inn til han. Pasienten gir nå inntrykk for at han er sint, og skriker i fortvilelse at han har sterke smerter. *"Du har fått din medisin for litt over en time siden, nå må du vente litt"*, sier sykepleieren og rister på hodet. Martin reagerte med å kaste det tomme medisinerbegeret på sykepleieren.

Etter at vi gikk ut av rommet spurte jeg sykepleieren om hvorfor pasienten ikke kunne få noe for smertene: *"Vi kan ikke bare dope ned pasientene med medisiner, pasienten er narkoman og det er typisk for disse pasientene å be om mer tabletter hele tiden.*

Derfor trenger han egentlig ikke mer smertelindring. Litt smerte må han jo tåle!"

Jeg følte meg hjelpsløs, visste ikke hva jeg kunne gjøre eller si, sykepleierne hadde allerede bestemt seg for at sånn var det.

1.2 Begrunnelse for valg av tema

Vi kan forstå pasientens sinne og frustrasjon når han reagerer med å kaste medisinerbegeret på sykepleieren, når han ikke fikk smertelindring. Når vi snakket om de erfaringene vi hadde fra sykehuspraksis, kunne vi ikke unngå å spørre oss; Hvorfor var det akseptabelt å snakke stygt om Martin? Hvorfor reagerte sykepleieren med misstillit når han ga inntrykk for smerter?

Utfordringene sykepleiere møter rundt smertelindring og ruspasienter vil være mange. Avhengig av arena, avdeling, sykepleierens individuell kunnskap og evne til å være medmenneske. Etter det vi har erfart mener vi at grunnlaget for hvordan sykepleiere kan møte utfordringer rundt smertelindring til ruspasienter ligger i to aspekter:

Sykepleieren selv og kulturen på avdelingen. Da vi mener det er sammenheng mellom trygghet og kunnskap i egen praksis.

Holdningen vi opplevde blant personalet var uakseptabel, og vi mener dette skyldtes blant annet manglende kunnskap til smertelindring. Holdningen på avdelingen førte til

at Martin ble generalisert, og ikke møtt med respekt og omsorg slik pasientrettighetsloven tilsier. Det resulterte i at han ikke ble tilstrekkelig smertelindret. På grunnlag av dette har det derfor vært av interesse å fordype oss i utfordringene; holdning, kunnskap, avdelingskultur og hvordan disse kan utfordre smertelindringen sykepleiere gir til ruspasienter.

1.3 Problemformulering

Hvordan kan smertelindring av ruspasienter i somatisk sykehus være utfordrende for sykepleieren? Hvordan bør praksis være?

1.4 Begrepsforklaring:

Vi vil kun definere begrepet utfordring, da vi ikke definerer begrepet senere i oppgaven.

Utfordring er definert i ordbøker som noe som krever kamp, hardt arbeid, ta vanskelighetene som en utfordring/ stå overfor en utfordring. Med dette tolker vi at sykepleiere må møte, eller ta tak i noe som er vanskelig, eller et tilsynelatende problem som må løses. Vi har nevnt at utfordringer sykepleiere kan møte i forhold til ruspasienter og smertelindring kan være mange. Når vi skal knytte *utfordringer* mot vår problemstilling kommer vi ikke bort i fra begrepene holdning, kunnskap og avdelingskultur. Vi har opplevd at disse punktene har innvirkning på hverandre, og kan ikke omtales hver for seg. Begrepene defineres nærmere i teoridelen.

1.5 Oppgavens hensikt

For oss vil målet med denne oppgaven være at Martin skal bli tilstrekkelig smertelindret. Vi ønsker at ruspasienter på lik linje med andre pasienter skal oppleve å bli sett, forstått og respektert slik de har krav på. Vår interesse for denne oppgaven ligger i at vi tror utfordringene er mulige å løse for å få en god praksis.

Smertelindring av ruspasienter har dessverre hatt en liten plass i vår sykepleieutdannelse, slik at målet med denne oppgaven vil være *å bidra til å styrke sykepleiefaget og sykepleiepraksis.*

Gjennom forskning og teori vil vi finne ut om våre opplevelser av hva som utfordret sykepleierne samsvarer, med sykepleiernes oppfatning. Og hvordan ruspasienter opplever smertelindring på et somatisk sykehus.

1.6 Avgrensning

Utfordringene kan være flere, men i oppgaven vil disse være sett fra våre perspektiv og er preget av de observasjoner vi gjorde i praksis.

I teoridelen ønsker vi å belyse utfordringene ved å avgrense teorien til hvordan holdning, kunnskap og avdelingskultur kan være utfordrende for oss sykepleiere i møte med ruspasienter. Da vi har opplevd at disse har stor innflytelse på den invaderende smertelindringen.

Når vi i oppgaven bruker ordet ruspasient ønsker vi ikke å stemple pasienten, men det er for å unngå å inkludere pasienter generelt. Litteratur og retningslinjer gjelder for alle pasienter, uansett livsstil eller sykdom. Utgangspunktet for avgrensningen er av hensyn til tid og ordbegrensning.

Pasientgruppen vi har fokus på i oppgaven har vært rusmisbrukere over flere år.

Innlagt på et somatisk sykehus som følge av somatisk skade. Vi avgrenser rus avhengighet til stoffer og medikament misbruk.

Vi vet at alkohol er en del av rusen hos de fleste misbrukere i dag, men vi ønsker ikke å trekke inn alkoholavhengige pasienter. Dette fordi vi ikke har møtt denne type pasienter i praksis.

Pasientgruppen vi ønsker å skrive om, er over 18 år, slik at vi unngår problematikken rundt mindreårige.

Vi bruker sykepleier / hun /oss, og pasient/ han/ Martin synonymt.

1.7 Oppgavens oppbygging

I det første kapitlet har vi innledning, historie basert på erfaringer i praksis og presisering av problemstilling.

Kapittel 2 viser til valg av metode, etiske overveielser og kildekritikk.

I **kapittel 3** presenterer vi teoridel med fokus på hovedtrekk i utfordringer rundt holdninger, kunnskap og avdelingskultur. Underveis presenterer vi nasjonal og internasjonal forskning som vi mener er relevant, da de presenterer pasientens ”stemme”.

Kapittel 4 forklarer valg av sykepleieteoretiker Joyce Travelbee.

I **kapittel 5** er drøftningen delt i to deler. I 5.1 skal vi ved bruk av teori, forskning og erfaringer drøfte hva slags betydning utfordringene i holdning, kunnskap og avdelingskultur, kan ha fått for Martins sykehusopphold.. Konkrete forslag til hvordan praksis bør være blir drøftet i punkt 5.2.

Til sist i **kapittel 6** viser vi til oppgavens konklusjon.

2.0 METODE

2.1 Valg av metode

Oppgaven har en hermeneutisk vinkel. Hermeneutikken handler om å tolke og forstå "budskapet" fortolkeren (oss i denne oppgaven) bringer med seg, via sine egne erfaringer, inn i forståelsen og skaper selv den konteksten innenfor oppgaven (Dalland, 2007). Hermeneutikken fokuserer på forståelse og tolkning. Dette vil leseren se i oppgavens tekst, der vi trekker inn opplevelser av egne erfaringer, tolker dem og forsøker å gi leseren en forståelse for problemstillingen. Dette gjenspeiler den hermeneutiske spiral, hvor det ikke finnes et utgangspunkt eller slutt.

Oppgaven vår bygges på erfaringer, sykepleierrettet litteratur og forskning

Litteratur søkt på internett, har funnet sted i skolens database samt databaser anbefalt fra skolen.

Søkeord:

sykepleie, sykepleieholdning til ruspasienter, ruspasienter, kunnskap, utfordringer og ruspasienter, smertelindring, sykepleiehandlinger, kommunikasjon, holdning, avdelingsleder, avdelingskultur.

2.2 Målgruppe:

Vi har forsøkt å skrive oppgaven slik at den skal kunne leses og forstås av sykepleierstudenter, sykepleiere og annet helsepersonell som kan komme i kontakt med denne pasientgruppen på et somatisk sykehus.

2.3 Etiske overveielser:

Ved å trekke inn erfaringer fra praksis i oppgaven, har vi anonymisert sykepleiere og pasienter. Pasientnavn er fiktivt og navn på sykehus og avdeling blir ikke beskrevet.

2.4 Kildekritikk

Vi har valgt å bruke Joyce Travelbee som sykepleieteoretiker, fordi vi mener hennes tenkning er relevant for pasientgruppen vi beskriver i oppgaven. Travelbee snakker om å se på mennesket som et individ, og ikke som en gruppe pasienter. Underveis som vi drøfter ønsker vi å benytte oss av Travelbee for å knytte hennes teori til de handlingene og holdningene vi så i praksis. Slik at hennes teori kan bekrefte eller avkrefte våre tolkninger av det vi så, og hvordan praksis bør være.

I tillegg underbygger vi våre utsagn med annen litteratur og forskning som vi har funnet relevant. Gruppen har i hovedsak benyttet seg av primærskilder. Artikler brukt i denne oppgaven er skrevet / godkjent av andre fagfolk.

I vår søken etter informasjon har det vist seg at det har blitt gjort forholdsvis lite forskning rundt smertelindring til ruspasienter på somatisk sykehus. Dette sier oss at pasientgruppen fortsatt er nedprioritert og burde bli sett på som alle andre pasienter, under de samme rettighetene.

Vi har likevel klart å finne forskning som forteller at det er et omfattende problem for rusmisbrukere å være innlagt på sykehus, i forhold til smertelindring.

En del forskningen har blitt oversatt fra engelsk til norsk og vil derfor kunne preges noe av oversettets tolkning.

3.0 PRESENTASJON AV TEORI OG FORSKNING

3.1 Rusavhengighet

Veien til å bli rusmisbruker varierer fra person, miljø og påvirkningsfaktorer forklarer Dahl (2003). Vi våger å påstå at ingen ønsker å bli rusavhengig, men alle som ruser seg regelmessig ønsker lindring for noe. Det kan være indre eller ytre smerter, eller bare for å lindre et sug etter rus. Rus blir et middel som skal tilfredsstillende et behov og med uforsvarlig bruk kan det bli et avhengighetsproblem. Kringlen (2005), sier at vi finner sjelden den "rene" misbrukeren i dag, og at i praksis inngår det ofte et blandingsmisbruk av cannabis, amfetamin og medikamenter i form av opiater. Rusavhengighet utvikler seg etter gjentatte substansbruk. Dahl (2003) definerer begrepet *avhengighet* som et sterkt ønske om å ta substansen, vansker med å kontrollere den og fortsatt bruk til tross for skadelige konsekvenser (misbruk). Substansbruken får høyere prioritet enn andre aktiviteter og forpliktelser, økt toleranse og av og til en fysisk abstinensstilstand.

Dahl (2003) forklarer videre at avhengighet kan dreie seg om:

- En spesifikk substans (for eksempel diazepam, et legemiddel i gruppen benzodiazepiner)
- Om en klasse av substanser, for eksempel opiater.
- Et bredere spekter av ulike substanser (alkohol, smertestillende, amfetamin og lignende)

3.1.2 Rus og smerter

"Personen med smerter er den eneste autoriteten på om han har smerter og hva slags smerter han har, ettersom følelsen av smerte bare kan oppleves av den personen som har den"

(McCaffery, Beebe, 1999:17).

Opiumspreparatene består av morfin, heroin, kodein og syntetiske stoffer som metadon. Langvarig bruk av opiater senker smerteterskelen og pasienten vil oppleve smerter hvis han ikke får opiater. De fleste rusmisbrukere trenger ofte høyere doser av opiater for å oppnå samme smertelindring som en "vanlig" pasient. Dette fordi at kroppens toleranse for stoffet har blitt større og metabolismen skjer raskere (Dahl,

2003). Vi forverrer ikke avhengighet ved å gi opiater mot smerter.

Alle rusmidler påvirker belønningssenteret i hjernen. Belønningssenteret regulerer da lystfølelsen og motivasjonen, samt trang etter å gjenta opplevelsen (avhengighetsutvikling). En påvirkning av dette senteret vil derfor kunne oppfattes som velvære eller glede av brukeren (Bjålie, 2006).

3.1.3 Dobbeltdiagnose

En undersøkelse om rus og psykisk lidelse gjort av Aakerholt (2006), viste at blant pasienter som var til behandling i ulike rustiltak i Hedmark og Oppland hadde 91 % hatt en psykisk lidelse i løpet av livet. For 76 % av de intervjuede hadde den psykiske lidelsen manifestert seg før rusmisbruket var et faktum. 41 % av de intervjuede hadde også hatt behandlingsopphold innen psykisk helsevern. De psykiske lidelsene var ulike angsttilstander, affektive lidelser, traumer og spiseforstyrrelser. Denne artikkelen viser det kompliserte sykdomsbilde vi kan møte hos ruspasienter på sykehus. Sykdomsbildet er ofte mer komplisert enn det som møter øyet. Det at det er forskjellige fysiologiske og psykologiske aspekter som spiller inn i deres sykdomsbilde, er viktig for oss sykepleiere å være klar over når vi skal utøve sykepleie til denne pasientgruppen.

3.2 Hvordan sykepleierens handling påvirker pasientens smerteopplevelse

Travelbee (2003) nevner at det er tallrike tegn på at vi er i ferd med å tape den sympatien og medlidenheten som i så lang tid har karakterisert sykepleien. ”*Vi sykepleiere blir stadig mer påvirket av dagens gjennomgående kontaktmangel, fremmedgjøring og mangel på innlevende engasjement*”. Vi støtter oss til henne når vi observerer en gråtende pasient, og en sykepleierhandling hvor det ikke vises tegn til sympati for pasienten. Hummelvoll (2004), forklarer at en pasient med store smerter trenger forståelse slik at han kan få den smertelindringen som er nødvendig. Blir han ikke trodd på, blir ikke smertelindringen optimal og pasienten blir dermed skadelidende. Hummelvoll snakker om pasienter generelt, men vi har ikke funnet noen steder at dette ikke gjelder pasienter med rusavhengighet.

Bjålie (2006) sier at smerte kan oppleves ulikt hos forskjellige personer selv om påvirkningen er den samme. Han forklarer også at forventninger til

smertebehandlingen som er negative kan gjøre at smerteopplevelsen blir forsterket. Vi har funnet en studie som viser til forventningene ruspasienter har til sykepleiere og smertelindring. Studien er utført i Amerika av Betty D. Morgan (2006), der hun forsket på hospitaliserte rusmissbrukeres perspektiv. Forskningen fokuserte på oppmerksomheten pasientene opplevde å få rundt sin egen smerte i en sykehussetting, og deres interaksjon med sykepleierne i forhold til smertelindring. Målet for denne studien var å generere en teori som kunne bidra til større forståelse for problemet rundt denne spesifikke gruppen.

I denne studien blir rusmissbrukere som har vært innlagt på et somatisk sykehus intervjuet. Under sykehusoppholdet hvor denne studien ble gjort, opplevde alle deltagerne i studien å få minst en negativ tilbakemelding fra personalet. Dette er noe av kommentarene de fikk høre: *"Du er bare ute etter stoff og et sted å sove". "Du prøver bare å utnytte systemet". "Det ser ikke ut som om du har så mye smerte". "Hvis du ikke liker behandlingen, der er døren..."*

De opplevde både non-verbale og verbale negative tilbakemeldinger. Deltagerne forklarte hvor lett det var å merke på kroppsspråket om noen så ned på deg, tvilte eller trodde på deg. Deltagerne anså strategi som den beste muligheten de hadde for å kunne oppnå best smertelindring. De brukte to typer strategier: Atferdsstrategi (presentation strategies) og selvstyringsstrategier (self-management strategies). Effektiviteten av disse strategiene varierte. Et eksempel på (self-management strategies) som ble brukt, var å bare være hyggelig, snill og alltid takke sykepleierne for hjelpen, samt bare kontakte sykepleierne i forhold til smerte. Atferdsstrategier ble ofte brukt når man måtte vente lenge på smertestillende. Deltakerne forbandt den lange ventingen med at de var rusmisbrukere, og opplevde at hvis de maste på medisiner så måtte man vente enda lenger. Strategien gikk på at man her ikke måtte mase eller plage sykepleierne, dette ville føre til at de fikk et dårlig rykte blant sykepleiere og måtte vente enda lenger enn nødvendig. Deltagerne forklarte videre at det å bli trodd av sykepleierne i seg selv hjalp på smerten, og at det føltes godt å få respekt og bli behandlet som vanlige mennesker. Denne studien får fram utfordring ved den verbale og nonverbale kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient. Smertelindringen er basert på tillit eller misstillit og ikke kunnskap, derfor blir pasientene nødt til å spille et *spill* for å gjøre et godt inntrykk på sykepleierne.

3.2.1 Avdelingskultur

I sin teori forklarer Travelbee (2003 s. 140) at det kan være ”stor forskjell mellom det vi tror på, og det vi faktisk står for i våre handlinger eller vårt forhold til andre mennesker”. Vi tolker Travelbee i at handlinger i form av å baksnakke pasienten under rapporten og på medisinrommet, hvor ingen sier fra, sier noe om hvor stor plass holdninger har i en profesjonell sammenheng. En slik uprofesjonell holdning på en avdeling kan krenke pasientene. Negative holdninger som oppstår på en avdeling blir en del av personalet og dermed en avdelingskultur. Vi mener at avdelingsleder har makt til å påvirke kulturen på avdelingen. I følge Ohnstad (1997) er avdelingslederens rolle å være administrativ, ha faglige kunnskaper og ledelse i den sammenheng som går ut på å ivareta den daglige kommunikasjonen mellom henne og de ansatte. Avdelingslederen har en overordnet ansvar for pasientene på hennes avdeling. For å kunne ivareta pasientens behov har hun mulighet til å vite hva som hindrer ansatte til å gjøre en fullverdig jobb. Her mener vi avdelingsleder kan benytte seg av medarbeidersamtaler, slik at hun får innsyn i hva utfordringene kan være og dermed finne løsninger.

Forslag til løsninger ser vi nærmere på i drøftningen.

3.3 Hva betyr holdninger for oss?

"Forholdet er nemlig at det i en pleiesammenheng er en uoppløselig sammenheng mellom handlemåte og handlingsvalg. Holdningen er ikke noe som først kommer til i andre omgang, etter at det er avgjort hva som skal gjøres, for det er våre holdninger som får oss til å se eller ikke se"

(Asheim 1997:19).

Vi tolker Asheims sitat som at holdninger speiler følelsene vi har i oss, og at disse følelsene kan vinkles til negative handlinger uten at man nødvendigvis er klar over dette. Holdninger er viktige, de forklarer hva vi tenker og hva vi står for, men i en profesjonell sammenheng er det ikke alltid riktig å la seg styre av personlige holdninger.

Hammerlin (1997) definerer holdninger som en forholdsvis varig måte å tenke på, føle og handle på, som læres gjennom ulike virksomheter og gjennom sosialisering. I

møte med ruspasienter kan våre holdninger framstå som fordommer. Vi har alle lært oss å si nei til narkotika og å holde oss borte fra disse miljøene gjennom samfunnet, skolen og foreldre. Derfor er det kanskje ikke så rart at vi har negative holdninger til rusmisbrukere.

3.4 Hva påvirker sykepleiehandlingene i utførelsen av smertelindring til ruspasienter?

Her ønsker vi å definere begrepet å handle utefra en sykepleieres verdier, da disse i stor grad vil forme en sykepleiers handlinger. Sykepleiehandling vil påvirkes av både åpne (ideelle / positive) verdier og av skjulte (reelle/ negative) verdier. Både åpne og skjulte verdier vil uttrykke en sykepleiers totale verdisyn. En handling vil uttrykke sykepleiers verdier og vil derfor ikke kunne være verdinøytral.

Sykepleierens handlinger vil skje på bakgrunn av mange ulike faktorer som kunnskaper, erfaring, holdning, fordommer og intuisjon (Eide, 2006). Hvordan vi imøtekommer medmennesket har i følge Løgstrup, noe med følelsens betydning. Tanker er satt inn i nærhetsetikken slik at ikke alt skal bli teoretisk etter hva man burde og ikke burde gjøre som en plikt, men heller lage seg egne tanker (Brinchmann, 2005).

Når en aktiv missbruker får en smertefull tilstand kan i følge McCaffrey og Bebee (1999) helsepersonell frykte at de

- underbygger avhengigheten ved å administrere narkotiske stoffer
- eller at man blir manipulert av misbrukeren slik at han kan skaffe seg mer narkotika
de kan også mangle erfaring med å behandle missbrukere (s. 87) Derfor kan helsepersonell unnlate å gi full smertelindring. Sykepleiere som frykter dette, er kanskje ikke klar over at de har manglende kunnskap, hvis de ikke har fått opplæring eller veiledning i smertelindrende behandling av rusmisbrukere. Videre forklares det at for dårlig behandling av smerte, kan føre til kronisk smerte hos de fleste pasienter. Vi vil vise til en undersøkelse gjort av Torill Cappelen (2002). Hun henvender seg til psykiatriske sykepleiere og tar opp emner rundt sykepleiernes egne opplevelse av kompetanse i forhold til ruspasienter. Alle som deltok i undersøkelsen hadde en arbeidserfaring på minst ti år. Hovedproblemstillingen fokuserer på om sykepleierne er forberedt på at de i sitt arbeid på en psykiatrisk sykehusavdeling, skal arbeide med

pasienter som også har problemer med rusmisbruk. 21 sykepleiere deltok i undersøkelsen og 71 % svarte at de hadde lite eller middels kunnskap om rusproblematikk. Flertallet sier at de har ervervet kunnskap om emnet gjennom sine kollegaer.

Denne undersøkelsen sier oss at sykepleiere møter en utfordring i lite kunnskap, når de skal smertelindre pasienter med rusproblematikk. Samtidig innrømmer sykepleiere at kunnskapen de har er basert på kollegaene sine, og ikke nødvendigvis bygget på nyere forskning eller kompetanse relatert.

I en annen undersøkelse fant vi at sykepleiehandling i form av konkrete prosedyrer som smertelindring, blir styrt av holdning. Undersøkelsen ble gjort i England, og tok for seg om sykepleiernes forutinntatte holdninger kunne påvirke behandlingen til spesifikke grupper av pasienter. 422 sykepleiere deltok i undersøkelsen. Den tok også for seg hvor mye tid og vilje sykepleierne brukte på å gi smertelindring til forskjellige pasientgrupper. Gitt at alle gruppene følte like sterke smerter. Sykepleierne ble bedt om å rangere disse gruppene etter nr på 1-5 hvor 1 er minst tid og engasjement i forhold til smertelindring og 5 er det høyeste engasjement og tid i forhold til smertelindring. Følgende grupper var det sykepleierne ble bedt om å rangere: - Kreft pasienter - Stoff misbrukere - AIDS pasienter - Selvmords forsøkere - Eldre pasienter. Resultatet for denne undersøkelsen viste klart at rusmisbrukere ble nedprioritert av sykepleiere i forhold til tid og engasjement vedrørende smertelindring og de kom på sisteplass tett fulgt av selvmords forsøkere. Det kunne virke som om sykepleieres forutinntatte meninger om at disse gruppene kan ha seg selv å takke for sin egen situasjon, var med på å avgjøre hvor engasjert de ble i pasientens smerte (Dorothy Y. Brockopp, et. al, 2003).

Etter å ha lest disse to forskningsartiklene kan vi nå svare at smertelindringen til ruspasienter påvirkes av kunnskapen sykepleieren har. Når ruspasientene blir nedprioritert i forhold til tid og engasjement forteller det oss at det ikke er rom for en god kommunikasjon mellom sykepleier og pasient, og dermed dannes det ikke grunnlag for tillit.

3.5 Kommunikasjonens hensikt

Kommunikasjon er noe som i følge sykepleieteoretiker Travelbee foregår kontinuerlig, den er formålsstyrt, og det overføres meninger eller budskaper mellom individer. Disse meningene formidles verbalt og non- verbalt. Den verbale kommunikasjonen blir alltid ledsaget av den non- verbale, som gjennom gester, ansiktsuttrykk, kroppsspråk og berøring. Vi vil bruke Travelbees teori, da hun forteller oss hva kommunikasjon bør innhold i møte mellom sykepleier og pasient. Kommunikasjonsprosessen har i følge Travelbee tre mål:

- å lære den syke og kjenne; kommunikasjon mellom sykepleier og pasient,
- å forstå og ivareta den sykes behov; sykepleieren viser empati og ønsker å hjelpe,
- å oppfylle sykepleierens mål og hensikt; sykepleieren gir smertelindring, pasienten føler trygghet. (Travelbee 2003:139).

For sykepleieren er det utfordrende å gjennomføre alle punktene i kommunikasjonsprosessen, hvis hun er preget av egne eller andres erfaringer som har vært negative til ruspasienter.

Profesjonell kommunikasjon har som hensikt å skape god kontakt med pasienten og gjennom denne prosessen skape et grunnlag for å realisere både profesjonens og pasientens mål. Profesjonell kommunikasjon har fire hovedpunkter (Eide, 2006), og vi mener disse er relevante for alle sykepleiere å være bevisst i møte med pasienter.

Kunnskap og ferdigheter; Begrepene kunnskap og ferdighet sier noe om grunnlaget for profesjonen. Innen sykepleie må man ha et bredt kunnskapsområde innen blant annet, psykologi, anatomi, fysiologi, kommunikasjon, praktiske prosedyrer og lignende.

Etikk; etikkgrunnlaget utvikles i skjæringsfeltet mellom sykepleiers verdier og holdninger kontra profesjonens verdi og holdningsgrunnlag.

Empati; empati er evnen til å lytte og å kunne sette seg inn i og forstå andres følelser og reaksjoner. En av forutsetningene for god sykepleie er å ha evnen til å vise empati. Pasienter med rusavhengighet er i en sårbar tilstand og vi mener at derfor er det viktig at sykepleier viser denne pasientgruppen empati.

Målorientering; Karakteristisk for en profesjonell holdning er evnen og viljen til å arbeide for å realisere målsetninger. Dette innebærer at sykepleier må benytte sin kompetanse fullt ut gjennom egen fagkunnskap, empati og etikk for å kunne utøve

god profesjonell kommunikasjon med pasienten.

Fordi tillit medfører å utlevere seg, er alle menneskelige forhold maktforhold, forklarer Brinchmann (2005 s. 115). Vi kan selv velge om vi vil ta i mot vår neste på en god måte. Dermed blir sykepleierens evne til dialog, varhet og kommunikasjon av uvurderlig betydning.

4.0 SYKEPLEIETEORETIKER

4.1 Joyce Travelbees pasientperspektiv

Sykepleieteoretiker Travelbee forklarer at sykepleieren ikke skal ta utgangspunkt i at alle pasienter er like. ”*Det er innlysende at sykepleieren ikke kan lære den syke å kjenne hvis hun har som utgangspunkt at alle syke mennesker er like*” (Travelbee, 2003: s.140). Selv om en sykepleier møter flere pasienter med samme utgangspunkt som årsak til innleggelse på sykehus, betyr ikke det at pasientene opplever sin situasjon på samme måte. De skal derfor også behandles forskjellig. I følge Travelbee er mennesket ”*et enestående individ*” og hun tar sterkt avstand fra generaliserte oppfatninger av mennesket. Hun forklarer også at vi sykepleiere er nødt til å tro pasientens opplevelse av sin situasjon, men dette har vi ikke observert i praksis. I denne oppgaven tolker vi Travelbees menneskesyn som at når en pasient som sier at han har store smerter, må han bli trodd selv om han er en rusmisbruker.

4.2 Travelbees tolkning av sykepleie – pasient forhold

Travelbee (2003) hevder at et menneske til menneske forhold er et mål som etableres etter 5 interaksjonsfaser:

1. *Det innledende møte.*

Sykepleier og pasient kjenner ikke hverandre, og førsteinntrykket vil være avgjørende. En utfordring for sykepleieren vil være å se personen bak de forutinntatte inntrykkene.

2. *Fremvekst av identiteter.*

Etter hvert som man innleder en samtale vil begge parters identitet tre frem, og oppfattes av hverandre.

3. *Empati.*

Travelbee beskriver empati som evnen til å sette seg inn i, og forstå at et annet menneskes tilstand der og da.

4. *Sympati.*

Å vise pasienten at en forstår hva han går igjennom, og at du vil hjelpe han

5. *Gjensidig forståelse og kontakt.*

Travelbee beskriver dette ved at både pasient og sykepleier deler tanker, følelser og holdninger, og at de erfaringer de gjør har en betydning og en mening for dem begge.

Travelbee har lært oss at ved å generalisere pasienten vil det hindre oss sykepleiere å etablere et godt forhold og samarbeid med pasienten, og dette vil være avgjørende for sykepleien som utøves. Travelbee viser oss at tillit og omsorg under det første møte danner grunnlag for god sykepleie.

5.0 DRØFTNINGSDDEL

5.1 Hvordan kan smertelindring av ruspasienter i somatisk sykehus være utfordrende for sykepleieren?

Flere forhold kan være innvirkende i forhold til vår problemstilling, men vi har erfart at holdning, kunnskap og avdelingskultur er forhold som kan ha innvirkning på sykepleiernes utøvelse av smertelindringen til Martin.

Ved bruk av teori og forskning skal vi ta utgangspunkt i våre erfaringer og drøfte hvordan holdning, kunnskap og avdelingskultur utfordrer oss sykepleiere i forhold til smertelindring av ruspasienter. Målet med denne oppgaven vil være at Martin skal bli sett, forstått, respektert og tilstrekkelig smertelindret.

Forslag til hvordan praksis bør være blir drøftet i punkt 5.2. i drøftningsdelen.

Martin tilhører en pasientgruppe som har et mer komplekst sykdomsbilde en ”vanlige” pasienter.

I Forskningsartikkelen (Cappelen, 2002) kommer det frem, at ruspasienter ofte har en psykisk lidelse før eller etter rusmissbruken. På sykehuset er den somatiske skaden en ”tilleggsdiagnose”.

Man må ha kunnskap om rusen, avhengigheten, en mulig psykisk lidelse og den somatiske skaden, og deres påvirkning på hverandre, for å kunne forstå pasienten. Først da kan pasienten få en fullverdig lindrende og mest mulig respektfull behandling. Dette krever mye av sykepleieren, og man kan lett forstå hvorfor sykepleier føler seg utfordret i møte med denne pasienten. Det er mange problemer vi her må møte og ett av dem, er det oss selv som bærer på. Nemlig våre egne holdninger. Vi mener og tror at på tross av det vanskelige sykdomsbildet til pasienten, vil det største problemet i møte med denne gruppen ligge i oss selv. Rusavhengige pasienter skaper sterkere følelser i oss en de fleste andre grupper vi møter på sykehus. Vi må her granske, og gå inn i oss selv. Vi må forstå hva vi selv føler i møte med våre egne holdninger. Først da kan vi fullt ut forstå og gi pasienten det han trenger. I møte med denne pasienten kan vi ikke lindre eller helbrede hele pasientens sykdomsbilde slik som med tradisjonelle pasienter. Til dette trenger vi hjelp.

I denne oppgaven vil vi ta for oss hvordan vi som sykepleiere, på best mulig kan lindre og beskytte pasienten, i vårt korte møte på en norsk somatisk sykehusavdeling.

5.1.1 Hvordan kan holdning utfordre smertelindring?

For å lage et bilde på hvilke holdninger som råder i vårt syn på rusmisbrukere, kan vi se på den meget media profilerte saken som skjedde i Sofienbergsparken i Oslo 6 august 2007:

Ali Farah som er av somalisk opprinnelse lå bevisstløs i Sofienbergsparken. Uten å motta noe form for hjelp av verken politi eller helsepersonell som var på stedet. Helsepersonell og politi nektet å ta ham med seg, selv om han åpenbart hadde behov for hjelp av helsepersonell. Politi og helsepersonell ble senere anklaget for å ha rasistiske holdninger på grunnlag av deres manglende innsats i Ali Farah saken. Politiet og helsepersonell benektet at rasisme var årsaken til deres manglende innsats. Derimot forklarte de at grunnen til deres manglende oppfølging av Ali Farah, var at de trodde han var en rusmissbruker. Det er et bekymringsfullt bilde vi her får av politi og helsepersonellens holdninger til rusmisbrukere. Media i denne saken satt ikke spørsmålsteget ved at det var feil å gjøre dette overfor en rusmisbruker. De fokuserte kun på saken fordi man trodde den kunne vært rasistisk motivert. Det er trist å se at politi og helsepersonell unnskylder enn dårlig jobb ved gjemme seg bak samfunnets svakeste gruppe og like trist at media ikke sto opp for denne gruppen. Denne saken sier noe om hvilke holdninger vi alle har til rusmissbrukere.

Vi har alle sterke følelser knyttet til rusmissbruker og må akseptere at vi alle har holdninger i forhold til denne pasientgruppen

Holdningene vi innehar og som kan være til skade for rusmisbrukere på sykehuset, er opprinnelig holdninger som har vært til stor hjelp for oss selv. Holdningene har vi lært gjennom erfaringer, foreldre, venner og fra skole og samfunnet for øvrig. Det er disse holdningene som har gitt oss en sunt standpunkt i forhold til å ta avstand fra bruk av narkotiske stoffer, og fra selv å havne i feil miljøer som ungdommer. Det er disse holdningene vi vil lære våre barn, og som vil være til hjelp for dem under deres oppvekst. Rusavhengige er mennesker som de fleste av oss ikke ville akseptert som venner, som en del av vår vennekrets eller vårt sosiale liv. Vi føler avsky, frykt og uforståelighet overfor disse individene. Vi kan føle oss høyt hevet over disse da vi har en høyere status, vi har lært oss å ta avstand til denne gruppen. Vi tror dette er en ganske vanlig og ærlig oppfatning av hva folk flest vill følt for rusmissbrukere, og det er viktig at vi aksepterer at det er dette vi faktisk føler. Først da kan vi gjøre en forandring i oss selv.

Kan disse innlærte holdningene vi har fått gjennom oppveksten og gjennom media påvirke vår profesjonelle holdning og være grunnen til at vi kan føle avsky, frykt og uforståelighet overfor rusmisbrukere? Av erfaring svarer vi ja, for vi har økt forståelse for at de holdningene vi innehar påvirker sykepleien i en profesjonell sammenheng. Hvis vi som profesjonelle ikke er bevisst våre negative holdninger ovenfor en pasientgruppe, kan dette påvirke våre handlinger når vi møter dem. Vanskelige spørsmål rundt pasienten blir til enkle, når svaret er påvirket av våre holdninger og ikke basert på kunnskap.

En negativ holdning til rusmisbrukere kan forenkle og bagatellisere deres sykdomsbilde. Man ser på gruppen med smale øyne og minimerer bildet av pasienten. Historien om Martin er et godt eksempel på hvordan holdning blir til handling, og utfordrer oss sykepleiere i vår interaksjon med pasienten.

"Det er ikke pasientens troverdighet som er til vurdering, og det er ikke helsepersonells oppgave å bedømme den"

(McCaffery, Beebe, 1999).

Kommunikasjonssvikt og misstillit grunnet holdninger sykepleieren innehar hindret at Martin ble møtt med respekt og tilstrekkelig smertelindring. Er man ikke bevisst personlige holdninger, vil disse hindre profesjonens verdier og holdningsgrunnlag som baserer seg på etikk og empati, i følge Eide (2006). Derfor vil ikke sykepleien som utøves være nøytral i forhold til Martin som gråt på grunn av smerter og ikke ble hørt. Slik vil sykepleierens holdning påvirke pasientens smertelindring. Når Martin gråter av smerter og sykepleieren ignorerer dette, blir forholdet mellom henne og pasienten et Jeg - det forhold. Som er basert på et reduksjonistisk menneskesyn. Tilliten i et slikt forhold vil ikke bli etablert. Sykepleierens evne til å vise empati er fraværende fordi hun ikke klarer å sette seg inn i Martins situasjon. Løgstrup sier at vi mennesker vanligvis ønsker å møte hverandre med tillit. Dette fordi han også sier vi mennesker vet hvordan vi ønsker å bli møtt i den andres plass. Dette feiler vi å gjøre, når vi ikke klarer å sette oss i rusmisbrukerens situasjon. Vi vil si Løgstrups utsagn er en liten omformulering av den gylne regelen som er skrevet i bibelen *"Du skal være mot andre slik du vil andre skal være mot deg"*.

I artikkelen "Nurses' willingness to manage the pain of specific groups of patients", kom det frem at de minst verdsatte gruppene i undersøkelsen var selvmordsforsøkere og rusmisbrukere. Rusmisbrukere kom på en desidert sisteplass. Det kom også frem at sykepleierne mente at rusmisbrukere og selvmordsforsøkere hadde seg selv å takke for sin *situasjon*.

Når vi tolker forskningen gjort på dette området undrer vi oss om det ikke her finnes et mønster. Er det virkelig slik at hva sykepleierne tror er selvforskyldt, kan få en negativ innvirkning på behandlingen de forskjellige gruppene mottar? Og stemmer det i så fall at disse gruppene bare har seg selv å takke for sin situasjon? Hvis det er denne antagelsen som får sykepleier til å yte mindre hjelp til disse gruppene, reflekterer vi over om behandlingen ville blitt bedre dersom disse sykepleierne var bevist at deres personlige holdning har påvirket deres profesjonalitet. Travelbee forklarer at en slik tankegang hindrer at det oppstår tillit mellom sykepleier og pasient.

Ofte ligger det tragiske forklaringer til grunne for rusmisbruket, men om så missbruket var selvforskyldt? Er det ikke slik at vårt profesjons holdningsgrunnlag tilsier at i det vi tar på oss sykepleieuniformen, så skal vi opptre profesjonelt. Hvor mange pasientgrupper er det som faller ut av omsorgen og ikke får den respekten de har krav på, ved at holdninger styrer sykepleiere? Det finnes flere pasientgrupper som kan oppfattes "selvforskyldt" til sin situasjon som for eksempel overvektige, spiseforstyrrelser og KOLS- pasienter. Det kan ikke være slik at hva vi mener er selvforskyldt skal styre pleien til disse pasientene. Det kreves her en kunnskapsbasert holdningsendring hos sykepleierne. Det er ikke slik at rusavhengige eller selvmordsforsøkere bare har seg selv å takke for sin situasjon. Denne tankegangen blir for enkel. Vi er alle komplekse mennesker med erfaringer som har formet hvem vi er, og som har ført oss i forskjellige retninger i livet. Som sykepleiere har vi ingen rett til å dømme pasienter, eller si noe om hvorfor den enkelte har havnet i den situasjonen de er i. Dette blir bare gjetninger og forenklinger som gjør det lettere for oss selv å takle og forstå en situasjon. Vi må uansett pasientens situasjon, opptre profesjonelt og ikke la våre forutinntakelser styre våre arbeidsoppgaver på avdelingen.

5.1.2 Hvordan utfordrer sykepleierens kunnskap pasientens smertelindring?

Vi har gode kunnskaper om for eksempel, hjertepasienter, slagpasienter og kreftpasienter og vi føler oss trygge på hvordan vi skal møte disse pasientene. Vi tror det er slik fordi vi sykepleiere har tilegnet oss god kunnskap gjennom utdanning og opplæring. Vi vet hvordan vi skal observere pasienten, hvilke tegn vi kan se etter, hva som kan tyde på bedring eller ikke. Vi vet hva vi kan forvente av lidelsen og vi kjenner til pasientens spesielle behov i forhold til sykdommen. Alt dette skaper en trygghet for sykepleieren. Med disse pasientgruppene føler man at man har en hensikt, og et mål, takket være evidensbasert forskning og teori vet vi hvordan det er mulig å nå dette målet. Det er en stor motivasjon for oss sykepleiere å se resultat av vårt arbeid, da det er tegn på at vi har gjort en god jobb. Og det føles godt for oss sykepleiere og vite at vi er så privilegerte at vi tar del i noe så betydningsfullt i andres liv.

I sykepleieuniformen representerer vi sykehuset og det norske helsevesen og med dette følger stor autoritet. Med autoriteten får vi en makt over den syke som inntar pasientrollen. I rollen som pasient har man store forventninger til kunnskap og fagkyndighet. Pasienten stoler på at vi vil hans beste. I denne sammenhengen snakker vi om kunnskap og faglig trygghet rundt smertelindring til ruspasienter. Løgstrup sier at vi sykepleiere har makt ved at vi har pasientens liv i våre hender. Hvordan denne makten blir brukt avhenger av faglig trygghet, klokhet og forsvarlighet. Pasientene legger sin lit i våre hender, når de inntar pasientrollen. Med dette mener vi at pasienten stoler på vår profesjonalitet og overgir seg selv til oss. Pasienten er i en sårbar situasjon hvor han trenger hjelp når han selv føler seg maktesløs.

Med manglende kunnskap rundt ruspasientgruppen, og deres omfattende sykdomsbilde vil vi som sykepleiere føle avmakt, utilstrekkelighet og hjelpsløshet. Vi vil kanskje føle at vi ikke kan hjelpe denne pasientgruppen, og vi ser heller ikke noe resultatet av den jobben vi gjør. Disse utfordringene kan føre til at sykepleiere trekker seg ut av situasjonen ved å ta avstand fra pasienten. Vi referer til Martins sykehusopphold. Når vi spurte om mer smertelindrende til Martin, svarte sykepleieren med: *”Vi kan ikke bare dope ned pasientene med medisiner, pasienten er narkoman og derfor trenger han egentlig ikke mer smertelindring. Litt smerte må han jo tåle!”* At sykepleieren beskriver pasientens smerte med ”litt smerte” tyder på at avstanden

mellom sykepleieren og pasienten er stor. Når en voksen mann ligger og gråter, kan ikke dette forveksles med litt smerte. Vi doper ikke pasienten ved å gi smertestillende medikamenter.

McCaffery og Beebe (1999) forteller at smertelindring i en akutt smertefase er meget viktig. Hvis man ikke mottar riktig smertelindring i denne fasen kan det føre til kroniske smerter senere for pasienten. Sykepleieren sa at pasienten ikke trengte smertelindring fordi han var rusmisbruker. Dette kan være en feiloppfatning. Selv om Martin er en rusmisbruker har han krav på smertelindring når han er innlagt med somatisk skade. I følge pasientrettighetsloven har Martin like krav og rettigheter som en hvilken som helst annen pasient.

Sykepleieren misbruker her sin makt og autoritet ved å avfeie Martin og hans rop om smertelindring.

Et av målene til en sykepleier på en somatisk avdeling, er å lindre smerten til pasienten. Den lindrende funksjonen i sykepleien innebærer å begrense omfanget av ubehag, smerte og lidelse knyttet til sykdom og behandling.

McCaffery og Beebe (1999) sier at en av grunnene til at helsepersonell unnlater å smertelindre ruspasienter er frykten for *at man blir manipulert av misbrukeren slik at han kan skaffe seg mer narkotika (s. 87)*. Sykepleieren må ikke frykte for å bli lurt av pasienten, hun må våge å stå i situasjonen og være tilgjengelig, spesielt når det blir vanskelig. Vi kan ikke "gamble" med om en pasient lyver om sin smertetilstand eller ikke.

Gjennom erfaringer har vi sett at sykepleiere er forsiktige med hvor mye smertelindrende medisiner de velger å gi ruspasienter på sykehus. Sykepleiere var redde for å forverre avhengigheten, eller for å ruse pasienten. Vi mener den tankegangen oppstår når sykepleieren ikke har en faglig trygghet rundt medikamenter, og velger å være på "den sikre siden". På denne måten kan manglende kunnskap føre til at de negative holdningene tar overhånd og styrer den smertelindrende behandlingen. Slik kan smertelindring utfordres av kunnskap! Vi må tørre å gi ut hva legen har forordnet oss.

Fordi smerte er en subjektiv opplevelse, er det bare Martin som kan fortelle hvor vondt han har det. Når sykepleieren ikke trodde på Martins utsagn om smerter, kan hun ha forverret hans smerteopplevelse. Dersom pasienten opplever å bli mistrodd, kan han bli fortvilet, deprimert, engstelig og sint. Dette kan gjøre at han *overdriver* for å overbevise personalet om at han har smerter, noe som igjen får personalet til å tvile

på ham.

Forskning viser oss hvordan pasientgruppen har tilpasset seg egne strategier for å komme seg mest mulig smertefritt gjennom et sykehusopphold. Vi synes dette er veldig trist! Ved at vi unngår å gi smertelindring i frykt for å bli lurte, setter vi pasientene i en situasjon hvor de nærmest må tigge og ydmyke seg selv for å bli sett og hørt.

Det er mulig at pasientene lager seg strategier gjennom de erfaringene de har opplevd på sykehus. Tidligere erfaringer kan ha ført til at pasientene har tilpasset seg strategiene som selvforsvar, for å skape avstand til helsepersonell. Slik at de unngår å bli såret. Ved å oppføre seg slik som er forventet av dem, vil man oppleve mindre konflikt med personalet.

Det finnes selvfølgelig eksempler på at rusavhengige prøver å "lure" til seg medisiner. Teoretisk sett vet vi at vi verken forverrer eller underbygger avhengigheten ved å gi smertelindring til ruspasienter. Uavhengig om smertelindringen består av opioid - medikamenter. Hvis frykten ligger i å bli lurte, så skal den gylne medikamentregelen nevnes; *medisinen er ikke gitt før den er tatt*. Sykepleieren kan forklare pasienten at det er et krav som stilles henne, å se at pasienten tar medisinen. Dette vil hindre pasienten i å "hamstre" medisin for å få muligheten til å ruse seg senere. Vi vil heller ikke være naive i forhold til utdeling av smertestillende medikamenter, men være oppmerksomme på at noen faktisk kan være ute etter rus.

For at vi sykepleiere skal ha mulighet til å hjelpe ruspasienter med smerte må rusen anerkjennes som en uløselig del av pasienten. Slik at ruspasienter kan bli møtt med respekt av helsepersonell på somatisk avdeling.

5.1.3 Hvordan har avdelingskultur betydning for hvordan sykepleie blir utøvd?

På sykehus skal holdning inntas profesjonelt, slik som yrkesetiske retningslinjer sier. Nedlatende og negativ snakk om pasienter på vaktrommet skaper en generelt dårlig arbeidskultur og i denne sammenhengen kan dette ha hatt en innvirkning på at Martin verken ble sett eller hørt. Avdelingskulturen påvirker sykepleierne i hva man føler er akseptabelt og ikke på avdelingen.

”Når alle tenker likt er det ingen som tenker”

(Walter Lippmann).

Hvis avdelingskulturen tillater at man eksempelvis snakker negativ om en pasientgruppe, vil dette kunne påvirke alle helsepersonell på avdelingen i forhold til denne pasientgruppen.

I følge Eide (2006) kan holdninger hos oss helsearbeidere på en avdeling bli påvirket av vår kunnskap, kollegaer og avdelingsleder.

Vi følte avmakt ved å bevitne at Martin gråt. En voksen mann skal ikke måtte gråte på grunn av smerter. De sykepleierne som har den nødvendige kunnskapen vil kanskje finne det vanskelig å ytre seg, når kulturen er så sterk. Vi kjente på oss selv hvor vanskelig det var å si i fra til sykepleierne, da vi følte hvor sterke holdninger de hadde til Martin. Det er vanskelig og upopulært å ta rollen som en bedreviter og irettesette andre. Derfor kommer vi ikke bort i fra at avdelingskulturen spiller en stor rolle i ruspasientens sykehusopphold og behandling.

Avdelingens felles holdning kan ha hindret sykepleierne i å bli kjent med Martin og å føle empati med ham i hans smerteopplevelse. Vi tror det skyldes at negative holdninger gjorde at sykepleierne forenklet og bagatelliserte Martins sykdomsbilde. Når alle på en avdeling er enige, blir man sterkere i sin tro av at man har rett oppfatning rundt en gruppe pasienter. Dermed vil man kanskje heller ikke se på det som nødvendig å søke kunnskap.

Forskningsartikkelen *Knowing How to Play the Game*; sier at ruspasientene er redde får å bli mislikte på avdelingen. Dette er kanskje en av grunnene til at ruspasientene bruker strategier for å få smertelindring, de prøver å bli likt. Vi mener at når avdelingskulturen har en negativ oppfatning av en gruppe pasienter, blir toleransen overfor denne gruppen lavere enn hos andre grupper som er bedre ”likt”.

Artikkelen forteller at ruspasienter var redde for å mase eller klage over at de ikke mottok smertelindring. Hvis de gjorde dette ville det få negativ effekt og de måtte vente enda lengre på smertelindring, enn hvis de ikke hadde klaget. De sa alltid ”Tusen takk” og ” vær så snill” og var alltid ydmyke og takknemlige i møte med sykepleier.

Vi erfarte at Martin ba om mer smertelindring, og det resulterte i at han ikke fikk mer. Kanskje hadde Martin fått bedre smertelindring om han hadde benyttet seg av selvstyringsstrategier. Slik pasientene i forskningsartiklene gjorde, og ikke ”plagde ” sykepleieren ved å mase etter smertelindring.

Når man møter en pasientgruppe som er så kompleks og krevende som rusmisbrukere og man mangler kunnskap i møtet med dem, så ligger det en fare for at disse kan bli bagatellisert i øynene på sykepleier. En slik bagatellisering kan speile holdningene og tankene vi sykepleiere har, som igjen kan speile kulturen på avdelingen. Dette vil få stor betydning for pasienten, da man fort kan glemme hvilken autoritet som følger med yrket og hvor stor slagkraft våre ord og handlinger kan få. I møte med rusmisbrukere holder det ikke å ha kunnskap rundt bare den somatiske skaden, man må se pasienten som en helhet. Vi sykepleiere burde tilegne oss kunnskap i å forstå hvordan rusavhengigheten påvirker pasienten og hva det innebærer å ha en avhengighet. Manglende kunnskap vil føre til at sykepleier føler seg hjelpsløs og maktesløs. Dette kan kanskje være en av årsakene til at sykepleierne i forskningsartiklene brukte aller minst tid og oppmerksomheten på rusmisbrukere.

5.2 Hvordan bør praksis være?

Sykehuset er en god arena for å møte rusmisbrukere og opprette kontakt med dem, her har vi mulighet til å vise at vi bryr oss. Det er et privilegium for oss som sykepleiere å kunne hjelpe den syke. Vi mener sykepleieren i praksis bør vise faglig nysgjerrighet, vilje til nytenkning, være åpen for nye kunnskaper, holde seg faglig oppdatert og ha mot til å handle selvstendig.

Målet er at Martin skal få et verdig sykehusopphold, og at han blir tilstrekkelig smertelindret. For å nå målet mener vi at sykepleieren må bli bevisst sine holdninger, og dette kan skje ved hjelp av at avdelingslederen trer inn.

5.2.1 Det innledende møte mellom pasienten og sykepleier

I et forsøk på å unngå at pasienten må bruke strategi for å bli trodd for sine smerter, støtter vi oss til Travelbee. Vi mener at hovedfokuset til sykepleierne bør være på det første møte med pasienten. En dialog med pasienten basert på omsorg og respekt, kan bidra til å sikre at vi som sykepleiere vil få best mulig innsikt i de utfordringene som finnes hos pasienten. Derfor er det viktig å ha en åpen dialog basert på tillit mellom sykepleier og pasient slik Travelbee sier. Rusmisbrukere har ofte tidligere erfaringer fra sykehus, og har kanskje slik som Martin blitt møtt med fordommer fra helsepersonell. Dette kan føre til at ruspasienten møter oss med misstillit.

Under det innledende møte foreslår vi derfor at sykepleiere kan benytte seg av noe vi velger å kalle for "avvæpningsstrategier" som kan bidra til at pasienten møter oss med blanke ark. Med avvæpningsstrategier mener vi ganske enkelt at vi viser pasienten at vi bryr oss og ikke er dømmende i forhold til hans situasjon. Vi må skape en atmosfære hvor pasienten blir møtt med forståelse og ikke føler han blir dømt. Vi må i stedet vise forståelse for pasientens situasjon, og vise at vi er oppriktig interesserte av å kunne gi best mulig pleie og smertelindring til pasienten. Dette håper vi vil føre til at pasienten ikke får behov for å bruke strategi og dermed kan slippe å bruke energi på dette.

Vi kan ikke forvente at vi automatisk oppretter et godt forhold ved å gjøre dette, men vi viser pasienten respekt og legger mulighetene til rette for et godt samarbeid. Noe vi mener er et viktig mål i forhold til ruspasienter, da denne gruppen ofte ikke møter respekt fra helsepersonell. For at vi sykepleiere skal kunne få et godt samarbeid med ruspasienter er kommunikasjon et viktig redskap, noe vi utdyper i neste punkt.

5.2.2 Bruke kommunikasjon som et redskap

Å bli trodd og respektert kan ha stor betydning for hvordan pasienter opplever smerte. Spesielt i forhold til rusmisbrukere. I forhold til ruspasienter kan sykepleiere starte smertelindringen allerede med hvordan vi oppfører oss som medmennesker mot pasienten. Videre mener vi at sykepleiere bør tilegne seg noen egenskaper som gjør det lettere å føre en samtale. Samtalen bør ikke nødvendigvis være spesielt dype, men respektfulle. Man kan benytte seg av såkalte *smalltalk* strategier. Dette er samtaler som ikke nødvendigvis går så dypt, men gir grobunn for respekt og åpenhet mellom partene og skaper grunnlag for et godt samarbeid. Vi vil vise til eksempler på hvordan vi som sykepleiere kan skape en større mulighet for bedre kommunikasjon og åpenhet med Martin:

Et av de viktigste momentene i kommunikasjonsprosessen ville være å huske pasientens navn. Det er hyggelig å bli husket, og allerede her er man med på å se pasienten som et individ og vise respekt. Vi mener det er viktig å møte pasienten der han er, og uavhengig av hans sinnsstemning må vi vise forståelse for pasienten. Deretter være en god og aktiv lytter og vise at man følger med, oppsummer og kommenter underveis på det Martin sier. Det er viktig å søke øyekontakt med Martin og tenke over åpenheten i kroppsspråket. Måten vi sier noe på kan være vel så viktig som hva vi sier, dette avgjøres gjennom tonefall, stemmeleie og mimikk. Ved å gi noe av seg selv og vise innlevelse i det Martin sier, vil dette skape trygghet for han. Det vil vise at vi bryr oss og respekterer ham. Underveis i samtalen kan sykepleiere vise oppriktig interesse i Martins liv og gjøremål ved å grave dypere i samtalen, bruk ordene «hva» og «hvordan», men unngå å være belærende og gi råd med mindre vi oppfordres til det. Vi mener at gjennom en slik samtale blir det lettere for pasienten å åpne seg opp og dermed letter for oss å "snappe" opp viktig informasjon rundt tilstanden til pasienten. Dette kan være viktig informasjon om støtteapparatet, om han har et, informasjon om pasientens psykiske tilstand, eller informasjon om rusavhengigheten til pasienten. Her kan vi få en unik mulighet til å danne oss et helhetlig bilde av pasienten

5.2.3 Kunnskap om rus og anerkjenne den som en del av pasienten

På sykehus er det viktig å ikke bare se pasientens somatiske skade, man må her inkludere rusavhengigheten og en mulig psykisk lidelse som en del av sykdomsbildet. Vi sykepleiere trenger derfor også kunnskap om rus og psykisk helse, ikke bare den somatiske skaden. Sykdomsbildet er i stadig endring og ruspasientens kompliserte sykdomsbilde er noe ”nytt” for vår tid.

Vi vet at sykepleiere kan ha en vanskelig arbeidshverdag, og det kan være problematisk å skille mellom behovene til de forskjellige pasientene. Hvis man ikke anerkjenner rusen som en viktig del av pasientens sykdomsbilde, vil sykepleieren heller ikke kunne forstå pasientens opplevelse og vil dermed mangle kunnskapen til å se og dokumentere viktige observasjoner rundt pasienten. Dette vil føre til manglende dokumentasjon og oppfølging av pasienten. Gjennom dokumentasjon kan vi sykepleiere påvirke legen i hans avgjørelse av smertelindrende behandling og foreslå egnet medikament. Medisin som gis ved behov, kan vi sykepleiere avgjøre når og hvor ofte medikamentet skal gis. Vi skal og evaluere hvor effektiv medikamentet er, og om nødvendig sørge for endring av medisineringen. Derfor er kunnskap om medikamenter nødvendig for oss sykepleiere og viktig for pasienten, da vi kjenner pasientene best.

I forhold til rusmissbrukere mener vi at alle avgjørelser rundt smertelindrende behandling bør bli tatt i felleskap av primærhelsepersonell, samt at pasienten burde inkluderes. Da vi gjennom utdanningen vet hvor viktig det er for pasienter å ha kontroll over egen situasjonen. Martin forklarte at han følte smertelindringen kom an på av hvem som var på vakt, og at dette var med på å bestemme hvor godt han ble smertelindret. Det er viktig at vi her er unisone og at det finnes en enighet om hvordan smertelindringen skal være. Det er viktig at Martin får den samme gode smertelindringen uansett hvem som er på arbeid. For at dette skal kunne skje på den avdelingen Martin var innlagt, kreves det at avdelingsleder setter mer fokus på kunnskap og fokus på viktigheten rundt god smertelindring.

Dette kan hun gjøre ved å tilby informasjon og kursing til personalet om ruspasienter, slik at sykepleierne kan bruke denne informasjonen for å gi bedre behandlingstilbud og pleie til pasientene. Kompetanseoppbygging blant de ansatte er viktig for at personalet skal føle at arbeidet de utfører er meningsfylt. Avdelingslederen kan

bevisstgjøre personalet om hvor viktig det er å kartlegge om pasienten er under behandling, har vært i behandling eller om pasienten er interessert i et behandlings tilbud etter sykehusoppholdet. Vi sykepleiere klarer ikke alene gi en god behandling rundt ruspasienters kompliserte sykdomsbilde, her trenger vi hjelp fra andre instanser. Behovet for en integrert behandling av ruspasienters avhengighetslidelse og den psykiske lidelsen er stor. For å få dette til i praksis, kreves det at de forskjellige instansene har innsikt i hverandres arbeid og har et nærmere samarbeid. Helsepersonelloven § 4 sier at yrkesutøvelsen skal skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell, dersom pasientens behov tilsier det. I følge helse og omsorgdepartementet vil rusmisbrukere og mennesker med psykiske lidelse ha store fordeler av et bedre samarbeid. Disse pasientene i møte med helsetjenesten har et særlig behov for at ikke bare symptomene, men hele mennesket blir sett.

Vi har tidligere nevnt at av de viktigste målene på sykehuset for en sykepleier er å lindre smerte til pasienter og hindre at ruspasienter får abstinens. Vi vil nevne at vi føler det er viktig å kunne tilby pasienten en mulighet for å komme i kontakt med rusomsorgen. Vi mener derfor sykehuset kan være en viktig arena for å sette pasienten i kontakt med et støtteapparat om pasienten ønsker dette. Pasienter som har vært rusavhengige over mange år har ofte prøvd å komme seg ut av rusmisbruket før, uten å lykkes. Dette betyr ikke at man må gi opp pasienten og glemme å tilby dem hjelp på nytt. De fleste ruspasienter vil komme seg ut av sin uheldige situasjon. Ofte mangler de omsorgspersoner og ressurser til selv å ta tak i situasjonen. Ingen av oss studenter opplevde under praksis at ruspasienter ble tilbudt oppfølging etter sykehusoppholdet. Det er viktig at sykepleiere på sykehus har muligheten til å tilby dem hjelp om de selv ønsker det, selv om avrusning av pasienter og psykiatri ikke er vårt primærfokus på somatisk sykehus.

Det er viktig at vi respekterer og anerkjenner at ruspasienter vil fortsette å ruse seg når de blir utskrevet fra sykehuset. Uten at vi anser dette som et nederlag.

For å se hele pasienten er det viktig at vi inkluderer rusen som er en del av sykdomsbildet til ruspasienter. Holdninger vi alle har er med på å fargelegge bildet vi har til rusmisbrukere, sykepleiere må bli bevisst på dette når vi skal opptre profesjonelt som vi nevner i neste punkt.

5.2.4 Hvordan kan sykepleiere bli bevisst holdninger?

For rusmisbrukere er det en heltidsbeskjeftigelse å jobbe døgnet rundt for å skaffe seg penger til rus. Dette er mennesker som har blitt stigmatisert av et helt samfunn som kriminelle og som samfunnets tapere. Det synet vi har vedrørende en menneskegruppe og våre egne oppfatninger av hva som er rett og galt, er holdninger vi som profesjonelle sykepleiere må være bevisste på når vi er på jobb. Vår forståelse for personer med en annen livsstil blir nødvendigvis meget begrenset hvis vi ikke kjenner noe til dem og deres livsstil.

Avdelingsleder har en rolle og autoritet som kan bidra til å ha en praksis slik den bør være. Hun kan skape rom for refleksjon og gjøre personalet bevisst egne tanker. Gjennom refleksjon kan sykepleier sammen med kollegaer øke sin kompetanse på å møte pasienter utefra deres behov og forutsetninger. Sykepleieren må være bevisst sine personlige styrker og begrensninger og søke hjelp og støtte blant kollegaer i vanskelige situasjoner slik det sies i de yrkesetiske retningslinjer. For at dette skal kunne skje kreves det en god og åpen avdelingskultur hvor man har mulighet for å kunne ytre sine meninger.

Med hjelp fra kollegaer kan vi sykepleiere utvikle oss til å bli tryggere og mer ansvarsfulle neste gang vi møter denne pasientgruppen. Bevisste sykepleiere som har kunnskap og som reflekterer rundt egen praksis, er i bedre stand til å skape en bedre praksis. Når denne pasientgruppen er så stor at det er sannsynlig at vi vil møte dem ofte på sykehus, er det viktig å sette større fokus og tilegne seg mer kunnskap om dem. Skal man jobbe med ruspasienter er det viktig å ha kunnskap rundt hvordan det er å være rusavhengige. Man må stille seg en del spørsmål: *Er dette mennesker som ønsker å bli narkomane? Er det ene og alene deres egen skyld? Hvilke følelser vekker de rusavhengige i oss? Frykt, avsky, nedlatenhet, uforståelighet? Vil disse underliggende tankene påvirke vår interaksjon med pasienten? Slike spørsmål er viktig å legge vekt på under refleksjoner og samtaler med kollegaer.*

Det må være akseptabelt å kjenne på følelsen at sykepleiere er som mennesker flest, og vi mennesker er som regel redd for det ukjente. Bevisstgjøring av slike tanker og følelser kan få sykepleieren til å endre sine holdninger hun har til rusmisbrukere. Når negative kommentarer blir ytret i plenum og ingen reiser seg for å forsvare pasienten, kan det oppfattes som om det er en "enighet" at ruspasienter er mindre verdt enn andre pasienter. Dette er med på å videreføre de dårlige holdningene til de

andre i avdelingen. Vi mener at man heller bør være bevisst sine egne handlinger og ikke gjenta de feil man ser blir gjort hos andre. Siden ingen reiser seg opp og tar ansvar for pasienten, kan vi anta at enten så tørr man ikke stå imot flertallet, eller så har det blitt en felles holdning hvor alle syns det er greit å ”mobbe” enkelte pasientgrupper. Derfor mener vi at avdelingslederen bør komme inn på banen.

5.2.5 Hvordan kan avdelingslederen bidra til å styrke sykepleiepraksis?

Vi sykepleiere må være flinke til å informere avdelingssykepleieren om kritikkverdige forhold på avdelingen, slik som yrkesetiske retningslinjer forteller oss. Skal man kunne forandre på en negativ arbeidskultur må noen med respekt og tyngde ta tak i dette. Avdelingsleder må her komme på banen og utvikle holdningskampanjer som kan sette fokus på problemet, om det finnes et problem på avdelingen. Avdelingsleder må erkjenne at det kan være et problem og gjør noe med det. Dette er et tema hun kan ta opp på avdelingsmøter og i private samtaler med personalet. Vi har lært at ledelsen bør stimulere arbeidstakerne ved å øke informasjon og veiledning, klargjøre definisjoner av roller og arbeidsoppgaver, samt rådgivning og sosial støtte. Ved å ha konstruktive medarbeidersamtaler, vil det bidra til tydeliggjøring av realistiske forventninger overfor arbeidstakeren. Avdelingslederen kan ha personalmøter der alle presenterer synspunkt og videre forslag til endring av avdelingskulturen. Gjennom medarbeidersamtaler og å være aktiv i avdelingen kan hun finne ut av årsaken til problemet og hvor omfattende det er, om det finnes et.

Bakgrunn for problemet kan være at personalet føler frykt for pasienter med et rusproblem eller at de føler de har utilstrekkelige kunnskap ovenfor denne pasientgruppen. Avdelingsleder kan bevisstgjøre sykepleiere på hva som er akseptabelt og ikke i forhold til hva som blir sagt om ruspasienter under rapport og ellers på avdelingen. Hun kunne for eksempel leid inn en foredragsholder som tidligere har vært rusmissbruker. Dette kunne gitt sykepleierne et nytt bilde av Martin. Gjennom et ansikt og en historie blir det lettere å identifisere seg med og føle empati med rusmisbrukere. Hun kan involvere representanter for rusomsorgen som kan gi en større forståelse og veiledning rundt denne pasientgruppen. Slik kan avdelingslederen sette et sterkt fokus på ansattes holdninger ovenfor rusmissbrukere. Det er her viktig å agere og ikke bare reagere for å gjøre noe med situasjonen. Vi må ta kontroll og styre situasjonen for å ikke la negative holdninger til ruspasienter bli godtatt og et uoverkommelig problem på norske sykehus.

6.0 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON

Hvordan kan smertelindring av ruspasienter i somatisk sykehus være utfordrende for sykepleieren? Hvordan bør praksis være?

Hensikten med Bacheloroppgaven var å bidra til å styrke sykepleiefaget og sykepleiepraksispraksis. Vi opplevde at holdning, kunnskap og avdelingskulturen utfordret sykepleiere i forhold til smertelindring av ruspasienter. Derfor ønsket vi å oppsøke forskning som kunne gi oss innsyn i hva sykepleiere verden rundt opplevde som utfordringer. Videre ønsket vi å finne ut om Martins behandling på sykehuset, samsvarte med andre ruspasienter og om vi her kunne finne et mønster.

Vi har funnet nasjonal og internasjonal forskning som sier at sykepleier generelt har for liten kunnskap når det kommer til smertelindring av ruspasienter. Forskningen forteller oss at sykepleiere har dårlige holdninger til rusmisbrukere noe som påvirker den sykepleiefaglige delen i forhold til denne pasientgruppen. Videre kom det også fram at rusmisbrukere får for dårlig smertelindring og ikke blir trodd når de ber om noe for sin smerte. Dette skapte missforhold mellom sykepleiere og pasienten.

Til vår skuffelse fant vi ut at våre erfaringer viste seg å samsvare med erfaringer gjort av andre ruspasienter. I tillegg lærte vi at ruspasienter har egne strategier for å bli smertelindret. Vi har i vårt arbeid funnet ut at ruspasienter trenger mer smertelindring fordi de har mindre smerteterskel. Dette var et viktig funn for oss!

Vi er overbevist om at sykepleierne gjerne vil hjelpe de rusavhengige ut av elendigheten, men på grunn av manglende kunnskap ofte feiler på dette området. Sykepleiere må her få hjelp av de som har kunnskap og er kompetente. Sykehus må ha større kontakt og et bredere tverrfaglig samarbeid med rusomsorgen på dette området. Vi som hjelpere blir styrt av et system, systemet kan føre til at noen pasientgrupper får "for mye" hjelp og andre for lite. Vi har sett at ruspasienter får for lite hjelp. Det er her vi har funnet ut at ledelsen på avdelingen må komme inn. Det må bli satt fokus på ruspasienter i somatisk sykehus. Avdelingslederen har her en viktigere rolle enn vi først trodde, makten hun har kan påvirke kulturen på sin avdeling og bidra til å bringe "problemet" i lys. Ved at hun skaper rom for refleksjon vil det bli akseptabelt for sykepleiere å stille spørsmål og krav til seg selv og sine kollegaer, lufte sine tanker og ideer. Gjennom samtaler kan de sammen få en forståelse for at holdninger kan påvirke sykepleien. Betydningen av den sosiale støtten fra sine medarbeidere, vil gi økt motivasjon og en følelse av verdsatt arbeid for den enkelte.

7.0 Avslutning

Det blir stadig flere ruspasienter, og vi kommer til å møte denne gruppen en gang i framtiden.

Sykehusene i Norge gjennomfører brukerundersøkelser for å finne ut av hvordan de kan yte bedre service. Vi stiller spørsmål om ruspasienter også deltar i disse undersøkelsene da det er betenkelig at det er så lite fokus og forskning gjort rundt denne pasientgruppen på norske sykehus. Det var en utfordring å finne stoff, siden det var gjort lite forskning rundt dette temaet. Det hjelper også lite for oss som studenter å bare ha hatt en forelesning om ruspasienter, som det var i forhold til psykiatridiagnose.

Det gjør oss vondt å se mennesker være i den situasjonen rusmisbrukere befinner seg i. Bacheloroppgaven har hjulpet oss å få et innblikk i hvordan ruspasienter opplever smerten og vi må innrømme at vi selv har fått en mye bedre "holdning" etter å ha skrevet denne oppgaven.

Slik vi startet med i innledningen er vi tre studenter som jobber med denne oppgaven, grunnet like erfaringer på somatisk sykehus.

Veien til denne avslutning har vært lang og veldig krevende, men vi har hatt et godt samarbeid til tross sterke personligheter. Forholdet mellom oss og oppgaven utviklet seg til et hat - elsk forhold, hvor vi ofte fant oss frustrerte. Frustrasjonen førte til gode diskusjoner, og sammen kom vi sterkere ut av dette.

Etter god veiledning og ingen fritid, føler vi oss nå *litt* trygge på å levere inn oppgaven.

Litteraturliste

Pensumlitteratur

- Brinchmann, B.S. (red.) (2005) *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Bjålie, J.G. (et. al.) (2006) *Menneskekroppen: fysiologi og anatomi*. Oslo: Universitetsforlaget
- Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S. 4 utg.
- Eide, H. og Eide, T. (2006) *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S. 2 utg.
- Hummelvoll, J.K. (2004) *Helt – ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal.
- Kringlen, E. (2005) *Psykiatri*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Orvik, A. (2004) *Organisatorisk kompetanse i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag

Selvvalgt litteratur

Består av 294 sider.

- Aasheim, I. (1997) *Hva betyr holdninger?* Tano Aschehoug (s.10-22)
- Beebe, A. McCaffery, M. (1999) *Smerter, lærebok for helsepersonell*. Ad Notam Gyldendal AS (s.50 - 97)
- Dahl, A. A., Malt, U. F., Retterstøl, N. (2003) *Lærebok i psykiatri*. Gyldendal akademisk (s.447 - 666)
- Hammerlin, Y. og Larsen, E. (1997) *Menneskesyn i teorier om mennesket*. Ad Notam Gyldendal AS (s.40-53)
- Nortvedt, F., Nesse, J.O. (1997) *Smertelindring : utfordring og muligheter*. Oslo Universitetsforlag. (s.21 - 70)
- Nylehn, B., Støkken, A.M. (2002) *De profesjonelle*. Universitetsforlaget AS. (s.52 - 68)
- Travelbee, J. (2003) *Mellommenneskelig forhold i sykepleie*. Universitetsforlaget AS (kapittel 1, s 30 -49, kapittel 2 s.52-60, kapittel 4, s71 - 78, kapittel 6, s98 - 112, kapittel 9, s133-166, kapittel 10, s173-217)

Forskningsartikler

Aakerholt, A. (2006) *Rus og psykisk lidelse – faglige og organisatoriske utfordringer*, tilgjengelig fra:

<http://www.idunn.no/content?marketplaceId=2000&languageId=1&contentItemId=2911938&pageName=printVersion&siteNodeId=2912042&skipDecorating=true>
(16.02.09).

Brockopp, D.Y, Ryanet, P. og Warden S. (2003) *Nurses' willingness to manage the pain of specific groups of patients*, tilgjengelig fra:

<http://proquest.umi.com/pqdweb?index=0&did=335455991&SrchMode=1&sid=1&Fmt=6&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1231923464&clientId=85942>
2 (26.01.09).

Cappelen, T. P. (2004) *Psykisk helsevern: Dobbeltdiagnosepasienter - en interessant målgruppe for sykepleiere?* tilgjengelig fra:

<http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=928> (12.01.09).

Morgan, B. D. (2008) *Knowing How to Play the Game: Hospitalized Substance Abusers' Strategies for Obtaining Pain Relief*, tilgjengelig fra:

http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B8JG9-4TN8BY9-1&_user=1460964&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&view=c&_acct=C000052799&_version=1&_urlVersion=0&_userid=1460964&md5=c6a9cd858365d5a35b365ceee55bafed (14.01.09).

Lover

Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter § 1. § 2-1.

Lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. § 1. § 4.

Internett

Helsedirektoratet, tilgjengelig fra:

http://www.helsedirektoratet.no/rusmidler/opptrappingsplanen_for_rusfeltet_i_rute_357484 (05.03.09)