



Holdninger overfor rusmisbrukere.

«Hvordan kan holdninger få konsekvenser for behandlingen av rusmisbrukere på en somatisk sengepost?»

Kandidatnummer: 192
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie.

Antall ord: 10221
Dato: 18.04.2017

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 18.04.2017
Tittel: Holdninger ovenfor rusmisbrukere.	
<u>Problemstilling</u> Hvordan kan holdninger få konsekvenser for behandlingen av rusmisbrukere på en somatisk sengepost?	
<u>Teoretisk perspektiv</u> I teoridelen vil temaene holdninger, stigma, roller og sykepleierens rammefaktorer bli presentert. Til slutt omtales Joyce Travelbees teorier om mellommenneskelige aspekter i sykepleie, og hennes faser i etableringen av et menneske-til-menneske-forhold.	
<u>Metode</u> En litteraturstudie hvor fag- og forskningslitteratur blir anvendt for å underbygge og drøfte problemstillingen. Forskningsartiklene ble funnet gjennom litteratursøk i databasene; Cinahl, PubMed og Google Scholar.	
<u>Drøfting</u> I drøftingskapittelet diskuteres det mulige årsaker til negative holdninger, sykepleierens etiske idealer og moralsk stress, holdningers konsekvenser for Travelbees mellom-menneskelige-forhold, og holdningers konsekvenser for behandlingen som blir gitt til rusmisbrukere på en somatisk sengepost.	
<u>Konklusjon</u> Sykepleieres stigmatisering av rusmisbrukere er et utbredt fenomen i somatikken. I følge forskningen fører dette blant annet til at sykepleiere møter denne pasientgruppen med en tilnærming preget av mistillit og distansering. Dette hindrer sykepleieren i å identifiserer og møte pasientens behov, noe som er kjernen i sykepleierens arbeid.	

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	2
1.1 Valg av problemstilling.....	2
1.2 Problemstilling	3
1.3 Problemstillingens sentrale begreper	3
1.4 Kontekst og avgrensninger	4
1.5 Valg av teorier og oppgavens oppbygning.....	5
2.0 Metode	6
2.1 Datainnsamling.....	6
2.1.1 Inklusjonskriterier	7
2.1.2 Eksklusjonskriterier	7
2.1.3 Utvalg	7
2.2 Kildekritikk	8
2.2.1 Gyldighet og holdbarhet	8
2.2.2 Relevans	9
3.0 Teori	11
3.1 Holdninger og stigmatisering.....	11
3.1.1 Positive holdninger	12
3.1.2 Negative holdninger	12
3.1.3 Sammenhengen mellom holdninger og handlinger	13
3.2 Holdninger overfor rusmisbrukere og rusavhengighet.....	15
3.2.1 Rusmisbrukeren i somatikken	15
3.3 Sykepleierens rolle og rammefaktorer	16
3.3.1 Sykepleierens rammefaktorer i somatikken	17
3.4 Mellommenneskelige aspekter i sykepleien.....	18
4.0 Drøfting	21
4.1 Årsaker til negative holdninger	21
4.1.1 Mangel på tillit	21
4.1.2 Mangelen på kompetanse	22
4.1.3 Samfunnets holdninger overfor rusmisbrukere	23
4.3 Sykepleierens etiske idealer og moralsk stress.....	26
4.3.1 Trenger vi roller og stereotyper?.....	27
4.4 Holdningers konsekvenser for den mellommenneskelige relasjon	28
4.5 Holdningers konsekvenser for behandlingen	31
5.0 Avslutning	33
6.0 Litteraturliste	34

1.0 Innledning

Temaet i denne oppgaven er holdninger ovenfor rusmisbrukere. Rusmisbruk er en sammensatt lidelse som historisk sett har blitt møtt med lite forståelse. Selv om rusmisbruk i dag ofte er på dagsordenen, blir rusmisbrukere fortsatt møtt med negative holdninger både på et individ- og samfunnsnivå. (Karlsen, 2016). Temaet er svært aktuelt både på et samfunnsmessig- og sykepleierfaglig plan ettersom rusmisbrukere er en pasientgruppe som er spesielt utsatt for somatiske helseplager, noe som fører med seg hyppige innleggelser på sykehus både på grunn av komplikasjoner fra rusmisbruket i seg selv, eller fra en livstil preget av lavt fokus på egen helse. Det er en pasientgruppe som har et stort behov for helsehjelp, men som av ulike grunner ikke får den hjelpen de trenger (Chang & Yang, 2013; Monks, Topping & Newell, 2013; Ford, Bammer & Becker 2007). Ettersom dette temaet er lite representert fra skolens side, vil jeg benytte anledningen til å belyse ulike sider av saken, og for å selv å få en bedre forståelse av temaet.

1.1 Valg av problemstilling

Bakgrunnen for valg av problemstilling henger sammen med erfaringer fra praksis på medisinsk sengepost og legevakt, hvor jeg har møtt flere rusmisbrukere med alvorlig sykdom. Jeg opplevde at denne pasientgruppen ved flere anledninger ble møtt med negative holdninger av sykepleiere og leger, noe jeg reagerte på. Jeg har også lenge vært interessert i forholdet mellom samfunn og rusbruk, og debatten rundt rusomsorg og rusbehandling.

Sykepleieren spiller en nøkkelrolle når det kommer til å identifisere, kartlegge og møte pasientens behov, samt å tilgjengeliggjøre videre behandling for pasienten ved å videreformidle observasjonene som blir gjort. (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016). Når sykepleieren da møter en pasientgruppe som det ofte er knyttet negative holdninger til, er jeg nysgjerrig på om disse holdningene kan få direkte eller indirekte konsekvenser for behandlingen av pasienten. Jeg vil også utforske hvorvidt ulike rammefaktorer kan være med å påvirke holdninger hos sykepleiere, og hvordan holdninger virker inn på sykepleierens evne til å etablere en relasjon til pasienten.

1.2 Problemstilling

Med dette som bakgrunn, kom jeg til slutt frem til problemstillingen: «*Hvordan kan holdninger få konsekvenser for behandlingen av rusmisbrukere på en somatisk sengepost?*»

1.3 Problemstillingens sentrale begreper

Problemstillingen består av tre nøkkelbegreper; Holdninger, behandling og rusmisbruker.

Holdninger

Holdninger er et reaksjonsmønster som bestemmer hvordan vi reagerer på en bestemt måte i møte med mennesker, situasjoner eller gjenstander. Holdninger består av tanker, følelser og atferd og kan variere i styrke. Noen holdninger er lett tilgjengelige i bevisstheten vår og aktiveres raskt i en gitt situasjon, andre ligger mer latent (Håkonsen, 2015).

Behandling

Behandling kan være så mangt, men brukes i denne sammenhengen om den somatiske behandlingen som utføres på en sengepost, enten direkte behandling gjennom medikamenter og prosedyrer, eller indirekte gjennom observasjon, kartlegging, dokumentasjon og samhandling.

Rusmisbruker

Verdens helseorganisasjon definerer rusmisbruk som «*bruk av psykoaktive stoffer i et mønster som gir helseskade. Skaden kan være somatisk (som i tilfeller av hepatitt som følge av egenadministrerte injeksjoner av psykoaktive stoffer), eller psykisk (f.eks. episoder med depressiv lidelse etter betydelig alkoholkonsum)*» (WHO, 2011).

Det har blitt tatt en etisk overveielse om hvorvidt begrepet «rusmisbruker» skal brukes, ettersom det i flere fagmiljøer pågår en diskusjon om hvorvidt begrepet er foreldet og stigmatiserende. I faglitteraturen brukes det i blant begreper som: «rusavhengig», «person med rusproblemer» og «stoffmisbruker». Begrepet «rusmisbruker» vil for øvrig bli brukt igjennom oppgaven ettersom det fortsatt er det mest utbredte begrepet i både fag- og forskningslitteraturen.

1.4 Kontekst og avgrensninger

Konteksten i oppgaven er en hjertemedisinsk sengepost i spesialhelsetjenesten, der det er innlagt en rusmisbruker på grunn av en somatisk sykdom, ikke på grunn av sitt rusmisbruk. Oppgaven blir avgrenset til hvordan holdninger påvirker forholdet som oppstår mellom rusmisbruker og sykepleier på sengeposten, og hvordan det kan få konsekvenser for videre behandling. Hva slags medisinsk behandling som gis vil ikke bli konkretisert, heller ikke behandling av rusmisbruket. Ettersom hovedtemaet i oppgaven er holdninger, er det lite relevant å gå detaljert inn i hva slags type rusmisbruker det er snakk om, hvilke stoffer han ruser seg på, eller hvordan disse stoffene virker. Det kan for eksempel være en injiserende heroinist, en blandingsmisbruker eller en eks-rusmisbruker. Sammenhengen mellom rus og psykiske lidelser, eller avhengighet vil heller ikke bli tatt opp. Denne avgrensningen er bevisst og skal muliggjøre fokus på de utfordringene som oppstår i en relasjon, der en sykepleier uten noe som helst spesialkompetanse innen rus eller psykiatri, møter en pasientgruppe hvor den somatiske sykdommen kanskje bare er toppen av isfjellet.

Det som er relevant er at personen som sykepleieren møter har et utseende og en utstråling som kan tilsi at han har levd et hardt liv på skyggesiden av samfunnet, og som ved første øyekast vekker noe i sykepleieren som sender assosiasjoner i retning rus. Jeg vil altså skrive om en person som ofte faller innenfor den stereotypen man tenker seg når man hører begrepet rusmisbruker.

1.5 Valg av teorier og oppgavens oppbygning

Joyce Travelbee har blitt valgt som hovedteoretiker fordi hun fokuserte på sykepleiens mellommenneskelige dimensjon. Hun hevdet blant annet at hvis man skal forstå hva sykepleier er, må man først ha en forståelse av hvordan interaksjonen mellom sykepleier og pasient oppleves, og hvilke konsekvenser dette kan ha for pasienten og hans tilstand (Travelbee, 1996). Jeg mener at dette har direkte overføringsverdi til problemstillingen som går på nettopp hvordan holdninger kan få konsekvenser for pasientens behandling. I tillegg til å fokusere på Travelbees teorier benytter jeg også Goffmans teorier knyttet til stigma.

Oppgaven er disponert på en måte hvor teoridelen er et teoretisk fundament fra faglitteraturen, som senere blir drøftet i lys av funn fra forskningslitteratur i drøftingsdelen. Dette er for å belyse forskjellene mellom teori og praksis, samt ideal og realitet.

I teoridelen vil det bli presentert psykologisk og sosiologisk faglitteratur rundt temaet holdninger og stigmatisering. Videre vil holdninger overfor rusmisbrukere bli tatt opp, og rusmisbrukere i somatikken. Jeg vil så gå inn i sykepleielitteraturen og se på sykepleieren som rollefigur, og rammefaktorer som kan påvirke hvordan sykepleieren møter pasienten. Til slutt vil Joyce Travelbees teori om de mellommenneskelige aspekter bli sett på i lys av konteksten i oppgaven.

I drøftingsdelen vil det bli diskutert mulige årsaker til negative holdninger overfor rusmisbrukere og hvorvidt disse holdningene kan endres. Det vil deretter drøftes om holdningene samsvarer med sykepleierens etiske og moralske idealer, og hvorvidt dette kan få konsekvenser for sykepleieren. Avslutningsvis vil det bli drøftet om holdninger kan få konsekvenser for Travelbees teori om et menneske-til-menneske forhold, og hvordan holdninger kan få konsekvenser for rusmisbrukeres behandling.

2.0 Metode

Denne oppgaven er en allmenn litteraturstudie. Som navnet tilsier, er en litteraturstudie en metode hvor man gransker eksisterende fag- og forskningslitteratur på systematisk og kritisk måte, for så å presentere den relevante litteraturen på en måte som belyser problemstillingen man har valgt seg. Som generell hjelp til utforming av oppgaven, søk, kildekritikk og kvalitetssikring, har metodebøkene «Den gode oppgaven» av Rienecker og Jørgensen (2013) og Dallands «Metode og oppgaveskriving for studenter» (2013) blitt brukt.

2.1 Datainnsamling

I en litteraturstudie spiller søkeprosessen en nøkkelrolle. Det er her hele fundamentet for oppgaven blir lagt, ettersom litteraturen man velger å ta med, i stor grad vil bestemme hvilken retning oppgaven tar (Dalland, 2013).

Når det kommer til faglitteratur, har jeg systematisk gått igjennom den relevante pensumlitteraturen, i tillegg til faglitteraturen på biblioteket som tar for seg de sentrale temaene i problemstillingen. Denne litteraturen ble hovedsakelig brukt for å danne et teoretisk fundament, og for å lage en kontekst som belyser ulike områder som vil bli utforske videre og diskutere i drøftingsdelen.

Når det gjelder forskningslitteraturen ble kjernebegrepene i problemstillingen oversatt til engelsk og anvendt som søkeord i databasene Cinahl, PubMed og Google Scholar. For ikke å gå glipp av noen artikler, ble ordene brukt i ulike kombinasjoner. På Cinahl ble det også brukt ulike kombinasjoner av «or» og «and» i søkene, for å kunne søke med flere ulike synonymer samtidig. Disse ordene var de mest sentrale søkeordene som ble brukt i ulike kombinasjoner:

- Attitude, Attitudes, Stigma, Stigmatization
- Drug users, Drug abuse, Illicit drug users, Illicit drug abuse, Substance users, Substance abuse,
- Medical ward, Hospitalized, Nurse, Healthcare delivery, Treatment

Resultatene av disse søkene gav et utvalg studier som var håndterlig nok til å begynne seleksjonsprosessen. Jeg hadde på forhånd bestemt meg for noen inklusjonskriterier og noen

eksklusjonskriterier for å sikre at studiene skulle være relevante og egnet for oppgaven.

2.1.1 Inklusjonskriterier

I første omgang ble titler, utgivelsesår og sammendrag vurdert med tanke på hvor relevante de var for oppgavens hensikt og problemstilling. For å sikre validiteten ble kun forskning publisert de siste 10 årene inkludert. Det var også en prioritet å ha en god balanse mellom kvalitative og kvantitative studier, ettersom det er interessant å få med både sykepleiernes opplevelser og erfaringer rundt temaet, som videre kan bli støttet opp med konkrete tall og statistikk.

2.1.2 Eksklusjonskriterier

Som det ble omtalt innledningsvis, vil jeg blant annet finne ut om ulike rammefaktorer kan påvirke sykepleierens holdninger. På bakgrunn av dette prøvde jeg å finne studier fra arbeidsforhold mest mulig tilsvarende de i min kontekst. Studier som ikke tok for seg sykepleiere ble ekskludert. Det samme ble studier fra institusjoner som psykiatriske klinikker, rusklinikker og akuttmottak. Jeg ekskluderte også studier som hovedsakelig tok for seg rusmidlene alkohol eller tobakk. Til slutt ekskluderte jeg studier fra land som Japan, Kina og Tanzania ettersom jeg vurderte de kulturelle forskjellene til å være så store at holdningene overfor rusmisbrukere heller ikke er overførbare.

2.1.3 Utvalg

Med disse kriteriene kom jeg til slutt frem til 12 artikler, som ble gransket og vurdert i sin helhet. Blant disse studiene var en nederlandsk meta-studie som tok for seg stigmatisering overfor rusmisbrukere og konsekvensene det kan ha for behandlingen (Boekel, Broewers, Weeghel & Garretsen, 2013). Denne studien ble spesielt nyttig, både på grunn av den nesten identiske problemstillingen, men også fordi forskerne her hadde gått systematisk igjennom tre av de største medisinske databasene, hvor de etter en omfattende, flerfasert utvelgelsesprosess, valgte ut 28 av 1562 relevante studier. Ved å se på hvilke studier de hadde kommet frem til, fikk jeg både bekreftet kvaliteten og relevansen på noen av mine eksisterende artikler, samtidig som jeg fant to nye. Resultatene av denne meta-studien blir også brukt i oppgaven.

Etter litteratursøket satt jeg til slutt igjen med 15 artikler som ble gransket i sin helhet. Av dette utvalget ble til slutt 11 ulike artikler brukt i oppgaven.

2.2 Kildekritikk

Fag- og forskningslitteratur kan ikke brukes ukritisk. For å stille seg kritisk til litteraturen man bruker, kan man ta utgangspunkt i tre kriterier; gyldighet, holdbarhet og relevans (Dalland, 2013).

2.2.1 Gyldighet og holdbarhet

Gyldighet og holdbarhet går på litteraturens kvalitet, og hvorvidt kildene er troverdige, og om informasjonen som kommer frem er holdbar (Dalland, 2013)

En utfordring som kan oppstå i studier av holdninger, er at de fleste deltakerne har en oppfatning om hva som er de «politisk korrekte» holdningene, selv om de ikke samsvarer med deltakerens reelle holdninger. Dette kan føre til den såkalte *forskningseffekten*, som vil si at deltakerne i en undersøkelse oppfører seg annerledes enn de ellers ville gjort, ettersom de er med i en studie. Noen forskere har også opplevd at deltakere gir de svarene som de tror intervjueren er ute etter. Hvis en studie for eksempel heter «Stigma i møte med rusmisbrukere» kan dette få deltakere til å bekrefte forskerens hypotese, i stedet for å gå inn i seg selv, og tenke over hva slags holdninger de egentlig har. For å forhindre dette er det viktig med en kritisk vurdering av datamaterialet, noe som innebærer å vurdere om forskningseffekten kan ha påvirket resultatene (Dalland, 2013).

I tillegg til å forholde seg kritisk til datamaterialet, kan det også være nyttig å rette ekstra oppmerksomhet mot metodedelen i artikkelen som tar for seg studiens svakheter. I en studie utført av Monks et al (2013) beskrives det hvordan forskningseffekten kan påvirke kvantitative studier, og har i deres studie tatt med både sykepleiere og rusmisbrukere for å vise begge sider av saken. Når både sykepleier og pasient bekrefter hverandres opplevelse av en sak, kan det ses på som en verifikasjon av at dataene stemmer. Forfatterne anbefaler forøvrig at fremtidige studier av holdninger og hvordan de overføres til handlinger, bør utføres ved hjelp av data fra både intervjuer og observasjon (Monks et al., 2013).

For å finne nok relevant forskning har det vært nødvendig å gå ut over begrepene i problemstillingen, og søke på ord som «stigma» og «stigmatization». Stigma er et begrep som i utgangspunktet er negativt, noe som kan true objektiviteten i studien. Ved å søke opp og anvende artikler med dette begrepet i overskriften eller i beskrivelsen, kan man risikere å bli presentert for et ensidig syn på holdninger overfor rusmisbrukere. Selv om utgangspunktet til flere av disse studiene var å undersøke ulike sider ved negative holdninger, var allikevel de fleste studiene nyanserte og med et grundig og reflektert kapittel som drøftet studiens svakheter.

Når det kommer til faglitteraturen er det naturlig å oppsøke primærkildene til de sentrale teoriene i oppgaven. Dette gjelder hovedsakelig Travelbees teori om mellommenneskelige aspekter i sykepleien, og Goffmans teorier om stigma (Travelbee, 1996; Goffman, 2009). Selv om bøkene som blir brukt fra Goffman og Travelbee for første gang ble utgitt i henholdsvis 1963 og 1966, er de fortsatt referert til hyppig i både fag- og forskningsartikler den dag i dag. Travelbees teorier har fortsatt en sentral plass i den moderne sykepleierutdannelsen, mens Goffmans bok; «*Stigma, notes on the management of a spoiled identity*» er referert til 27647 ganger i skrivende stund på Google Scholar, og refereres til i flere av fagbøkene vi har hatt i pensum. For å hjelpe meg med å oppdage flere sider ved Travelbees teorier, har jeg også brukt Marit Kirkevolds «*Sykepleieteorier: analyse og evaluering*» (1998) som sekundærlitteratur.

2.2.2 Relevans

Relevansen handler om i hvilken grad kildene er verdifulle for oppgaven, og om kildene er med på å belyse ulike sider ved problemstillingen (Dalland, 2013).

Når det kommer til faglitteratur måtte jeg sette sammen litteratur fra flere forskjellige fagretninger for å få et større innblikk i problemstillingen. Det var ingen fagbøker som tok for seg holdninger overfor rusmisbrukere konkret, men rusmisbrukere ble enkelte ganger brukt som eksempler. Det blir for øvrig ofte snakket om negative holdninger og stigmatisering overfor svake grupper i samfunnet, hvor det er lett å anta at rusmisbrukere er en av dem.

På den andre siden var det flere forskningsartikler som tok for seg temaet i problemstillingen. Mange av dem anerkjente at negative holdninger overfor rusmisbrukere var et utstrakt

problem i somatikken. Det var for øvrig en overvekt av artikler som tok for seg mulige årsaker til problemet, og få som så på de faktiske mulighetene til forbedring eller tiltak.

Som omtalt tidligere i metodekapittelet, ble flere studier fra ikke-vestlige land ekskludert på grunn av manglende relevans. Her er det for øvrig et unntak. Jeg valgte å ta med studien til Chang & Yang (2012), selv om studien er fra Taiwan. Funnene i studien ble vurdert som svært relevante, og det var flere likhetstrekk til lignende studier. I studien refereres det også nesten utelukkende til vestlig forskning fra Europa og USA, og det poengteres at resultatene samsvarer med tidligere forskning fra vestlige land. Det var også viktig for oppgaven å ha med en relativt stor kvantitativ studie som tok for seg nettopp sykepleieres holdninger overfor rusmisbrukere.

3.0 Teori

I teoridelen vil det bli lagt et faglig fundament for det som senere skal drøftes i kapittel 4. Det vil bli omtalt temaer som holdninger, stigma, roller og sykepleierens rammefaktorer. Til slutt vil Joyce Travelbees teorier om mellommenneskelige aspekter bli omtalt, i tillegg til de ulike fasene i etableringen av et menneske-til-menneske-forhold.

3.1 Holdninger og stigmatisering

I følge Håkonsen er en holdning; «*en spesiell tilbøyelighet til å reagere på en bestemt måte overfor andre mennesker, ting eller hendelser*» (Håkonsen, 2014, s.185). Man kan ha holdninger til nesten hva som helst, alt fra hvilket fotballag man foretrekker, til mer dypt liggende saker som spørsmål om abort, religion eller holdninger overfor rusmidler og rusmisbruk. Det å ha holdninger innebærer at vi tar et standpunkt. Håkonsen poengterer også at holdninger ofte er dypt forankret i oss, og at det å endre holdninger er en tidskrevende prosess som krever mye av den enkelte å gjennomføre (Håkonsen, 2014).

En holdning lar seg ofte ikke beskrive direkte, men kommer til uttrykk gjennom hvordan en person reagerer på en situasjon gjennom verbale ytringer eller atferd. Den vanligste måten å forklare en holdning på er gjennom *trekomponentmodellen* som beskriver tre deler av en holdning; *den tankemessige, den følelsesmessige og den atferdsmessige delen*.

Den tankemessige delen er våre synspunkter og tanker om en sak. Den følelsesmessige reaksjonen innebærer at følelser utløses når man blir eksponert for noe. Den atferdsmessige delen innebærer hva vi faktisk gjør, at holdningene overføres til handlinger. (Håkonsen, 2014; Raheim, 2002).

For å illustrere forholdet mellom disse delene ser vi på fru Olsens holdning til rusmidler. Olsen har tatt et kognitivt standpunkt hvor hun mener at narkotika er svært farlig og burde være ulovlig. Denne holdningen kan komme til uttrykk i en kraftig emosjonell reaksjon hver gang det debatteres omkring spørsmål om liberalisering av lover og rusomsorg. Den atferdsmessige reaksjonen henspiller seg på hva fru Olsen foretar seg. Hun skriver leserinnlegg, deler sine meninger på sosiale medier, og sier klart fra om sine meninger til menneskene rundt seg (Raheim, 2002).

Man kan også skille mellom holdninger som ligger lett tilgjengelige, og holdninger som ligger dypere i bevisstheten. I Olsens tilfelle ligger holdningene lett tilgjengelige, ettersom hun får en kraftig følelsesmessig reaksjon hver gang temaet kommer opp, og at det er et tema som hun ofte engasjerer seg i. Selv om det kanskje er lett å assosiere begrepet holdninger med noe negativt, poengterer Håkonsen at det finnes både positive og negative holdninger (Håkonsen, 2014)

3.1.1 Positive holdninger

Noen gode og relevante eksempler på positive holdninger finner vi i sykepleierens yrkesetiske retningslinjer. I følge retningslinjene skal grunnlaget for all sykepleie være respekt for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet. Retningslinjene sier videre at sykepleie skal baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter, og være basert på kunnskap. Dette er grunnleggende gode verdier og holdninger, som i følge Norsk Sykepleierforbund er helt nødvendig for god sykepleiepraksis (Norsk Sykepleierforbund, 2016).

3.1.2 Negative holdninger

I følge Håkonsen er fordommer et eksempel på en type holdninger som gir uttrykk for negative følelser knyttet til en person eller et emne (2014, s. 146). Dette begrepet er tett knyttet opp mot et lignende begrep, nemlig *stigma*. Ettersom stigma oftest blir brukt i fag- og forskningslitteraturen vil dette begrepet hovedsakelig bli brukt i oppgaven.

Erving Goffman (2009) er fortsatt en av de sentrale teoretikerne når vi snakker om stigma. Ifølge Goffman er stigma et sosialt fenomen og en uønsket egenskap som sier noe om hvordan et individ eller gruppe tilegnes uheldige kvaliteter eller egenskaper som diskvalifiserer dem fra full sosial aksept. Goffman forklarer at når man ser noen som skiller seg fra mengden, vil en kognitiv prosess begynne. Vi prøver å komme til bunns i hvorfor personen skiller seg ut. Trangen til å konkludere med hvem personen er kommer naturlig, selv om vi ikke kjenner ham eller henne (Goffman, 2009).

Et avvik fra normalen vil ofte ses på som noe utrygt og uvant, konklusjonen vil derfor ofte falle i negativ retning. Eksempelvis konkluderer man med at personen må være rusmisbruker fordi han ser såpass uflidd og sliten ut. Hvis det første inntrykket derimot er et positivt

inntrykk, er det gjerne fordi man kan gjenkjenne noe man er vant med og som man derfor føler seg trygg med. Å konkludere går enda raskere hvis man foretar en grovsortering der man kategoriserer mennesker i båser, og der alle i båsen til en viss grad deler de samme egenskapene (Goffman, 2009).

I følge Goffman støtter vi oss i høy grad til det første inntrykket vi får av en person. Dette inntrykket omformer vi raskt om til forventninger og krav om hvordan den andre personen skal opptre. Dette er krav som vi har for å få bekreftet forventningene vi har til denne personen, og for hver gang våre forventninger blir bekreftet, blir holdningene og stigmatiseringen forsterket (Goffman, 2009). Det kan tenkes at en sykepleier som møter en rusmisbruker på sykehus, kanskje vil ha forventninger om at rusmisbrukeren vil ha store doser med smertestillende. Hvis rusmisbrukeren da spør om høye doser, vil sykepleierens forventninger bli oppfylt, og hans holdninger og stigmatisering vil bli forsterket.

3.1.3 Sammenhengen mellom holdninger og handlinger

Selv om man kanskje skulle tro at det er en direkte sammenheng mellom holdninger og handlinger, er årsaken til en handling mer sammensatt enn som så. Det finnes mange ulike faktorer som fører til en handling, og holdninger er bare en av dem. Noen ganger oppfører vi oss på tvers av våre holdninger og kunnskap om noe, eller på tvers av det vi har gitt uttrykk for at vi mener om en sak. Et godt eksempel er personen som setter sin egen helse høyt, men som fortsatt røyker, til tross for kunnskap om skadevirkninger. Rusmisbrukeren er også et eksempel på noen som vet at det de gjør, kanskje ikke er bra for dem, men som fortsetter å gjøre det (Håkonsen, 2014).

Handlingene er også svært situasjonsbetingede. Situasjonen vi befinner oss i kan ofte gjøre at vi ikke oppfører oss i samsvar med de holdningene vi har. Faktorer som sosialt press og tidspress kan få oss til å handle på en måte vi ikke ville gjort ellers. På grunn av dette vil man sannsynligvis handle annerledes hvis man har dårlig tid og er til stede, enn om man var alene med og hadde god tid (Håkonsen, 2014).

Holdninger kan for øvrig føre til handlinger på en mer indirekte måte ved at rusmisbrukeren gjennom stigmatisering selv endrer sin selvforståelse og sosiale situasjon. Når en person gjentatte ganger får høre at han er utenfor normalen, vil en naturlig reaksjon være større

bevissthet på forskjeller mellom seg selv og andre, noe som igjen fører til større tro på at man er annerledes. Personen blir nettopp den som omgivelsene bestemmer, og kan dermed bli sittende fast i avviksrollen og handle deretter. I sosiologien kalles dette for selvoppfyllede profetier (Repstad, 2014).

Selvoppfyllede profetier fungerer også andre veien. Selv om du oppfører deg helt normalt, kan forventningene til atferden din forvrengte attribusjonen til pleiepersonell. Et interessant eksempel på dette var et eksperiment utført av Krech, Crutchfield og Livson i 1974. Her ble friske personer innlagt frivillig på psykiatrisk sykehus ved at de fortalte legen at de hørte stemmer. Så nær som alle fikk diagnosen schizofreni, og ingen av pleiepersonellet visste at de egentlig var friske. Etter at de ble innlagt oppførte de seg helt normalt, uten at pleiepersonellet stusset over det. Utfra konteksten, som her var et psykiatrisk sykehus, og forventningene om atferden til pasientene, ble den normale atferden oppfattet som unormal. Den siste deltakeren ble skrevet ut etter å ha vært der i 52 dager (Raheim, 2002).

3.2 Holdninger overfor rusmisbrukere og rusavhengighet

Rusavhengighet er noe som de fleste har sterke holdninger til. Selv om rusproblematikk ofte står på dagsordenen i dag, sitter fortsatt noe av arven fra 1800-tallets avholdsbevegelser med sterke religiøse undertoner, dypt i de norske samfunnsholdningene. Mange forbinder fortsatt rusavhengighet med lavmoral, lav viljestyrke og mangel på karakter. Man kan også i høy grad se arven fra det som Nixon på 1970-tallet erklærte som «The War On Drugs», hvor man med et lite nyansert syn prøver å bekjempe rusmisbruk med rettslige virkemidler, uten å heve blikket og anerkjenne rusmisbrukerne som hjelpetrengende pasienter. I Norge fikk ikke rusmisbrukere pasientrettigheter før rusreformen i 2004, over 50 år etter at Verdens Helseorganisasjon beskrev rusavhengighet som en lidelse (Karlsen, 2016).

Til tross for disse holdningene, vet vi i dag at rusmisbruk er en sammensatt sykdom, med blant annet sosiale, psykologiske, genetiske og nevrokjemiske faktorer, noe som har flere likhetstrekk med mer «stuerene» livsstilssykdommer som for eksempel hjertesvikt eller diabetes type 2 (Karlsen, 2016).

3.2.1 Rusmisbrukeren i somatikken

Rusmisbruk er en lidelse som fører med seg hyppige innleggelser på somatiske sengeposter (Chang & Yang, 2013; Monks et al., 2013; Ford, Bammer & Becker 2007). Årsakene til innleggelsene er ofte komplikasjoner som skader etter risikofull atferd, livsstilssykdommer som hjerte- eller nyresvikt, eller andre indirekte lidelser som kommer av selve rusmisbruket og mangelen på egenomsorg (Chang & Yang, 2013). Når det kommer til sprøytemisbrukerne har de i tillegg en høy risiko for å bli smittet av infeksjonssykdommer som hepatitt-B, hepatitt C, og HIV (Storvoll et al., 2010). Hos sprøytemisbrukere kan man også se komplikasjoner som dyp venetrombose og hudinfeksjoner på grunn av dårlig injeksjonshygiene (Monks et al., 2013). Vi ser også problemer som ligger i grenseland mellom det fysiske og det psykiske, som for eksempel abstinenssymptomer, kroniske smerter eller søvnvansker (Evjen, Kielland & Øiern, 2012).

Det er vanskelig å finne gode tall på forekomsten av rusmisbrukere i somatikken i Norge. Når det kommer til rusmiddelrelaterte innleggelser i somatikken gir Norsk Pasientregister kun et bilde av alkoholrelaterte innleggelser, ikke andre rusmidler. Dette har en sammenheng med at det ofte er vanskelig å vite den direkte sammenhengen mellom ulovlige rusmidler og

somatiske diagnoser, i motsetning til alkohol, hvor man ofte ser de samme typiske skadene etter langtidsmisbruk, som for eksempel akutt forgiftning og leversvikt (Skretting, Bye, Vedøy & Lund 2015).

En annen grunn til at det er vanskelig å føre statistikk over prevalensen for rusmisbruk, er at rusmiljøet er et lukket miljø, hvor mange unnviker eller nedprioriterer helsehjelp. Man kan derfor regne med store mørketall. Dessverre er statistikken over dødsfall relatert til overdoser en av de sikreste indikasjonene vi har på hva prevalensen er på et gitt tidspunkt. Norge har lenge ligget på toppen i Norden når man regner overdosedødsfall per million innbygger. Oslo har også tidligere blitt omtalt som Europas heroin-hovedstad på grunn av sitt åpne rusmiljø. I 2015 var det 289 narkotikarelaterte dødsfall i Norge, hvorav rundt 80% var overdoser (Amundsen, 2015).

3.3 Sykepleierens rolle og rammefaktorer

Rent formelt sett er en sykepleier definert som en person med sykepleierautorisasjon og utdanning fra høyskole. Sykepleieren skal fremme helse og hjelpe personer som har eller kan bli utsatt for sykdom eller helsesvikt med å ivareta sine grunnleggende behov (Kristoffersen et al., 2016). Mer konkret, i konteksten hjertemedisinsk sengepost, jobber sykepleiere med kontinuerlig observasjon og kartlegging av pasientenes tilstand, iverksetting av tiltak, samt dokumentering og samhandling med andre institusjoner.

I følge Joyce Travelbee (1996) er sykepleier også på mange måter en «rolle» man trer inn i når man er på jobb (Travelbee, 1996). En rolle er på flere måter en forventning som omgivelsene har til din atferd (Håkonsen, 2014). Sykepleiere har lenge hatt en sterk identitet i samfunnet, og det forventes at vi jobber ut fra de sentrale verdiene våre, som for eksempel barmhjertighet, omsorg og respekt (Kristoffersen et al., 2016). Selv om det er knyttet forventninger til sykepleierrollen, presiserer Travelbee (1996) at hver enkelt sykepleier bygger opp sin egen unike rolle, både ut fra forventninger fra omgivelsene, men også ut fra hvem sykepleieren er som privatperson og hvilke erfaringer man har (Travelbee, 1996).

3.3.1 Sykepleierens rammefaktorer i somatikken

Sykepleierens fagutøvelse og møter med individer skjer innenfor et sett med rammer som i stor grad er styrt av rammefaktorer som lov, retningslinjer, økonomi og politikk (Kristoffersen, 2016a)

Forholdet mellom pasienter, helsepersonell og helsetjenesten er i regulert av lover og forskrifter som skal sikre at pasienter får den hjelpen de har behov for på en forsvarlig måte. Pasientens rettigheter finner man i pasient- og brukerrettighetsloven som blant annet sier noe om pasientens rett til selvbestemmelse, brukervedvirkning, konfidensialitet, og retten til informasjon. Pasientens rettighetene gjenspeiles av helsepersonell-loven hvor helsepersonell har plikter tilsvarende pasientens rettigheter, i tillegg kommer det plikter som sier noe om blant annet faglig forsvarlighet, dokumentasjon og samhandling (Molven, 2016).

I sykepleieryrket går fag og etikk hånd i hånd, og god etisk eller moralsk praksis, vil også være god faglig praksis. Ettersom vi stadig kommer opp i etiske dilemmaer hvor det ikke finnes noen fullgode løsninger, har vi et sett med yrkesetiske retningslinjer som fungerer som et generelt ideal. De vektlegger ulike verdier og holdninger som kan være til hjelp for å utvide grunnlaget for den etiske vurderingen (Norsk Sykepleierforbund, 2016).

Utenom de formelle rammefaktorene, jobber vi også under samfunnsmessige rammefaktorer som politikk og økonomi.. Etter at samhandlingsreformen ble satt i verk fra 2012 har det skjedd omfattende endringer i måten helsetjenesten fungerer. Det har skjedd en dreining mot at spesialisthelsetjenesten skal bli enda mer spesialisert i behandlingen de tilbyr, mens kommunen får mer ansvar i forhold til rehabilitering. Dette har ført til at liggetiden på de somatiske sengepostene har gått drastisk ned, og det skrives ut dårligere pasienter en før til kommunen. For sykepleierne har det ført til et økt behandlingsfokus og det blir indikert en noe mer reduksjonistisk tilnærming til pasienten. Sykepleieren har for øvrig også fått større ansvar for kartlegging og dokumentasjon på grunn av den nære samhandlingen med kommunen (Kristoffersen , 2016a).

Disse rammefaktorene koker til slutt ned til hva som blir sykepleierens handlingsrom. I dag er sykepleierens handlingsrom og den terapeutiske relasjonen i betydelig press fra eksterne forhold som ressursknapphet og derav mangelen på tid til den enkelte pasienten. Det er et fokus på effektivitet og produktivitet som er fornuftig med tanke ressursknappheten, men som

går på tvers av de holdningene og verdiene som sykepleiere jobber etter (Kristoffersen & Nortvedt, 2016).

3.4 Mellommenneskelige aspekter i sykepleien

Til syvende og sist handler sykepleieutøvelsen om å møte pasienten, og hjelpe han eller hun med å mestre eller forebygge sykdom og lidelse. Skal man gjøre dette sier det seg selv at det å etablere et godt forhold til pasienten er en viktig del av jobben. Travelbee definerer sykepleie som *«en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie, eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig finne mening i disse erfaringene»* (Travelbee, 1996).

Travelbee var en teoretiker som var opptatt av de mellommenneskelige aspektene ved sykepleien. Hun er opptatt av at man ser mennesket bak pasienten, og går med det så langt at hun tar avstand fra begrepene pasient og sykepleier. Hun mente at i stedet for et sykepleier-pasient forhold, burde man opprette et menneske-til-menneske forhold. Dette forklarer hun med at begrepene sykepleier og pasient er med på å skjule de enkelte menneskenes unike kvaliteter, og vil heller fremheve stereotypene. Travelbee sier videre at sykepleierrollen faktisk kan være et hinder for oppbyggingen av et menneske-til-menneske-forhold; når man trer inn i denne rollen, står man i fare for å miste litt av det mennesket man egentlig er (Travelbee, 1996).

Joyce Travelbees teori om sykepleiens mellommenneskelige aspekter ble utgitt i 1971, men har fremdeles stor innflytelse på sykepleierfaget. Den er også fortsatt relevant i forhold til nyere omsorgsteorier som i økende grad fokuserer på pasientenes opplevelse av helsehjelpen og brukermedvirkning (Kirkevold 1998). I Travelbees teori beskriver hun hvordan man etablerer et menneske-til-menneske-forhold, som i korte trekk vil si forholdet mellom to likestilte personer, og ikke et sykepleier-pasient-forhold med en skjev maktfordeling (Travelbee, 1996).

Et menneske-til menneske-forhold etableres gjennom følgende faser:

- Det innledende møtet
- Fremvekst av identiteter
- Empati
- Sympati
- Gjensidig forståelse og kontakt

Det innledende møtet mellom to ukjente personer bygger i stor grad på forutinntatte forventninger og «stereotyper». Dette er gjensidig, og rusmisbrukeren vil ha forventninger om hva den «stereotypiske» sykepleieren er, på samme måte som sykepleieren har forventninger om hva den «stereotypiske» rusmisbrukeren er. Hovedoppgaven til sykepleieren i denne fasen er å se forbi stereotypen, og å se mennesket bak pasienten. Travelbee hevder videre at hvis ikke sykepleieren klarer å se forbi stereotypen i denne fasen, kan han heller ikke komme seg videre til den neste fasen, nemlig fremveksten av identiteter (Travelbee, 1996).

Fremveksten av identiteter er karakterisert som en fase hvor sykepleieren må klare å fri seg fra å sammenligne pasienten med andre, lignende pasienter. På samme måte må rusmisbrukeren klare å skille sykepleieren, fra andre sykepleiere han har møtt. Jo mer man klarer å skille pasienten fra lignende pasienter, jo flere unike personlighetstrekk vil man kunne se, noe som fører til at man etterhvert begynner å gjenkjenne det unike mennesket bak. Fremveksten av identiteter er starten på prosessen med å forstå hverandre, og er fundamentet for empati (Travelbee, 1996).

Neste fase i prosessen er empatifasen. I forskningen er det bred enighet om at empati er et komplekst fenomen hvor det er vanskelig å gi en enkelt definisjon. Man kan for øvrig si at empati er evnen til å leve seg inn i, identifisere, forstå og anerkjenne andres følelsesmessige tilstand og reaksjoner (Kristoffersen et al., 2016). Det er en balanse mellom å involvere seg og distansere seg. Man involverer seg, uten selv å bli tynget av følelsene til den andre personen. Det er en verdiuavhengig prosess som ikke synes å være avhengig av om man liker eller misliker den andre. Man kan altså ha forståelse for at en pasient har det vondt eller føler seg krenket, samtidig som man føler at man har gjort det som er for pasientens beste (Travelbee, 1996).

Sympati har i følge Travelbee (1996) flere likhetstrekk med empati, men er en mer ubevisst prosess hvor man har en genuin medfølelse overfor pasienten. Man føler altså i varierende grad det samme som det pasienten føler. Dette innebærer en mindre grad av distansering og man føler en genuin bekymring og en trang til å lette på pasientens lidelse. Ved å dele på lidelsen kan det lette på byrden hos pasienten, men vil i gjengjeld være en påkjenning for sykepleieren.

Den siste fasen i Travelbees menneske-til-menneske-forhold er en nær og gjensidig forståelse og kontakt mellom to personer. Denne type relasjon er sluttresultatet av de foregående fasene. Fasen er en akkumulasjon av tanker, opplevelser, følelser og holdninger som to mennesker deler, og som de har samme oppfatninger om. Det er et fundament som oppfordrer til kommunikasjon, og som skaper en god terapeutisk relasjon (Travelbee, 2016).

4.0 Drøfting

I drøftingsdelen vil jeg hovedsakelig ved hjelp av funn i forskningsartikler, belyse hva som kan være årsaker til negative holdninger overfor rusmisbrukere i somatikken. Jeg vil deretter drøfte hvorvidt sykepleierens etiske idealer samsvarer med måten vi møter rusmisbrukere på, og om dette kan få konsekvenser for sykepleieren. Til slutt vil jeg drøfte hvordan holdninger utfordrer Travelbees teorier i kapittel 3.4, og holdningers konsekvenser overfor rusmisbrukeres behandling.

4.1 Årsaker til negative holdninger

Flere studier viser at negative holdninger overfor rusmisbrukere er et utbredt fenomen blant sykepleiere. I forskningen kommer det ofte frem at sykepleiere har negative, pessimistiske og stereotypiske holdninger overfor pasienter med et tydelig rusmisbruk. Noen sykepleiere assosierer også denne pasientgruppen med utagerende atferd og kriminalitet, og frykter for sin egen sikkerhet i møte med dem (Natan, Beyil & Neta, 2009; Ford, 2011; Monks et al., 2013; Chang & Yang, 2013). Det viser seg også å være en klar sammenheng mellom sykepleierens personlige holdninger overfor rusmisbrukere og deres engasjement og motivasjon til å behandle denne pasientgruppen (Ford et al., 2008).

4.1.1 Mangel på tillit

Et gjennomgående problemområde i forskningen om holdninger overfor rusmisbrukere, er sykepleierens mangel på tillitt overfor denne pasientgruppen. I en studie av mellommenneskelige utfordringer i møte med rusmisbrukere, kommer det frem at redselen for vold, manipulativ atferd og uansvarlig oppførsel er de faktorene som er mest ødeleggende for å evnen til å yte omsorg (Ford, 2011).

Når det kommer til vold sier flere sykepleiere at uforutsigbar, aggressiv og truende atferd er en stor utfordring i møte med denne pasientgruppen. Videre sier deltakerne at det å stå opp mot denne type atferd er krevende og at det ofte ender med kompromisser, som fører til at pasienten får sin vilje selv om kravene er urimelige (Ford, 2011). Det å være konsekvent og konfronterende blir sett på som en risikofull strategi ettersom mange pasienter velger å skrive seg ut etter kort tid, hvis de ikke får viljen sin (Monks et al., 2013)

Det at rusmisbrukere kan være manipulative og ute etter å utnytte sykepleiere er en annen oppfatning som kommer frem i flere studier. Et eksempel som kommer frem i studien til Monks et al (2013) er hvordan rusmisbrukere presenterer overbevisende symptomer og forklaringer for å få reseptbelagte medikamenter. Med slike opplevelser er det lett å stigmatisere og stille seg skeptisk overfor også andre rusmisbrukere som ytrer ubehag eller smerter (Monks et al., 2013). I følge noen av sykepleierne i Fords (2011) studie var årsaken til den manipulative atferden at rusmisbrukere tar med seg kulturen fra rusmiljøet inn på sengeposten, denne kulturen innebærer at man får det man trenger gjennom løgn, manipulasjon og bedrageri. Sykepleiere i begge disse studiene anerkjente at de personlig, sammen med flere andre i helsevesenet hadde negative holdninger og mistillit overfor denne pasientgruppen, og at rusmisbrukere på sin side hadde mistillit overfor helsevesenet (Monks et al., 2013; Ford, 2011).

Det blir også uttrykt en frustrasjon over at det kan være vanskelig å formidle hvilke begrensninger sykepleiere har, og om hva som er akseptabel eller uakseptabel atferd på en sengepost. I følge tidligere forskning er det de unge og uerfarne sykepleierne som er mest utsatt for voldsepisoder. Dette er muligens fordi de kan fremstå mindre autoritære, mindre konsekvente, og at de har mindre erfaring med å håndtere stressende situasjoner (Ford 2011).

4.1.2 Mangelen på kompetanse

I tillegg til mangelen på tillit, er også mangelen på sykepleierens kompetanse overfor rus og rusmisbrukere noe som går igjen i forskningen. I Chang & Yangs studie (2013) kom det frem at sykepleiere i gjennomsnitt hadde hatt under fire timer undervisning om temaet rus og rusmisbruk under utdannelsen. Av disse svarte 90 prosent at de ikke hadde hatt noen annen form for undervisning om rusmidler og rusmisbruk etter at de kom ut i jobb (Chang og Yang, 2013). Dette samsvarer med en annen studie hvor sykepleiere også rapporterte mangelen på undervisning og kompetanse. I denne studien svarte kun 25 prosent av 1605 sykepleiere at de følte seg kompetent til å jobbe med rusmisbrukere, og kun 15 prosent svarte at de likte å jobbe med denne pasientgruppen (Ford et al., 2008).

I en studie utført av Monks et al (2013) ble både sykepleiere og rusmisbrukere intervjuet for å få med begge sidene av saken. I likhet med de forrige studiene sier sykepleierne at mangelen på kompetanse er en stor utfordring i møte med rusmisbrukere. Det kommer videre frem at

sykepleierne føler seg trygge på de somatiske komplikasjonene til rusmisbruk, som DVT eller sepsis, men at de psykiske komplikasjonene som abstinenser og utagering gjorde at de mistet troen på seg selv og ble usikre. Sykepleierne kunne selv gjenkjenne at denne usikkerheten førte til negative holdninger overfor denne pasientgruppen (Monks et al., 2013).

Det som gjorde denne studien spesielt interessant var at vi her også fikk rusmisbrukernes perspektiv på saken. Rusmisbrukerne i studien gjenkjente også mangelen på kompetanse hos sykepleierne, og mente at det kunne ha negative konsekvenser overfor deres behandling. Her trekkes det blant annet frem at sykepleierne har manglende kunnskap om abstinenser og smertebehandling. Videre ble det sagt at manglende abstinens og smertebehandling er velkjent i rusmiljøet, noe som fører til at rusmisbrukere forbinder innleggelser på sykehus med svært negative opplevelser. Risikoen for å bli innlagt uten adekvat behandling for abstinenser og smerter ble noen ganger sett på som en større trussel enn alvorlige skader og lidelser, noe som førte til at rusmisbrukere valgte å ikke søke helsehjelp (Monks et al., 2013).

Noen av rusmisbrukerne poengterte for øvrig at kompetansemangelen også i noen tilfeller kunne utnyttes ved at det var lettere å forhandle seg frem til høyere doser av metadon og smertestillende (Monks et al., 2013).

4.1.3 Samfunnets holdninger overfor rusmisbrukere

Travelbee presiserer flere ganger at sykepleieren ikke bare er en rolle, men også en privatperson (Travelbee, 1996). I følge sykepleierens yrkesetiske retningslinjer skal sykepleiere aktivt delta i den offentlige debatt, og engasjere seg i den sosiale og helsepolitiske utvikling både lokalt, nasjonalt og internasjonalt (Norsk Sykepleierforbund, 2016). Ettersom sykepleieren til syvende og sist er en privatperson som har et ansvar om å holde seg oppdatert på den sosiale og helsepolitiske utviklingen, er det trygt å anta at samfunnets holdninger overfor rusmisbrukere lett kan smitte over på sykepleieren, som videre kan overføre disse holdningene til arbeidsplassen og utøvelsen av sykepleien.

I følge Livingston et al (2012) er negative holdninger og stigmatisering overfor rusmisbrukere stort sett akseptert både kulturelt, og i samfunnet. Livingston spekulerer i at denne aksepten blant annet kommer fra en historisk holdning om at rusmisbruk er knyttet til lavmoral og lav viljestyrke, såvel som en oppfatning om at mindre stigma rundt rus kan føre til at yngre lettere

begynner å ruse seg. Det blir forøvrig påpekt at det ikke finnes noen empiriske beviser for at denne oppfatningen stemmer. Livingston poengterer også at lovene som kriminaliserer rusmisbrukere er et godt eksempel på at samfunnet fortsatt aksepterer denne stigmatiseringen (Livingston et al., 2011).

Kriminaliseringen av rusmisbrukere blir også tatt opp i studien til Ahern, Stuber & Galea (2007), hvor sammenhengen mellom stigmatisering og helse hos rusmisbrukere blir undersøkt. Her konkluderes det med at økt kriminalisering av rusmidler fører til flere negative holdninger overfor rusmisbrukere, som igjen fører til flere fysiske og psykiske helseplager hos denne pasientgruppen. Det argumenteres også med at denne effekten burde være en årsak til bekymring i en pasientgruppe som allerede er spesielt utsatt for helseplager, og at man bør debattere hvorvidt kriminalisering av enkelte rusmidler har en helsegevinst for den det gjelder (Ahern et al., 2007).

Man kan også sette spørsmål om hvorvidt samhandlingsreformen har kommet rusmisbrukeren til nytte. Ettersom min kontekst er i spesialhelsetjenesten har det som nevnt i kapittel 3.3.1 etter samhandlingsreformen skjedd en utvikling mot et økt fokus på spesialisert behandling mot den konkrete sykdommen de er innlagt for, noe som også tilsier en mer reduksjonistisk tilnærming til pasienten (Kristoffersen, 2016a).

I følge en statusrapport for samhandlingsreformen pekes det også på at antall utskrivningsklare pasienter til kommunene har økt drastisk, og at hvis ikke kommunene har den medisinske kapasiteten som kreves, kan det gå ut over den faglige forsvarligheten. Det pekes også på at det stilles spesielt høye krav til samhandling når det kommer til psykiatri og rus (Helsedirektoratet, 2014). Med kort liggetid og en mer reduksjonistisk tilnærming til pasienten, kan man tenke seg til at de gruppene som har behov for en mer helhetlig sykepleie vil være blant taperne. Det stilles høye krav til samhandling, noe som også vil si at det stilles høye krav sykepleierens dokumentasjon og kartlegging.

4.2 Kan man endre holdninger?

I kapittel 4.1 har det blitt presentert noen av årsakene som kan spille inn på hvilke holdninger sykepleiere møter pasientene med. Med ytre rammefaktorer som politikk og økonomi kan det virke som om dette er utenfor sykepleierens kontroll. Når det kommer til politikken så har det tradisjonelt sett vært en mangelfull dialog mellom sykepleiere og politikere. Det er for øvrig sykepleierne som sitter med kunnskapen om hvordan pasientene har det, og hvilke konsekvenser de bevilgede budsjetttrammene har for dem (Kristoffersen et al., 2016).

Sykepleiere har både et faglig og moralsk ansvar når det kommer til å varsle om kritikkverdige forhold som gjør at vi ikke får utført jobben på en forsvarlig måte (Kristoffersen, 2016a). Dette understrekes i våre yrkesetiske retningslinjer som blant annet sier; *“Sykepleieren deltar aktivt i den offentlige debatt, og bidrar til at faglige og etiske normer legges til grunn for sosial- og helsepolitiske beslutninger.”* (Norsk Sykepleierforbund, 2011, s.11).

Det finnes forøvrig studier som viser at holdningsendringer kan skje til tross for utfordrende arbeidsforhold og rammefaktorer. I studien til Ford et al (2008) ble såkalt “rollestøtte” omtalt som viktig faktor både når det kommer til i hvilken grad negative holdninger er utbredt, men også i hvilken grad negative holdninger kan endres.

Med rollestøtte mener man tilstedeværelsen, og støtten fra erfarne og engasjerte kolleger samt ledere. Selv om man kanskje skulle tro at større budsjetter, undervisning og kompetanse er nøkkelen til holdningsendringer, kommer det fram i Fords studie at undervisning og kompetanse alene ikke har noen sammenheng med sykepleierens holdninger og motivasjon i arbeidet med rusmisbrukere. Det var først i kombinasjon med rollestøtte at man kunne se en bedringseffekt. Dette forklares med at rollestøtte er med på å skape en trygg arbeidsplattform hvor sykepleiere har muligheten til å søke konsultasjon og råd hos sine kolleger. Å ha denne tryggheten er noe som er helt nødvendig for at sykepleiere både skal kunne overføre lært kunnskap til praksis, og for å holde sin kompetanse ved like (Ford et al., 2008; Neville & Roan, 2014).

4.3 Sykepleierens etiske idealer og moralsk stress

Som omtalt i kapittel 3.3 forholder sykepleiere seg til de yrkesetiske retningslinjene, som forteller om de gode verdiene og holdningene som de skal ha med seg i møtet med pasientene. Dette er en ideologi som lenge har vært dypt forankret i sykepleien, og retningslinjene er på mange måter gullstandard som sykepleiere skal strekke seg etter. Disse retningslinjene står for øvrig uavhengig av kontekst, og når sykepleiere kommer ut i arbeidslivet vil de oppleve at både arbeidsrommene og handlingsrommene varierer voldsomt fra sted til sted. På enkelte steder, kan arbeidsforholdene utfordre mulighetene til å oppnå de faglige og moralske idealene. Det foregår et krysspenn mellom idealer og realiteter og balansen vil ofte til syvende og sist avhenge av rammefaktorer som tidspress og ressurser (Christiansen & Bjørk, 2016).

Når motsetningene mellom idealene og realiteten blir for stor, kan konsekvensen være at sykepleiere blir utsatt for det som blir omtalt som moralsk stress. Et typisk eksempel på moralsk stress er når sykepleieren vet hva som er moralsk riktig i en situasjon, men som hindres i å gjøre det på grunn av eksterne faktorer eller barrierer i institusjonen (Christiansen & Bjørk, 2016). I følge Kristoffersen (2016b) gjelder det spesielt nyutdannede sykepleiere ettersom de går inn i yrket med en idealisme og forventninger som det i realiteten kan være vanskelig å oppnå.

Som omtalt kapittel 4.1.1 var det flere studier hvor sykepleiere anerkjente sine negative holdninger overfor rusmisbrukere, noe som blant annet førte til relasjoner preget av mistillit, og en distansert tilnærming. I studien til Monk et al (2013) uttrykte sykepleierne forøvrig frustrasjon over at måten de møtte pasienten på ikke samsvarte med deres profesjonelle retningslinjer. I følge retningslinjene skal pasientenes beste alltid prioriteres først, og alle skal behandles med respekt og verdighet. (Monks et al., 2013).

I tillegg til å ikke klare å oppnå disse idealene, syntes sykepleierne i studien at det var utfordrende å se mennesket bak pasienten. Årsaken til dette mente de blant annet kom av deres gjentatte eksponering for rusmisbrukere, uten å ha den kompetansen som krevdes. Mangelen på kompetanse førte til at det blir vanskeligere å sette seg inn i pasientens situasjon, mens den gjentatte eksponeringen førte til at de fikk et behov for å distansere seg til pasienten for å skjerme seg selv (Monks et al., 2013). På den andre siden sier en annen studie nærmest det motsatte; at helsepersonell som ofte jobber med, eller har mer kontakt med rusmisbrukere,

blir mer tolerante, og utvikler bedre holdninger overfor denne pasientgruppen (Boekel et al., 2013).

4.3.1 Trenger vi roller og stereotyper?

Som omtalt i kapittel 4.1 viser flere studier at det å jobbe med rusmisbrukere kan være en så stor påkjenning at sykepleiere trenger å verne seg. I følge Raaheim (2002) er roller og stereotyper mekanismer som i mange tilfeller er med å lette forholdet mellom menneske og omverden. Et eksempel er når en pasient blir innlagt på sykehus. For mange er dette en enorm påkjenning og en krisesituasjon. Miljøet er ukjent, og situasjonen er preget av uvisshet og redsel. For de som klarer å tilpasse seg pasientrollen, kan denne rollen være lettende ettersom man overskriver ansvaret til pleiepersonellet. Man forventer at legene og sykepleierne er erfarne og dyktige fagfolk som ikke gjør feil. Med denne forventningen føler man at man er i trygge hender (Raaheim, 2002)

For pasientene er det også en fordel å ha stereotype oppfattelse av sykepleiere og leger. Dette er fordi stereotyper ofte gjør det lettere å forholde seg til flere ulike sykepleiere, noe man ofte må på en sengepost. Det er lettere å tenke seg til at sykepleiere oppfører seg på en viss måte, en å bli kjent med hver enkelt sykepleier før man til slutt lærer seg hvordan man skal forholde seg til dem. Det samme gjelder for øvrig for sykepleiere. Ved å kategorisere pasienter i båser, er det lettere å forholde oss til alle de ulike pasientene vi har med å gjøre. Dette kan forøvrig fort bli problematisk dersom kategoriseringen fører til at pasientene blir objektivisert (Raaheim, 2002).

Som omtalt i kapittel 3.4, sier Travelbee at man vil man se mer og mer av det unike individet jo mer man klarer å skille dem fra de andre pasientene (Travelbee 1996). Jeg har selv erfaringer fra en ortopedisk kirurgisk sengepost, hvor man stadig hørte om «ryggen på 202», eller «hofta på 216». Denne type sjargong er ganske langt unna Travelbees tanker om det unike individet. Selv om det sies med en humoristisk undertone, tror jeg denne type sjargong i lengden kan bidra til en mer reduksjonistisk tilnærming til pasientene

Sykehuset som institusjon er også et slags rollespill som fungerer annerledes en verden utenfor. Her gjelder egne normer, regler, status og rang. Det er for eksempel sjeldent man finner et bord med både helsefagarbeidere og kirurger i kantina under lunsjen. Det er også

sjeldent man ser en sykepleier kjefte på en lege for at han ikke har gjort en god nok jobb. Det finnes sterke uformelle normer, som til en hver tid holder hierarkiet på sykehuset på plass (Raaheim, 2002).

Når det kommer til pasientene gjelder forøvrig helt andre normer og regler. Når man blir innlagt på et offentlig sykehus, får man status som pasient, og det er ikke lenger et spørsmål om hvem du er utenfor sykehuset. En vaskehjelp og en konsernsjef har i utgangspunktet akkurat samme status. Det som betyr noe er hvordan man klarer å tilpasse seg rollen som pasient, og hvordan man kommer overens med pleiepersonell og andre pasienter på avdelingen (Raaheim, 2002). I følge Monks et al (2013) er det nettopp denne tilpassningen som mange rusmisbrukere har problemer med. I følge studien har flere rusmisbrukere problemer med å innrette seg etter akseptable atferdsmønstre, noe som skaper spenninger og friksjon.

For rusmisbrukere kan dette gå begge veier. På den ene siden er det positivt at alle pasienter i utgangspunktet har samme status og at sykepleiere jobber etter prinsippet om at alle skal behandles på lik måte, uavhengig av hvem de er på utsiden av sykehuset. På den andre siden kan den nevnte kategoriseringen som blir gjort av sykepleiere slå ut i negativ retning, altså at pasienten blir stigmatisert.

4.4 Holdningers konsekvenser for den mellommenneskelige relasjon

Travelbees oppfatning av virkeligheten og hennes teori om mellommenneskelige aspekter er spesielt interessant ettersom hun allerede på slutten av 1960-tallet tok til orde for et helhetlig menneskesyn som ikke setter et skille mellom de psykologiske og de fysiologiske aspektene. Hun tok også et oppgjør med det hun så på som en avhumanisering i sykepleien. Hun var en tidlig representant for disse ideene, som i senere tid har blitt videreført gjennom omsorgsteoretikere som Kari Martinsen, Katie Eriksson, Patricia Benner og Judith Wrubel (Kirkevold, 2009).

Som nevnt i kapittel 3.4 tar Travelbee avstand fra begrepene sykepleier og pasient, og snakker heller om et menneske-til-menneske forhold. Travelbee skriver; «A human-to-human relationship *is* good, *is* helpful, and the ill person's needs *are* met». (Travelbee, 1996, s.121). Travelbee hevder videre at man ikke kan diskutere hva som er mest hensiktsmessig av et

menneske-til-menneske forhold og et sykepleier-pasient forhold ettersom det er to helt forskjellige ting (Travelbee, 1996). Det man forøvrig kan diskutere, er om et slikt forhold er realistisk og hensiktsmessig med de rammefaktorene sykepleiere jobber under i konteksten av en somatisk sengepost.

I Marit Kirkevolds analyse og evaluering av Travelbees teori, påpeker hun at Travelbees beskrivelser av virkeligheten er svært individorientert, og at teorien ikke tar nok hensyn til at mennesket eksisterer i en sosial og kulturell sammenheng som også innvirker på individet. Hun påpeker også at den mellommenneskelige prosessen kan fremstå som en planlagt og bevisst prosess, noe som kan gjøre den vanskelig å overføre den til sykepleierens virkelighet, en virkelighet som er preget av uforutsigbare situasjoner med et handlingsrom styrt av eksterne forhold (Kirkevold, 2009).

Travelbee har rett i at det er to individer som møtes, selv om de i denne konteksten er skjult bak rollene pasient og sykepleier. På den andre siden kan man se denne relasjonen i lys av teoretikeren Løgstrup, som omtaler alle relasjoner som maktrelasjoner. Det er en fagperson som møter en pleietrengende. I realiteten vil det innebære at den ene personen tilbyr noe som den andre personen trenger, noe som tilsier at det er et maktforhold der. Ettersom det er sykepleieren som har det pasienten trenger, er dette maktforholdet i sykepleierens favør (Kristoffersen & Nortvedt, 2016; Eide & Eide, 2012). Selv om sykepleieren ikke bruker dette maktforholdet bevisst, utfordrer denne teorien Travelbees tanker om de to likestilte individene.

I Travelbees (1996) teori om det mellom-menneskelige-forholdet, er det innledende møtet spesielt sårbart for holdninger og stigmatisering ettersom to ukjente personers oppfatninger og forventninger overfor hverandre i stor grad er styrt av stereotyper. Travelbee hevder videre at hvis man tar seg god tid med det innledende møtet, vil de stereotype oppfatningene av hverandre gradvis svinne hen. Ettersom tidspress som kjent er en utbredt faktor på somatiske sengeposter, kan man anta at de forutinntatte stereotypene står i fare for å bli med videre inn i de neste fasene av prosessen.

Som omtalt i kapittel 3.4 kan man si at empati er evnen til å leve seg inn i, identifisere, forstå og anerkjenne andres følelsesmessige tilstand og reaksjoner (Kristoffersen et al., 2016).

Travelbee (1996) hevder at det er en verdiuavhengig prosess som ikke synes å være avhengig

av om man liker eller misliker personen man har empati overfor. Man kan derfor anta at en sykepleier kan leve seg inn i, og forstå en rusmisbrukers følelser, selv om sykepleieren i utgangspunktet har negative holdninger overfor rusmisbrukere, eller aldri har vært i nærheten av et rusmiljø. På den andre siden peker studiet til Monks et al (2013) på at mangelen på kompetanse om både rusmidlers virkning, og om rusmisbruk generelt, gjør det vanskelig for sykepleiere å sette seg inn i deres situasjon og vurdere hva som er deres behov.

I samme studie var det for øvrig inkludert et lite antall sykepleiere som selv hadde erfaring med rusmisbruk blant venner eller i nær familie. Disse hevdet at sine egne personlige erfaringer gjorde at det lettere kunne sette seg inn i pasientens situasjon, noe som førte til både økt forståelse og mindre negative holdninger. I følge rusmisbrukerne i samme undersøkelse har positive møter med sykepleiere som dette en selvforsterkende effekt, der sykepleieren blir møtt på en positiv måte, hvis de selv blir møtt på en positiv måte (Monks et al., 2013).

Når det kommer til sympati, hevder Travelbee (1996) at sympati er et skritt videre fra empati, og at det kommer først som et resultat av en empatisk prosess. Dette virker i følge Kirkevold (2009) usannsynlig ettersom sympati ikke bare er en «fase i en prosess», men en følelse eller holdning som klart kan skilles fra empati.

Den siste fasen i Travelbees menneske-til-menneske-forhold går på gjensidig forståelse og kontakt. I forskningen kommer det frem at sykepleiere har en tendens til å nærmest unngå den kontakt som Travelbee snakker om i denne fasen. Sykepleiere bruker lite tid på å bli kjent med denne pasientgruppen, og minimerer kontakten. Dette gjøres som en mer eller mindre bevisst strategi for å minimere risikoen for konflikt og vold (Monks et al., 2013) Når grunnlaget for relasjonen er mistillit og distansering, er det lett å anta at heller ikke forståelsen av hverandre er spesielt god.

4.5 Holdningers konsekvenser for behandlingen

Helsehjelp til rusmisbrukere er komplekst og krevende, men også svært nødvendig ettersom et rusmisbruk fører med seg store utfordringer og lidelser både for individet, pårørende og samfunnet (Håkonsen, 2014). Selv om flere studier belyser problemområder og anerkjenner negative holdninger overfor rusmisbrukere, er det få studier som tar for seg den direkte sammenhengen mellom stigmatisering og helse hos rusmisbrukere. Studiet til Ahern et al (2007) foreslår at dette er fordi stigmatisering anses som en triviell effekt i forhold til andre komplikasjoner ved et rusmisbruk. Dette kan være mer synlige komplikasjoner som psykiatriske lidelser og fysiske skader og sykdommer. I dette studiet kommer det forøvrig frem at det er klare sammenhenger mellom stigmatisering og svekket fysisk- og mental helse.

Sykepleiere fungerer på mange måter som portvakter for videre helsehjelp. Det er vi som står for observasjon og identifisering av videre behov for behandling, og det er vi som velger hvilken informasjon vi skal videreformidle. På grunn av dette har sykepleiere en stor påvirkningskraft, både bevisst og underbevisst, og negative holdninger kan derfor ha direkte konsekvenser for pasientens behandling (Kristoffersen et al., 2016; Chang & Yang, 2013).

Flere sykepleiere mener at interaksjonen med rusmisbrukere ofte kan være en følelsesmessig belastning knyttet til utrygghet, usikkerhet og stress. For å kunne jobbe under disse forholdene sier flere sykepleiere at de utvikler en distansert tilnærming til denne pasientgruppen. Denne tilnærmingen innebærer at man ikke involverer seg i hvem pasientene er, og man holder besøkene til et minimum (Monks et al., 2013; Boekel et al., 2013) I studiet til Monks et al (2013) kommer det også frem at det er en direkte sammenheng mellom sykepleierens holdninger og deres engasjement og motivasjon til å behandle akkurat denne pasientgruppen. Holdninger som dette vil føre til at sykepleierne ikke tar seg like mye tid til å observere pasientens behov, noe som kan føre til at viktige symptomer og behov blir oversett. (Monks et al., 2013; Boekel et al., 2013). Det å møte pasientens behov og observere symptomer er som kjent noen av sykepleierens viktigste oppgaver, så når dette blir oversett kan man anta at det får direkte negative konsekvenser for den videre behandlingen.

I følge Monks et al (2013) blir den distanserte tilnærmingen anerkjent også av rusmisbrukere, noe som fører til at de får en fiendtlig innstilling overfor sykepleiere og annet helsepersonell. Dette kan utvikle seg til en ond sirkel, hvor en eskalering av negative holdninger og mistillit kan ende opp i konflikter hvor både verbal og fysisk vold blir utført. Det kan også føre til at

pasienten skriver seg ut mot legens anbefaling, før aktuelle skader eller sykdommer har blitt utredet eller behandlet.

Det å distansere seg til pasienten har negative konsekvenser for pasienten, men er på den andre siden også en ubevisst reaksjon på at sykepleieren begynner å bli følelsesmessig utmattet og trenger å beskytte seg mot flere følelsesinntrykk (Kristoffersen, 2016b). Behovet for distansering kan knyttes opp mot at sykepleiere er spesielt utsatt for utbrenthet og viser til tall fra statistisk sentralbyrå hvor fire av ti helsearbeidere føler seg utmattet etter endt arbeidsdag, og to av ti sliter med å sove på grunn av jobben. Kristoffersen (2016b) viser videre til flere undersøkelser som viser at yrker med nær tilknytning til mennesker er spesielt utsatte for utbrenthet, og at unge sykepleiere er aller mest utsatt, ettersom de går inn i yrket med en «idealisme og grenseløshet» i deres utførelse.

Som vi har sett i drøftingskapittelet viser forskningen at faktorer som; mistillit, mangel på kompetanse, utfordrende arbeidsforhold, og mangelen på tid er medvirkende faktorer når det kommer til negative holdninger ovenfor rusmisbrukere på somatiske sengeposter (Ford, 2011; Monks et al., 2013; Chang & Yang, 2013; Natal et al., 2009; Kristoffersen et al., 2016). Det viser seg at disse holdningene kan skape en ond sirkel hvor rusmisbrukerne reagerer med en fiendtlig tilnærming overfor sykepleierne, som igjen forsterker de negative holdningene (Monks et al., 2013). Dette resulterer i en vanskelig situasjon hvor sykepleiere må skjerme seg ved å distansere seg til pasientene, noe som får direkte konsekvenser for deres behandling.

På den andre siden viser forskning at hvis man legger forholdene til rette med rollestøtte, og viser interesse, lytter og behandler pasienten som hvilken som helst andre, vil det få en selvforsterkende effekt som fører til en økt kontakt og bedre forståelse av hverandre (Ford et al., 2007; Monks et al., 2013) Dette er forøvrig helt i tråd med Travelbees tanker om de mellom-menneskelige aspekter og idealet om lik behandling av alle. Det kan se ut som om idealene fra Travelbee og de yrkesetiske retningslinjer også fungerer i praksis i møte med denne pasientgruppen, men at forholdene på arbeidsplassen må ligge til rette for at denne type tilnærming er oppnåelig.

5.0 Avslutning

I problemstillingen min ville jeg finne svar på om holdninger kan få konsekvenser for den behandlingen rusmisbrukere får på en somatisk sengepost på et sykehus. I tillegg ville jeg finne ut om rammefaktorer kan innvirke på disse holdningene, og hvorvidt holdninger kan få konsekvenser for sykepleiers relasjon med pasienten sett i lys av Travelbees teori om det mellom-menneskelige-forhold.

Jeg observerer et krysspress mellom faglitteraturens idealer og hverdagens realiteter.

Travelbees teori om det mellom-menneskelige-forhold viser nettopp dette. Hennes teori er bygd på likestilte individer, gjensidig forståelse og kontakt, noe som viser seg å være en utfordring i møte mellom sykepleier og rusmisbruker. Negative holdninger utfordrer samtlige av punktene i prosessen.

I løpet av oppgaven har jeg funnet ut at holdninger i stor grad kan få konsekvenser for den behandlingen rusmisbrukeren får på en somatisk avdeling. Krevende arbeidsforhold med stadig mindre handlingsrom, mangel på kompetanse, og mangel på tillit er noen av faktorene som gjør at sykepleieres stigmatisering av rusmisbrukere er et utbredt fenomen.

Sykepleieres forhold til rusmisbrukere er preget av mistillit, usikkerhet og distansering, noe som hindrer sykepleiere å gjøre det som er selve kjernen i vårt arbeid, nemlig identifisering og imøtekommelsen av pasientens behov.

6.0 Litteraturliste

- Ahern, J., Stuber, J., & Galea, S. (2007). Stigma, discrimination and the health of illicit drug users. *Drug and alcohol dependence*, 88(2), 188-196. doi: <http://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.10.014>
- Amundsen, E. J. (2015). *Narkotikautløste dødsfall*. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.
- Chang, Y. P., & Yang, M. S. (2013). Nurses' Attitudes Toward Clients With Substance Use Problems. *Perspectives in psychiatric care*, 49(2), 94-102. doi: 10.1111/ppc.12000
- Christiansen, B., & Bjørk, I. T. (2016). Godt–eller godt nok? Hvordan opplever sykepleiere idealer og realiteter i utøvelsen av yrket? *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 12(1), 64-76. doi: <http://dx.doi.org/10.7557/14.3774>
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2012). *Kommunikasjon i relasjoner : samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. rev. og utv. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Evjen, R., Kielland, K. B., & Øiern, T. (2012). *Dobbelt opp - Om psykiske lidelser og rusmisbruk* (3 utg.). Oslo: Universitetsforlaget
- Ford, R. (2011). Interpersonal challenges as a constraint on care: The experience of nurses' care of patients who use illicit drugs. *Contemporary nurse*, 37(2), 241-252. doi: <http://dx.doi.org/10.5172/conu.2011.37.2.241>
- Ford, R., Bammer, G., & Becker, N. (2008). The determinants of nurses' therapeutic attitude to patients who use illicit drugs and implications for workforce development. *Journal of Clinical Nursing*, 17(18), 2452-2462. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02266.x

- Goffman, E. (2009). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*: Simon and Schuster.
- Helsedirektoratet. (2014). *Status for samhandlingsreformen : forvaltningsmessig følge med-rapport fra Helsedirektoratet juni 2014*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Karlsen, R. (2016). *Nykter - Om avhengighet og recovery*. Oslo: Kolofon AS.
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier : analyse og evaluering* (2. utg.). Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Kristoffersen, N. J. (2016a). Sykepleierens ansvar og arbeidsområder i helsetjenesten. I N. J Kristoffersen, E-A Skaug, F. Nortvedt, G.H Grimbsø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: B. 1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (3. utg., s. 193-253). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J., & Nortvedt, F. (2016). Pasient og sykepleier – verdier og samhandling. I N. J Kristoffersen, E-A Skaug, F. Nortvedt, G.H Grimbsø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: B. 1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (3. utg., s. 89-132). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Skaug, E.-A., Nortvedt, F., & Grimbsø, G. H. (2016). Hva er sykepleie – fag og funksjoner. I N. J Kristoffersen, E-A Skaug, F. Nortvedt, G. H Grimbsø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: B. 1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (3. utg., s. 15-27). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016b) Stress og mestring. I N. J Kristoffersen, E-A Skaug, F. Nortvedt, G. H Grimbsø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: B. 3: Pasientfenomener og livsutfordringer* (3. utg., s. 237-286). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Livingston, J. D., Milne, T., Fang, M. L., & Amari, E. (2012). The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review. *Addiction*, *107*(1), 39-50. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03601.x
- Molven, O. (2016). *Sykepleie og jus* (5. utg.). Oslo: Gyldendal juridisk.
- Monks, R., Topping, A., & Newell, R. (2013). The dissonant care management of illicit drug users in medical wards, the views of nurses and patients: A grounded theory study. *Journal of advanced nursing*, *69*(4), 935-946. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06088.x
- Natan, M. B., Beyil, V., & Neta, O. (2009). Nurses' perception of the quality of care they provide to hospitalized drug addicts: testing the Theory of Reasoned Action. *International Journal of Nursing Practice*, *15*(6), 566-573. doi: 10.1111/j.1440-172X.2009.01799.x
- Neville, K., & Roan, N. (2014). Challenges in Nursing Practice: Nurses' Perceptions in Caring for Hospitalized Medical-Surgical Patients With Substance Abuse/Dependence. *Journal of Nursing Administration*, *44*(6), 339-346. doi: 10.1097/NNA.0000000000000079
- NSF. (2016, 23.05). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Raaheim, A. (2002). *Sosialpsykologi*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Repstad, P. (2014). *Sosiologiske perspektiver for helse- og sosialarbeidere* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Rienecker, L., Stray Jørgensen, P., Skov, S., & Landaas, W. (2013). *Den gode oppgaven : håndbok i oppgaveskriving på universitet og høyskole* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Skretting, A., Bye, E. K., Vedøy, T. F., & Lund, K. E. (2015). *Rusmidler i Norge 2015: Alkohol, tobakk, vanedannende legemidler, narkotika, sniffing, doping og*

tjenestetilbudet. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

Storvoll, E. E., Rossow, I., Moan, I. S., Norström, T., Scheffels, J., & Lauritzen, G. (2010).

Skader og problemer forbundet med bruk av alkohol, narkotika og tobakk. Oslo:

Statens institutt for rusmiddelforskning.

Travelbee, J. (1996). *Interpersonal aspects of nursing*. Oslo: Pensumtjeneste.

van Boekel, L., Brouwers, E., van Weeghel, J., & Garretsen, H. (2014). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 57(7), 489-497. doi:

<http://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018>

WHO. (2011). *ICD-10 : den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer*. Oslo: KITH.