



Retten til å bli sett

Hvordan kan sykepleier møte pasienten med en rusmiddelavhengighet på en omsorgsfull måte?

Kandidatnummer: 267
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 10500
Dato: 18.04.17

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 18.04.17
Retten til å bli sett	
<u>Problemstilling</u>	
<p>Hvordan kan sykepleier møte pasienten med rusmiddelavhengighet på en omsorgsfull måte?</p>	
<u>Teoretisk perspektiv</u>	
<p>Som sykepleieteoretisk referanse tar oppgaven utgangspunkt i Kari Martinsens omsorgsteori med hovedfokus på hennes teori om omsorgens tre dimensjoner: den relasjonelle, den praktiske og den moralske dimensjonen. I tillegg tar oppgaven utgangspunkt i elementer om møtet fra Joyce Travelbees' teori om mellommenneskelige forhold. I teoridelen av oppgaven blir teori om holdninger, verdier og stigma, sykepleierens rammefaktorer og kommunikasjon presentert. I tillegg gis det en presentasjon av hva rusmiddelavhengighet er, hvilken virkning rusmiddelet kan ha på kroppen, forståelse av rusmiddelavhengighet, pasientens erfaringer i møte med sykepleier og sykepleiers møte med pasienten med rusmiddelavhengighet</p>	
<u>Metode</u>	
<p>Oppgaven er et litteraturstudie. Relevant pensum og fag- og forskningslitteratur er undersøkt for å kunne svare på problemstillingen. Forskningsartiklene er funnet via databasene Cinahl, Ovis, sveMed+, sykepleien.no og Google Scholar. Faglitteraturen er funnet ved hjelp av Oriasøketjenseten ved skolens bibliotek og Google Scholar.</p>	
<u>Drøfting</u>	
<p>Oppsettet for drøftingskapittelet tar utgangspunkt i Kari Martinsens tre omsorgsdimensjoner. Her drøftes det hvordan relasjonelle, praktiske og moralske faktorer vil kunne spille inn for at møte mellom sykepleier og pasienten med rusmiddelavhengighet skal kunne oppleves som omsorgsfullt.</p>	
<u>Konklusjon</u>	
<p>For å kunne møte pasienten med rusmiddelavhengighet på en omsorgsfull måte må sykepleier ha kunnskap om rusmiddelavhengighet og de spesielle behovene dette fører med seg. Denne kunnskapen kan påvirke sykepleiers holdninger overfor den rusavhengige pasienten, samtidig som den kan øke hennes forståelse for pasientens behov. Bevissthet rundt nonverbal og nonverbal kommunikasjon er også viktig. I tillegg må sykepleier reflektere rundt og bli bevisst egne følelser og holdninger.</p>	

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Problemstilling	1
1.2	Avgrensning.....	1
1.3	Formålet med oppgaven.....	2
1.4	Begrepsavklaring.....	2
1.5	Oppgavens disposisjon	2
2	Metode.....	4
2.1	Metodevalg.....	4
2.2	Litteratursøk.....	4
2.2.1	Kort presentasjon av anvendt fag- og forskningslitteratur.....	5
2.3	Kildekritikk.....	6
3	Sykepleieteoretisk referanseramme.....	8
3.1	Kari Martinsens omsorgsteori.....	8
3.1.1	Omsorgens relasjonelle dimensjon.....	8
3.1.2	Omsorgens praktiske dimensjon.....	9
3.1.3	Omsorgens moralsk dimensjon.....	9
3.2	Joyce Travelbee.....	10
4	Teori.....	12
4.1	Holdninger, verdier og stigma	12
4.2	Sykepleierens rammefaktorer.....	13
4.3	Kommunikasjon.....	14
4.4	Pasienten med rusmiddelavhengighet.....	16
4.4.1	Rusmiddelavhengighet	16
4.4.2	Rusmiddelets virkning på kroppen	16
4.4.3	Forståelse av rusmiddelavhengighet	17
4.4.4	Pasienters erfaringer i møte med sykepleier.....	18
4.4.5	Sykepleiers møte med pasienter med rusmiddelavhengighet.....	19
5	Hvordan kan sykepleier møte pasienten med rusmiddelavhengighet på en omsorgsfull måte?	22
5.1	Sykepleier-pasient relasjonen	22
5.1.1	Tillit.....	22
5.1.2	Følelser og adferd.....	25
5.2	Den praktisk omsorgen	26
5.2.1	Tillit gjennom handling	27
5.3	Den moralske omsorgen	28
5.3.1	Holdninger	28
5.3.2	Verdier.....	30
5.3.3	Å fremme empati.....	31
6	Avslutning.....	32
	Litteraturliste	33

1 Innledning

Tema for denne oppgaven er sykepleiers møte med pasienten med rusmiddelavhengighet på en somatisk sengepost. I følge helsepersonelloven § 4 (1999) har sykepleier plikt til å gi alle pasienter forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp. I kommentarene til loven utdyper de begrepet omsorgsfull helsehjelp til å innebære ”å gi helsehjelpen på en måte som yter pasienten omtanke og respekt og ikke krenker vedkommendes personlige integritet” (Helsedirektoratet, 2012, s.17). Pasienter med rusmiddelavhengighet er en pasientgruppe som på grunn av sin avhengighet har et stort behov for helsehjelp, både innen psykisk helse og somatisk helse (Biong & Ytrehus, 2012). Samtidig finnes det mange eksempler i forskningen på at helsehjelpen til pasienter med rusmiddelavhengighet ofte preges av lite omsorgsfulle væremåter som bedømmelse, mistillit, engstelse og unnvikelse. Dette har blant annet ført til at pasientene ikke har fått den behandlingen de har krav på og trenger, at de har skrevet seg ut før behandlingen var ferdig og at de har unngått å søke hjelp (Monks, Topping & Newell, 2012; Boekel, Brouwers, Weeghel, & Garretsen, 2013; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). På bakgrunn av dette vil oppgaven ta utgangspunkt i følgende problemstilling:

1.1 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier møte pasienten med rusmiddelavhengighet på en omsorgsfull måte?

1.2 Avgrensning

Denne oppgaven vil fokusere på voksne pasienter med en injiserende opioidavhengighet, uavhengig av kjønn. De er ofte preget av et hardt liv der rusen overstyrer alt annet, som for eksempel helse. De har også økt sykkelighet på grunn av rusavhengigheten, noe som vil si at de vil ha behov for somatisk helsehjelp (Skoglund & Biong, 2012). Pasienter med alvorlig rusavhengighet har i tillegg høy forekomst av samtidig psykisk lidelse (Lossius, 2010). Dette er noe som kan gjøre møte med pasienter med rusmiddelavhengighet enda mer utfordrende og er viktig å ta høyde for, men på grunn av oppgavens omfang vil det ikke bli gjort rede for de ulike psykiske sykdommene.

Sykepleier møter pasienten på en somatisk sengepost, der han er innlagt på grunn av en somatisk lidelse og ikke på grunn av rusmiddelavhengigheten. Hvilken sengepost det er vil ikke bli definert ettersom oppgaven fokuserer på møte mellom sykepleier og pasient, noe som kan være relevant uansett hvilken lidelse pasienten behandles for. Eksempler kan likevel være en infeksjonsavdeling, ulike kirurgiske avdelinger eller en lungeavdeling (Skoglund & Biong, 2012).

1.3 Formålet med oppgaven

Formålet med denne litteraturstudien er å undersøke hva forskning og annen litteratur sier om hvordan sykepleier kan møte pasienter med rusmiddelavhengighet på en omsorgsfull måte på en somatisk sengepost.

1.4 Begrepsavklaring

Problemstillingen tar for seg begrepene møte, rusmiddelavhengighet og omsorg. Møte vil bli definert ut fra Joyce Travelbees teori om mellommenneskelige forhold i kapittel 3.1.

Rusmiddelavhengighet defineres i kapittel 4.1.1, og omsorg defineres ut fra Kari Martinsens omsorgsteori i kapittel 3.1, samt ut fra hvordan omsorgsfull helsehjelp defineres ut fra Helsepersonelloven. I oppgaven vil pasienten med rusmiddelavhengighet bli omtalt som *han*, *pasienten* og *pasienten med rusmiddelavhengighet*, og sykepleier vil bli omtalt som *hun* og *sykepleier(en)*. Dette er uavhengig av hvilket kjønn pasient og sykepleier er.

1.5 Oppgavens disposisjon

I kapittel 2 som omhandler metode, beskrives det hvilke metode som er brukt i oppgaven, hvordan søkeprosessen etter litteratur har foregått, en kort presentasjon av artikler som er brukt og kildekritikk. I kapittel 3 presenteres den sykepleieteoretiske referanserammen for oppgaven, som vil ta for seg Kari Martinsens omsorgsteori med fokus på omsorg som et relasjonelt, praktisk og moralsk begrep. Det vil i tillegg presenteres noen elementer fra Joyce Travelbees teori om mellommenneskelige forhold. I kapittel 4 vil relevant fag- og forskningslitteratur presenteres, herunder menneskesyn, verdier og stigma, sykepleierens

rammefaktorer og kommunikasjon. Kapitlet vil til slutt presentere hva rusmiddelavhengighet er, hvilken virkning rusmiddelet kan ha på kroppen, forståelse av rusmiddelavhengighet, pasientens erfaringer i møte med sykepleier og sykepleiers møte med pasienten med rusmiddelavhengighet

Drøftingskapitlets oppsett vil ta utgangspunkt i Kari Martinsens tre omsorgsdimensjoner. Relasjonelle, praktisk og moralske faktorer som kan spille inn på det omsorgsfulle møte drøftes på grunnlag av sykepleieteori og fag- og forskningslitteratur som tidligere har blitt presentert i oppgaven. I kapittel 6 kommer en avslutning.

2 Metode

En metode kan defineres som ”en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med til arsenalet av metoder” (Aubert, 1985, gjengitt etter Dalland 2012). Dette kapittelet vil dermed presentere den fremgangsmåten som er brukt for å finne relevant litteratur til oppgaven.

2.1 Metodevalg

Denne oppgaven er en allmenn litteraturstudie. Litteraturstudier systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder ved å samle inn litteratur, vurdere den kritisk og til slutt sammenfatte materialet man har funnet (Thidemann, 2015).

2.2 Litteratursøk

For å finne relevant faglitteratur til oppgaven har aktuell pensumlitteratur blitt gjennomgått, i tillegg til søk utført i Oria-søketjenesten ved biblioteket og Google Scholar. Noe av litteraturen som er avvendt har også blitt tipset om fra veiledere ved skolen. Nettsidene til Lovdata og Helsedirektoratet har også blitt benyttet.

For å finne fag- og forskningsartikler ble det utført søk i databasene Cinahl, Ovid, sweMed+, sykepleien.no og Google Scholar. I forkant av søkene ble det utarbeidet et PICOskjema (patient/problem, intervention, comparison/control, outcome), som er et arbeidsverktøy i forberedelsen til systematisk litteratursøk for å få frem relevante forskningsartikler.

Dette er de mest sentrale søkeordene som ble anvendt. De ordene som er nevnt under samme punkt har blitt koblet sammen med ”or” i ulike kombinasjoner for å fange opp flest mulig artikler om tema. ”And” har blitt brukt mellom de ulike punktene i ulike kombinasjoner for å avgrense søket.

Engelske søkeord:

- Substance dependence, Substance abuse, Drug abuse, Problem drug users, substance-related disorders
- Nurse-patient relations

- Nurse attitudes, Attitude of health personnel
- Problem patients

Norske søkeord:

- Rusmisbruk, Rusmiddelavhengig, Rusavhengig
- Møtet
- Holdninger

I søk etter artikler ble det kun søkt på artikler som var fagfelleurdert og fra de siste fem årene (2011-2016) for å både avgrense søket, men også for å sikre aktualitet og troverdighet.

Ettersom oppgavens kontekst er på en somatisk sengepost, ble studier fra rusklinikker og psykiatriske avdelinger ekskludert. Studier fra land i Asia og Afrika ble også ekskludert ettersom de kulturelle forskjellene ble vurdert til å være for store og ikke overførbart til det norske helsevesenet. Studier som hovedsakelig tok for seg rusmidler som alkohol og tobakk ble ekskludert ettersom pasienten i denne oppgaven har en opioidavhengighet.

Litteraturlistene til de artiklene som ble funnet, har også blitt benyttet til å finne ytterlige artikler som var relevant for problemstillingen. Her har det blitt anvendt artikler som var eldre enn fem år, men som likevel er blitt vurdert som relevante for oppgaven.

2.2.1 Kort presentasjon av anvendt fag- og forskningslitteratur

I søken etter forskningsartikler var fokuset spesielt på å finne artikler som beskrev noe om møte mellom sykepleier og pasient, relasjonen dem i mellom, hvordan begge parter opplevde interaksjonen og strategier for å gjøre møte godt.

Toward cultural safety: Nurse and patient perceptions og illicit substance use in a hospitalized setting (Pauly, McCall, Browne, Parker & Mollison, 2015) og *The dissonant care management of illicit drug users in medical wards, the view of nurses and patients: a grounded theory study* (Monks et al., 2014) er begge kvalitative studier som tar for seg hvordan både sykepleier og pasient opplever møtene dem i mellom. *Stigma among health professionals toward patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review* (Boekel et al., 2013) er en systematisk gjennomgang av litteratur fra vestlige land som sier noe om hvordan sykepleierne opplever møte med pasienter med rusmiddelavhengighet, om holdningene deres og hvilke konsekvenser det får

for pleien. *Challenges in nursing practice: Nurses' perceptions in caring for hospitalized medical-surgical patients with substance abuse/dependence* (Neville & Roan, 2014) og *Interpersonal challenges as a constraint on care: The experience of nurses' care of patients who used rugs* (Ford, 2011) er begge kvalitative studier som sier noe om utfordringen sykepleiere opplever i møte med pasienter med rusmiddelavhengighet. *Improving nurses' therapeutic attitude to patients who use illicit drugs: workplace drug and alcohol education is not enough* (Ford, Bammer & Becker, 2009) sier noe om hvordan sykepleie kan få bedre holdninger til pasienter med rusmiddelavhengighet. *Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus* (Li, Undall, Andenæs & Nåden, 2012) er en kvantitativ studie som blant annet tar for seg hvordan det er å arbeide med denne pasientgruppen. Og *Aktiv empati: Sjukskøterskors strategier för at frammana empati i mötet med pasienter som av sjuksöterskan upplevs vara svårbemötta* (Berhin, Lundgren & Theodoridis, 2014) viser strategier sykepleiere kan bruke for å fremme empati hos pasienter de ser på som vanskelig å møte.

Av fagartikler er *Narkomanes dårlige helse – en sykepleiefaglig utfordring* (Klingsheim, 2009) benyttet. Den setter søkelyset på hvor viktig det er å styrke helsetilbudet til rusavhengige, men trekker også frem utfordringer i møte med pasientgruppen. Artikkel *Biopsykososial tilnærming til rusavhengighet* (Stallvik, 2011) er også benyttet, og gir en beskrivelse av den biopsykososiale tilnærmingen flere anvender innen rusbehandling.

2.3 Kildekritikk

I søk etter litteratur til den sykepleiefaglige referanserammen har det vært et fokus å oppsøke primærkildene. I oppgaven er det brukt et utvalg av Kari Martinsen bøker, en bok av Knud Ejler Løgstrup for å søke primærkilden Martinsen selv har anvendt og Travelbees bok om mellommenneskelige relasjoner. All denne litteraturen er av eldre dato, men regnes likevel som relevant for sykepleiefaget og brukes fremdeles som referanser i både fag- og forskningslitteratur. Goffmans teori om stigma som er omtalt i kapittel 4.1 i teorikapittelet er også av eldre dato, men som Martinsen og Travelbee anvendes hans teori også hyppig i nyere litteratur og regnes som en klassiker.

Store deler av forskningslitteraturen som er anvendt i oppgaven har blitt publisert i andre land enn Norge, da det er lite studier på emnet her. Dette kan selvfølgelig påvirke overføringsverdien til Norge, og med flere norske studier kunne man kanskje gitt et mer nyansert bilde. Det er likevel valgt å bruke artiklene da både Sverige, England, Canada og Australia ses på som vestlige land. Det kan dermed antas at de vil ha ganske like syn og tilnærminger til pasienter med rusmiddelavhengighet.

Studien til Berhin et al. (2014) er ikke direkte knyttet til pasienter med rusmiddelavhengighet, men på bakgrunn av teori om den ”vanskelig pasienten” og det den andre forskningen sier om at sykepleierne beskriver møtene som utfordrende, ses denne artikkelen på som relevant.

3 Sykepleieteoretisk referanseramme

Som sykepleieteoretisk referanse tar oppgaven utgangspunkt i Kari Martinsens omsorgsteori, i tillegg til elementer om møtet fra Joyce Travelbees' teori om mellommenneskelige forhold. Martinsen er relevant i forhold til oppgaven fordi hun beskriver hva omsorg er og hva det går ut på, mens Travelbee er relevant fordi hun gir beskrivelser på hva som skjer i møtene mellom mennesker og hva som er viktig for sykepleier å være klar over.

3.1 Kari Martinsens omsorgsteori

Kari Martinsen (1989) ser på omsorg som sykepleierens verdigrunnlag og beskriver at begrepet har en relasjonell, en praktisk og en moralsk dimensjon.

3.1.1 Omsorgens relasjonelle dimensjon

Omsorg er relasjonell fordi det alltid forutsetter minst to personer. I omsorgsarbeid gis det uttrykk ved at sykepleier gir omsorg ovenfor ikke selvhjulpne mennesker, som barn, syke, gamle og funksjonshemmede. Denne type omsorg er basert på generalisert gjensidighet som vil si at sykepleier gir omsorg uten å forvente noe tilbake. Forholdet mellom mennesker er det viktigste i omsorgen, hvordan vi forholder oss og viser omtanke for hverandre. Omsorg som relasjonelt begrep tar utgangspunkt i et kollektivistisk menneskesyn der alle mennesker er gjensidig avhengig av hverandre, og tar dermed avstand fra et individualistisk menneskesyn der hver har ansvar for å klare seg selv (Martinsen, 1989).

I møte mellom mennesker er tillit sentralt. Det danner grunnlaget for kommunikasjonen og relasjonen mellom dem (Martinsen, 2005). Løgstrup (1991), som Martinsen er inspirert av i mye av sin tenkning, mener at vi normalt møter hverandre med en grunnleggende tillit. For at et menneske skal møte en annen med mistillit, må den andre ha gjort noe som motbeviser hans rett til tilliten, som for eksempel at man tar den andre i å lyge (Løgstrup, 1991). Som sykepleier må man vise seg tilliten verdig ved å være oppriktig interessert i pasienten, bruke faglig skjønn, og vise troverdighet gjennom sine handlinger (Martinsen, 2005). Å vise tillit er sårbart fordi man gir noe av seg selv til den andre og dersom pasienten ikke imøtekommes av sykepleier kan den svekkes. ”Med min holdning kan jeg gjøre den andres liv truende eller

trygt. Det er derfor en fordring til oss om å ta vare på det liv som tilliten legger i vår hånd” (Martinsen, 2005, s. 143).

3.1.2 Omsorgens praktiske dimensjon

Omsorgens praktiske dimensjon kjennetegnes av at sykepleier utfører en praktisk handling for å hjelpe pasienten. Hva det er bestemmes ut fra pasientens situasjon og sykepleiers forståelse av situasjonen. En slik forståelse krever innsikt i pasientens livssituasjon, hans muligheter og begrensninger i situasjonen. Som medmenneske kan sykepleier klare å forstå den andres situasjon fordi hun kan ha hatt lignende erfaringer tidligere, som det å ha smerter eller være kvalm. Hun vil også kunne forstå pasienten gjennom måten han forholder seg til sin situasjon, på grunnlag av erfaring hun har. Hun vil ikke være i stand til å vite akkurat hvordan pasienten har det, men hun vil kunne gjenkjenne situasjonen og lindre plagen. Omsorgen som gjennomføres bør gjøres på en måte som anerkjenner og ikke umyndiggjør pasienten (Martinsen, 1989).

I omsorgsarbeidet er det en forutsetning at sykepleier innehar fagkunnskaper og praktiske ferdigheter som jobber sammen. For å kunne ha en helhetsforståelse av situasjonen til pasienten er det også nødvendig med erfaringskunnskap (Martinsen, 1989).

3.1.3 Omsorgens moralsk dimensjon

Den moralske dimensjonen ved omsorg innebærer at man har et ansvar for de svake. Sykepleier har et ansvar ovenfor den syke fordi hun erkjenner at hun kan komme i den situasjonen at hun trenger omsorg og hjelp fra andre, og at man derfor bør handle slik at alle kan ha den samme muligheten til å leve det beste livet han har mulighet for (Martinsen, 1989).

Omsorgsmoral er noe som må læres gjennom erfaring og praksis, og de verdiene som vi opplever som verdifulle vil integreres i oss. Likevel må vi kunne vurdere dem kritisk ettersom de skaper grunnlaget for våre beslutninger. Etter hvert som sykepleier får erfaring fra ulike situasjoner vil hun opparbeide seg en etisk kompetanse som gjør at hun kan se situasjonen som helhet og ut fra det vurdere ulike handlingsvalg (Martinsen, 1989).

Sykepleierens holdning til pasienten har moralsk verdi og vil kunne påvirke relasjonen dem i mellom. Martinsen (1993, s. 53) gjengir Løgstrup tanker rundt dette:

”Det er ikke med snakk, ikke med teorier (...) at vi setter tone på andres liv. Det er med vår kropp og den holdningen kroppen viser. Vi kan true eller trygge den andres liv med vår blott holdning, med vårt blikk og vår stemme – slik som tonefall og hvordan ordene uttrykkes”.

I en omsorgsrelasjon vil det oppstå et maktforhold mellom sykepleier og pasient ettersom pasienten er avhengig av sykepleier. Denne makten kan sykepleier bruke til å både svekke og støtte opp om mennesker. Ved å forvalte makten på en måte slik at den støtter opp om den svake oppnår sykepleier moralsk ansvarlig maktbruk (Martinsen, 1989).

3.2 Joyce Travelbee

Joyce Travelbee (1999) mener at sykepleie handler om møtet mellom mennesker. I sin teori om mellommenneskelige forhold i sykepleie beskriver hun blant annet betydningen av hvordan man møter pasienten.

Sentralt i teorien hennes er begrepet menneske-til-menneske-forhold, noe hun mener er en forutsetning for at sykepleier skal kunne ivareta pasientens behov. Det oppstår når sykepleier og pasient oppnår en relasjon der de ser hverandre som unike mennesker, og ikke som kategoriene ”pasient” og ”sykepleier”. All interaksjon som skjer mellom sykepleier og pasient kan bidra til å oppnå dette forholdet (Travelbee, 1999).

I det innledende møte mellom sykepleier og pasient vil begge parter danne seg et førsteinntrykk basert på observasjon av hverandre, noe som også kan sette i gang tanker og følelser som vil påvirke interaksjonen dem imellom. Dette førsteinntrykket kan endres etter hvert som partene blir bedre kjent, men kan også forbli stående. Travelbee beskriver at det er vanlig at både sykepleier og pasient kan ha stereotype oppfatninger om den andre i det innledende møte fordi de ikke kjenner hverandre. Som sykepleier må man bryte ned denne kategoriseringen for å kunne komme videre i relasjonen og for å kunne se det enkelte mennesket. Ved økende selvinnsikt vil man etter hvert bli i stand til dette (Travelbee, 1999).

Travelbee (1999) beskriver at vi som mennesker kan tildele andre mennesker verdi ut fra visse kriterier og retningslinjer. Vi formes gjerne av den kulturen vi lever i, og kan dermed bli veldig påvirket av verdiskalaen som eksisterer i den kulturen. Hun sier samtidig at sykepleier må være bevisst hvilke dommer hun feller, fordi hennes verdivurdering alltid vil kommuniseres til pasienten, som vil reagere deretter. Noen ganger vil det ikke være mulig å endre denne dommen, og da må sykepleier reflektere over hva det er ved pasienten som truer henne på en måte som gjør at hun må dømme ham. Selv om sykepleier bedømmer pasienten kan hun akseptere ham, det betyr at hun gir ham lov til å være annerledes enn henne selv og andre (Travelbee, 1999). I kapittel 4.3 vil også Travelbees tanker om kommunikasjon presenteres.

4 Teori

Den teoretisk delen av oppgaven vil ta for seg holdninger, verdier og stigma, sykepleierens rammefaktorer og kommunikasjon. I det siste kapittelet 4.4 gis det i tillegg en presentasjon av pasienter med rusmiddelavhengighet, hvordan de opplever møtet med sykepleier og hvordan sykepleier opplever møtet med dem.

4.1 Holdninger, verdier og stigma

Hvilket menneskesyn vi har, altså hvilken forståelse vi har om oss selv og andre som mennesker, vil ofte være grunnlaget for holdningene våre i møte med andre (Odland, 2012).

Håkonsen (2014, s. 185) definerer holdninger som ”en spesiell tilbøyelighet til å reagere på en bestemt måte ovenfor andre mennesker, ting eller hendelser”, enten på en positiv eller på en negativ måte. De fungerer som et filter for nye erfaringer og informasjon, og er enten vurderende eller dømmende (Leenderts, 2014; Håkonsen, 2014). De baseres ofte på kunnskap, personlig erfaring eller kan være overtatt fra personer vi liker å assosiere oss med (Leenders, 2014). Ønsker man å endre en holdning, er det sentralt å finne ut hva årsaken til en bestemt holdning er, hvordan den ble til og med hvilket motiv. Holdninger som er basert på kunnskap kan forandre seg når man får ny informasjon angående det holdningen dreier seg om (Bunkholt, 2002).

Holdninger kan deles inn i tre deler; den kognitive-, den følelsesmessige- og den atferdsmessige delen. Den tankemessige delen tar utgangspunkt i det vi ser, hører og oppfatter. Den følelsesmessige delen innebærer at enten positive eller negative følelser utløses i en situasjon, som glede, respekt, avsky eller redsel (Håkonsen, 2014). Fordommer er et eksempel på holdninger som er et uttrykk for negative følelser, der personen har en negativ forutinntatt holdning til andre mennesker eller menneskegrupper. Fordommen er ofte basert på utilstrekkelig og gal informasjon, og utvikles ofte som et forsvar fordi personen føler seg truet (Håkonsen, 2014; Bunkholdt, 2002). Den atferdsmessige delen innebærer hvordan vi reagerer og handler. Men hva vi gjør er ikke alltid i samsvar med det vi tenker og føler. For eksempel kan ulike faktorer i en situasjon påvirke oss til å handle på tross av våre holdninger, som blant annet dårlig tid eller press fra andre (Håkonsen, 2014).

Mange av våre holdninger er grunnlagt på verdier (Håkonsen, 2014). Leenderts (2014) påstår at det ikke finnes en verdinøytral omsorgsarbeider, og at det er umulig å ikke være farget av egne verdier i møte med pasienten. Men trekker frem at man kan bli mer bevisst egne holdninger og arbeide med hvordan de preger oss og hvordan de kommer til uttrykk. For å kunne se andre mennesker og deres behov er det av betydning at man ser seg selv og hvordan en virker inn på andre (Leenderts, 2014).

Aadland (gjengitt i Leenderts, 2014) trekker frem at vi som mennesker kan ha både skjulte og åpne verdier. Man vil for eksempel utad kunne være enig om at alle mennesker er like mye verdt, noe som er en åpen holdning. Men likevel kan for eksempel sykepleier ha en tanke enten bevisst eller ubevisst om at pasienter med rusmiddelavhengighet ikke er det, noe som vil kunne påvirke hvordan hun opptrer ovenfor pasienten (Aadland 1998, gjengitt i Leenderts, 2014).

I helsevesenet snakker en ikke lenger om verdige og uverdige hjelpetrequende, likevel ser en fortsatt slike holdninger (Leenderts, 2014). Skærbeæk (2013, gjengitt i Leenderts, 2014) mener at det at vi mennesker ikke er likeverdige ligger dypt i oss, og at vi har holdninger som rangerer mennesker for eksempel etter hvor kunnskapsrike eller selvstendige vi er.

Mennesker har en tendens til å plassere hverandre i kategorier. De sosiale spillereglene gjør det mulig for oss å forutsi hvilken kategori et menneske tilhører og hvilke egenskaper han har, basert på utseende til personen. Dette gir oss en forventning om hvordan dette mennesket er, og kan omformes til en sannhet for oss. Å bli dømt på denne måten innebærer et stigma, særlig når det bringer mistillit til personen. Stigmaet gir personen en sosial status som skygger for personens øvrige egenskaper (Goffman, 1975).

4.2 Sykepleierens rammefaktorer

Lovverket setter blant annet rammer for hva sykepleier har plikt til og hva pasienten har krav på. Ut fra Helsepersonelloven (1999) plikter sykepleier å gi faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp. Med omsorgsfull helsehjelp menes at helsehjelpen skal gis ”på en måte som yter pasienten omtanke og respekt og ikke krenker vedkommendes personlige integritet”

(Helsedirektoratet, 2012, s.17). Det å ikke opptre omsorgsfullt ovenfor pasienten kan også bli sett på som uforsvarlig (Helsedirektoratet, 2012). Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) har blant annet som formål å ivareta respekten for pasientens liv, integritet og menneskeverd, og gir pasienten rett til nødvendig helsehjelp, medvirkning og informasjon.

De yrkesetiske retningslinjene er gullstandarden for hvordan sykepleie skal utføres og gir sykepleieren føringer på hva som er god sykepleie. I følge den skal grunnlaget for all sykepleie være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet, og skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, i tillegg til å være kunnskapsbasert. Sykepleier har også et faglig, etisk og personlig ansvar for sine handlinger og vurderinger, og skal ivareta den enkeltes verdighet og integritet (NSF, 2016, 23.05).

Politikk og økonomi vil også påvirke sykepleiers yrkesutøvelse. Etter samhandlingsreformen kom i 2012 har spesialisthelsetjenesten blitt enda mer spesialisert med økt fokus på behandling. På grunn av endret ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten har også liggetiden på sykehus blitt sterkt redusert (Kristoffersen, 2011).

4.3 Kommunikasjon

Travelbee (1999) beskriver at i et hvert møte mellom sykepleier og pasient foregår det kommunikasjon, både verbalt og nonverbalt. Dette er noe som kan skje både bevisst og ubevisst. For sykepleier er det viktig å forstå hvordan hennes egen fremtoning påvirker pasienten, ettersom det sykepleier tenker og føler om pasienten, alltid vil kommuniseres til vedkommende, og han vil reagere deretter. Hun må også kunne forstå hva pasienten kommuniserer, fordi det er kun når sykepleier blir kjent med pasienten som et unikt menneske at hun virkelig kan ivareta hans individuelle behov. Hun må få en forståelse for pasienten individuelle opplevelse av situasjon, ettersom hvert menneske er ulikt andre mennesker, og vil dermed oppleve situasjonen på sin unike måte (Travelbee, 1999).

Travelbee (1999) beskriver videre at hva sykepleier kommuniserer i ulike situasjoner kan ha stor innvirkning på forholdet mellom sykepleier og pasient. Viser man for eksempel interesse, empati og omsorg kan det bidra til et nærmere forhold med pasienten, viser man på den andre

siden likegyldighet, mistillit eller unnvikelse kan det bidra til å skyve pasienten bort. Hun beskriver også noen årsaker til hvordan kommunikasjonen noen ganger kan bryte sammen. Dersom sykepleier har en forutinntatt og generalisert holdning til pasienten, vil hun ikke kunne kommunisere med pasienten og heller ikke kunne danne en relasjon til pasienten. Andre årsaker er at sykepleier lar være å lytte til pasienten eller at hun bebreider pasienten for å være skyld i egen sykdom (Travelbee, 1999).

Travelbee (1999) mener at sykepleier må opparbeide seg kunnskap om kommunikasjonsferdigheter. Det vil her beskrives kort om noen av mest relevante ferdighetene for oppgaven.

Store deler av vår kommunikasjon er nonverbal. Gjennom nonverbal kommunikasjon kan sykepleier bidra til å skape trygghet og tillit, noe den andre trenger for å kunne åpne seg. Eksempler på gode nonverbale kommunikasjonsferdigheter er øyekontakt, mottagende og åpen kroppsholdning, å være henvendt mot den andre, følge den andres utsagn med nikk eller bekræftende ”mm”, en avslappet og naturlig stemme og bevegelser, og det å unngå urolighet, spenhet og rastløshet. Nonverbale uttrykk kan imidlertid være flertydige noe som gjør at de kan feiltolkes, men fremdeles oppleves som en sannhet for den andre. Da er det viktig at sykepleier er observant på hva hun formidler og tydeliggjør budskapet verbalt om det blir nødvendig. Dette vil kunne styrke tilliten og relasjonen (Eide & Eide, 2007).

Bekreftende ferdigheter benyttes for å melde tilbake til pasienten at man ser, hører og forstår, og virker styrkende på tillit og relasjon. Eksempler på bekræftende ferdigheter er blant annet å følge verbalt med anerkjennende utsagn, gi oppmuntringer, gjengi det pasienten har sagt med egne ord og speile følelser. I møte med sinne kan det å speile følelsene til pasienten, altså gjengi hans følelser, få ham til å forstå at sykepleier ser ham. Det viser også at følelser er normalt og noe hun forstår. Dette kan bidra til at pasienten roer seg noe. Vanlige og uheldige måter å reagere på overfor sinne er å gå i forsvar, gå til motangrep og stikke av (Eide & Eide, 2007).

Aktiv lytting innebærer alle de nevnte kommunikasjonsferdighetene ovenfor, i tillegg til å stille spørsmål for å utdype det pasienten snakker om. Her kan sykepleier bruke åpne spørsmål for å invitere til utforskning, beskrivelser eller forklaringer, eller lukkede spørsmål for å få mer spesifikk informasjon (Eide & Eide, 2007).

4.4 Pasienten med rusmiddelavhengighet

Det vil her gis en presentasjon av hva rusmiddelavhengighet er, hvilken virkning rusmiddelet kan ha på kroppen, forståelse av rusmiddelavhengighet, pasientens erfaringer i møte med sykepleier og sykepleiers møte med pasienten med rusmiddelavhengighet.

4.4.1 Rusmiddelavhengighet

I Verdens helseorganisasjons diagnosesystem ICD-10 defineres rusmiddelavhengighet som et syndrom der minst tre av følgende kriterier må være tilstede: Sterk lyst eller følelse av tvang til å innta rusmidlet, kontrollvansker over inntaket, utvikling av abstinensreaksjoner når personen ikke bruker rusmidlet, toleranseutvikling med behov for høyere doser, rusmidlet får i økende grad hovedrollen i personen liv og andre livsforhold får redusert betydning, og personen forsetter å ruse seg til tross for synlige skadevirkninger (Helsedirektoratet, 2015).

4.4.2 Rusmiddelets virkning på kroppen

De nevrobiologiske endringer som skjer ved gjentagende rusmiddelinntak er blant annet at rusmidlet blir mer attraktivt enn tidligere, og kan etter hvert få et tvangspreg (Mørland & Waal, 2016). For den rusmiddelavhengiges hjerne blir det å få i seg rusmidlet like viktig som mat for å overleve (Stallvik, 2011). Samtidig svekkes kontrollfunksjonen i hjernen som blant annet fører til nedsatt impuls kontroll, redusert evne til å ta hensiktsmessige valg, nedsatt evne til å se uheldige konsekvenser og svekket atferdsregulering. Langvarig bruk senker også belønningen knyttet til rusmiddelet, i tillegg senkes det basale stemningsleie. Dermed må en høyere rusmiddeldose til for å oppleve glede og belønning. Når personen med rusmiddelavhengighet ikke får tilført rusmiddelet kan han oppleve økt angstnivå og andre negative følelser som fortvilelse, sinne og frustrasjon. Dette kan forverres av stress, og personen blir ofte kortsiktig i sine valg (Mørland & Waal, 2016).

Opioider har en dempende effekt på sentralnervesystemet og kan gi en følelse av eufori. Personen vil få redusert bevissthet, forvirring, døsigheit, kvalme, forstoppelse og urinretensjon (Skjørskift, 2012). De er svært avhengighetsskapende, og man kan se toleranse- og abstinenssymptomer allerede etter 1-2 uker med kontinuerlig bruk (Slørdal, 2013).

Abstinens oppstår når virkningen av rusmidlet avtar, noe som kun er 4-6 timer for heroin. Det er ofte en sterk påkjenning for pasienten. Symptomer på dette kan være irritabilitet, uro, tristhet, energimangel, forhøyet blodtrykk og puls, svettetokter, smerter, kvalme og psykose. Å starte tidlig med abstinensforebygging er viktig for å unngå at pasienten får unødvendige plager, og for å hindre uro i avdelingen. Det kan i tillegg gjøre at pasienten føler seg sett og tatt på alvor. Mistanker fra sykepleier om at pasienten lurer til seg opioider vil kunne skape dårlig samarbeid. De fleste avdelinger har tydelige rutiner angående abstinensbehandling, noe som gir trygghet og forutsigbarhet både for sykepleier og pasient. Det er viktig å klargjøre hvem som har ansvar for hva og når abstinensvurderinger skal foretas (Skoglund & Biong, 2012).

4.4.3 Forståelse av rusmiddelavhengighet

Rusavhengighet er en kompleks tilstand som påvirkes av nevrologiske, arvelige og personlige faktorer, i tillegg til forhold i de sosiale omgivelsene eller oppvekstmiljøet (Kraft, 2016). Barn med ulike psykiske plager, alvorlige traumer som blant annet fysisk, psykisk og seksuelt misbruk, omsorgssvikt, tilknytningsproblemer og relasjonsskader antas å være ekstra sårbare for utvikling av rusavhengighet (Lossius, 2012; Skoglund & Biong, 2012).

Rusmidler kan ha ulike funksjoner for personen. Det kan blant annet være en form for selvmedisinering for å døyve over skam og skyld, fylle et indre tomrom og døyve fysiske eller psykiske smerter. Det kan også brukes for å regulere følelser som sinne, glede eller angst, og kan også fungere som en "time-out" og regulere behov for nærhet og distanse (Lossius, 2012; Mørland & Waal, 2016).

Pasienter som har en rusavhengighet har ofte en psykisk lidelse i tillegg, noe som gjør arbeidet med denne gruppen enda mer komplekst. Den psykiske lidelsen kan være årsak til rusproblemet, men kan også være en konsekvens av langvarige rusmiddelbruk (Stallvik, 2011). Vanlige psykiske lidelser er personlighetsforstyrrelse, stemningslidelser, ADHD og schizofreni (Mørland & Waal, 2016).

Livet til personer med rusmiddelavhengighet kan være preget av forhandlinger om det meste, og at alle ressurser brukes til å skaffe rusmidlet. Dette kan oppfattes som manipulasjon når de

kommer inn på sykehuset (Skoglund & Biong, 2012). På gaten ses det å ha tillit til andre på som en dårlig overlevelsestaktikk, det å bygge opp tilliten til pasienter med rusmiddelavhengighet vil på grunnlag dette kunne ta lang tid. Pasientene kan også på grunn av sin bakgrunn være ekstra sensitive for negative bedømmelser i møte med helsevesenet. Sykepleierne beskrev dermed at de ble ekstra sensitive ovenfor egen negativ fremtoning som en respons på det (Pauly, 2014). Livet til pasienten med rusmiddelavhengighet kan være hardt, og mye ved livet deres kan være vanskelig å snakke om, og kan dermed være tilslørt som noe annet (Skoglund & Biong, 2012).

4.4.4 Pasienters erfaringer i møte med sykepleier

I studien til Monks et al. (2012) kom det frem at pasientene med rusavhengighet raskt oppdaget hvilke holdninger og kunnskaper sykepleieren møtte dem med. Dersom møte var preget av negative tilnærminger som for eksempel mistillit, unnvikelse og avstand, reagerte de ofte med å gjøre mer motstand, innta en økt negativ oppførsel eller skrive seg ut før de hadde gjennomført behandlingen. De beskrev også en frykt for å ikke få den behandlingen de trengte i forhold til abstinenser, og kunne unngå å oppsøke hjelp på grunnlag av en forventning om dette (Monks et al., 2012).

I studien til Pauly et al. (2015) uttrykte pasientene en bekymring over å bli stemplet som rusavhengig og at dette ville redusere kvaliteten på helsehjelpen. Flere pasienter fortalte om slike hendelser etter flere sykehusinnleggelses. Denne bekymringen førte til at de holdt oppe et forsvar i møte med helsepersonell, men også at de utsatte å oppsøke helsehjelp. Pasientene uttrykte at de var bekymret for å bli stemplet som narkotikasøkende når de spurte om ekstra smertestillende. Flere uttrykte også at de hadde mye viktig kunnskap om sine egne kropp og egen helse, men at sykepleierne ikke alltid ville høre etter (Pauly et al., 2015).

Pasientene i studien til Monks et al. (2012) uttrykte at dersom sykepleierne hadde en empatisk tilnærming til dem, responderte de positivt tilbake. Når sykepleieren uttrykte interesse for pasientenes problemer, lyttet til dem og behandlet dem som vanlige mennesker ble interaksjonen mellom dem mer positivt ladet (Monks et al., 2012). Pauly (2014) trekker frem at pasientene ønsket å bli møtt som vanlige mennesker, og at sykepleierne klarte å se forbi rusavhengigheten deres.

I rusbehandling har man sett at relasjonen mellom pasient og helsepersonell er viktig, og at det ofte er mye viktigere enn hvilke type behandling pasienten gjennomgår (Sælør & Bjerknes, 2012).

4.4.5 Sykepleiers møte med pasienter med rusmiddelavhengighet

Sykepleierne i studien til Monks et al. (2012) uttrykte at de hadde liten kunnskap om rusavhengiges spesielle behov, noe som gjorde dem uforberedt i møte med dem. Dette er noe flere studier trekker frem (Boekel et al., 2013). De uttrykte også negative holdninger mot pasientgruppen, og at møtene med dem bar preg av engstelighet for uforutsigbar oppførsel, mistillit og et syn på pasientene som iboende uærlige og ikke til å stole på. Dette synet delte sykepleierne i studien til Neville & Roan (2014). Alle disse faktorene var med på å redusere helsehjelpen pasientene fikk. Blant annet prøvde de å minimalisere interaksjonen med pasientene og distansere seg i forhold til dem, noe som igjen førte til at sykepleierne ikke fanget opp pasientens behov. Flere uttrykte at de strevde med å se menneske bak rusavhengigheten, og var klar over at dette ikke var i overensstemmelse med de etiske retningslinjene. De kjente på en konflikt i forhold til at holdningene de hadde, ikke samsvarte med de etiske retningslinjene. De uttrykte også at de godt kunne forbedre sine kunnskaper om gruppen, men ikke på eget initiativ (Monks et al., 2012).

I studien til Pauly et al. (2015) uttrykte flere sykepleiere at de mente det var dårlige handlingsvalg som hadde ført pasientene til rusavhengighet og ikke vanskelige omstendigheter. Og at pasientene derfor måtte ta ansvar for sin egen avhengighet, noe som gjorde at de raskere ga opp behandling av pasientene. Flere uttrykte urettferdighet i forhold til at de rusavhengige stadig opptok plasser for dem som faktisk fulgte opp behandlingen (Pauly et al., 2015). Også i studien til Boekel et al. (2013) var det funn som viste at flere mente at de rusavhengige hadde påført seg denne lidelsen selv, noe som gjorde dem mindre tolerant ovenfor dem. Studien viste generelt negative holdninger blant helsepersonell mot rusavhengige. Andre årsaker til disse holdningene mente sykepleierne var blant annet at arbeidet med gruppen var emosjonelt utfordrende og kunne potensielt være farlig (Boekel et al., 2013). I studien til Ford (2011) mente sykepleierne for eksempel at pasientene var voldelige, manipulerende og uansvarlige.

I studien til Monks et al. (2012) intervjuet de tre sykepleiere som ble sett på som eksperter i arbeid med rusavhengige pasienter og som også hadde erfaring med at familie eller venner hadde et rusproblem. Disse sykepleierne så på pasientene som mennesker og ikke som rusavhengige, og var mer villige til å samhandle med dem og gi ikke-dømmende støtte (Monks et al., 2012). Boekel et al. (2013) fant at helsepersonell som hadde hatt mer kontakt med rusavhengige, hadde personlige erfaringer med gruppen eller hadde en del arbeidserfaring med dem, rapporterte mer positive holdninger. Også helsepersonell med psykiatrisk videreutdanning hadde en mindre diskriminerende holdning mot dem (Boekel et al., 2013). I studien til Pauly et al. (2015) var det også flere sykepleiere som mente at rusavhengighet var et resultat av livssituasjoner som pasienten selv hadde lite kontroll over og man ikke nødvendigvis skulle dømme dem for å ta dårlige valg. Noen sykepleiere mente også at økt kunnskap om rusavhengighet økte forståelsen for pasientene og gjorde dem mindre dømmende (Pauly et al., 2015).

4.4.5.1 "Vanskelige pasienter"

Pasienter som ikke oppfører seg slik det er forventet av dem av sykepleierne, kan risikere å bli stemplet som vanskelige pasienter, her er pasienter med rusmiddelavhengighet i faresonen. De passer ikke inn i de institusjonelle rammene ved for eksempel å ikke være lydige, og ved å avbryte sykepleierens vante rutiner. De kan også få sykepleieren til å tvile på egne handlinger (Michaelsen, 2010).

Relasjonen mellom sykepleier og pasient er emosjonelt ladet og de kan påvirke hverandre gjensidig (Lossius, 2012). Dersom pasientens følelser er negativt ladet kan det gå ut over relasjonen. Mennesker har en spontan tendens til å stenge av negative følelser som sinne og engstelse, og sykepleier kan ubevisst eller bevisst trekke seg tilbake (Eide & Eide, 2007). Negative reaksjoner oppstår ofte i interaksjonen med mennesker som har dårlig impulskontroll eller relasjonelle skader slik som personer med rusmiddelavhengighet gjerne har. For å kunne forholde seg konstruktiv i møte med pasientens negative følelser kan sykepleier trene opp affektbevisstheten og affektoleransen sin. Affektbevissthet er evnen til å være bevisst og akseptere egne følelser. Affekttoleranse er evnen til å tåle følelser, også de man ikke liker (Eide & Eide, 2007).

4.4.5.2 Aktiv empati

I studien til Berhin et al. (2014) beskriver de ulike strategier sykepleiere bruker for å fremme empati i møte med pasienter som de opplever som vanskelig å møte. Her mener de for eksempel pasienter som er uforskammede, aggressive, krevende eller provoserende, slik også rusavhengige har blitt beskrevet. Dette er noe som ofte fører til at sykepleiere unngår pasienten og kun gir den mest nødvendige pleien. En av strategiene var å skaffe seg kunnskap om pasientens livssituasjon og bakgrunn gjennom journaler og ved å bli kjent med ham. Gjennom refleksjon rundt dette fikk sykepleier satt pasienten i en sammenheng og ble påminnet at mennesker har forskjellige kulturelle og sosiale egenskaper. En annen strategi var å sette seg inn i pasientens opplevelse av situasjonen. Sykepleierne prøvde også å forestille seg at det var noen nærstående som var i pasientens situasjon, valgte å se bort fra negativ informasjon om pasienten for eksempel i forbindelse med rapport og lot seg ikke påvirke av visse uttalelser fra pasientene. De prøvde også å reflektere over egen fremtoning i relasjonen, påminnet seg selv sin rolle som sykepleier og brukte livserfaring til å fremme en forståelse av mennesker. Det som imidlertid kunne påvirke deres kapasitet til å fremme empati var tidspress, stress og ledelsens syn (Berhin et al., 2014).

5 Hvordan kan sykepleier møte pasienten med rusmiddelavhengighet på en omsorgsfull måte?

Oppsettet for drøftingskapitlet vil ta utgangspunkt i Kari Martinsens tre omsorgsdimensjoner. Det vil bli drøftet hvordan relasjonelle, praktiske og moralske faktorer vil kunne spille inn for at møte mellom sykepleier og den rusmiddelavhengige pasienten skal kunne oppleves som omsorgsfullt. Dette vil imidlertid være et falsk skille ettersom de ulike dimensjonene går veldig inn i hverandre.

5.1 Sykepleier-pasient relasjonen

Som nevnt tidligere i kapittel 3.1.1 har omsorg en relasjonell dimensjon. Det vil si at relasjonelle faktorer mellom sykepleier og pasienten med rusmiddelavhengighet vil kunne påvirke om møte mellom dem vil oppleves som omsorgsfullt.

5.1.1 Tillit

En sentral faktor her er tillit. Martinsen (2005) trekker frem tillit som grunnleggende i møte mellom sykepleier og pasient, og for den videre kommunikasjonen og utviklingen av en god relasjon. Å oppnå tillit fra pasienten med rusmiddelavhengighet kan imidlertid være utfordrende ettersom han gjerne har opplevd mange tillitsbrudd, har relasjonelle problemer og kan være preget av et liv på gaten der tillit kan få ham i problemer (Lossius, 2012; Pauly, 2014). I tillegg viser forskning at flere har erfaringer fra helsevesenet der de har blitt møtt med dømmende holdninger og mistillit (Monks et al., 2012; Pauly et al., 2015). Alle de nevnte faktorene kan bidra til at pasienten vil ha vanskeligheter med å stole på sykepleier som møter ham i avdelingen. Samtidig har man sett i rusbehandling at en tillitsfull relasjon er det som er det viktigste for et godt behandlingsresultat, og det er nærliggende å anta at dette også vil ha betydning for møte mellom sykepleier og pasient i en somatisk avdeling (Sælør & Bjerknes, 2012). Altså vil det være viktig at sykepleier prøver å oppnå pasientens tillit i møte med ham.

En annen faktor som imidlertid kan gjøre det utfordrende er tid. I min erfaring vil det kunne ta lang tid å bygge opp tilliten hos en pasient med rusmiddelavhengighet, noe som Pauly (2014)

bekrefter. Dette kan være tid en sykepleier på somatisk sengepost ikke alltid har, på grunn av at pasienter ofte er inneliggende i en kort periode og at hun har flere pasienter hun skal ta hånd om (Kristoffersen, 2011). På bakgrunn av dette kan en spørre seg om det er realistisk å oppnå tillit i løpet av pasientens opphold.

Selv om tillit kan ta tid å bygge opp, tar det nødvendigvis ikke så lang tid å skape en positiv kontakt, og starte en tillitsoppbygging. Martinsen (2005) trekker frem at for å bygge opp under tilliten til pasienten bør sykepleier vise oppriktig interesse. Her vil sykepleierens nonverbale og verbale kommunikasjon være viktig. Dersom sykepleier er vendt mot pasienten, har øyekontakt med ham og kanskje nikker bekræftende til det han sier, viser hun at hun er interessert og følger med på det han forteller. Om hun setter seg ned, viser hun også at ”jeg har tid til deg”, og pasienten får mulighet til å komme med det han har på hjertet. Dersom sykepleier i motsetning formidler gjennom kroppen at hun ikke har tid, ved for eksempel å stå oppreist i nærheten av døren med et omstreifende blikk og urolig stemme, kan pasienten føle seg oversett eller til bry (Eide & Eide, 2012).

I tillegg kan hvilke holdninger sykepleier har ovenfor pasienten kunne påvirke den verbale og nonverbale kommunikasjonen hennes. I følge Travelbee (1999) vil det sykepleier mener om pasienten alltid kommuniseres til ham, selv om hun kanskje ikke er bevisst på dette, og pasienten vil kunne reagere deretter. Eksempelvis forstod pasientene i studien til Monks et al. (2012) raskt hvilke holdninger de hadde til dem. Når de ble møtt med dømmende og mistroende holdninger reagerte de med økende negativ adferd. Men om de derimot ble møtt med interesse og forståelse, responderte de positivt tilbake (Monks et al., 2012). Dette viser betydningen av sykepleiers fremtreden i møte med pasienten med rusmiddelavhengighet. Sykepleierens holdninger vil drøftes videre i kap. 5.3.

For sykepleier kan det være viktig å være klar over at pasienten med rusmiddelavhengighet på grunn av sine livserfaringer, kan møte henne med en ekstra årvåkenhet og sensitivitet for negative tilnærminger slik som Pauly (2014) nevner. Når sykepleier er oppmerksom på dette, kan hun også rette ekstra oppmerksomhet på om hennes nonverbale eller verbale kommunikasjon er negativt ladet (Pauly, 2014). I tillegg kan det være av betydning at sykepleier er ekstra var for hvordan det hun kommuniserer oppfattes av pasienten. På grunn av den nevnte årvåkenheten vil pasienten med rusavhengighet kanskje analysere det sykepleier formidler i en mer negativ retning og stå i fare for å feiltolke budskapet. For

eksempel kan pasienten oppfatte et hevet øyebryn som kritikk mot seg selv. Dersom sykepleier merker dette, kan hun tydeliggjøre budskapet sitt verbalt ved å si eksempelvis ”nå hevet jeg øyebrynet mitt, men det var bare fordi det du forteller er så interessant”. Dersom en slik misforståelse ikke oppklares vil det kunne svekke tillitsoppbyggingen (Eide & Eide, 2007).

For å uttrykke oppriktig interesse kan sykepleier også benytte seg av andre bekræftende ferdigheter som formidler at hun ser pasienten, at hun lytter og at hun forstår. Sykepleier kan da si ord som ”jeg skjønner”, oppmuntre til å snakke mer om et tema eller gjengi det pasienten har fortalt (Eide & Eide, 2007). I studien til Monks et al (2012) kom det frem at pasienter som ble møtt med interesse for problemene sine, som ble hørt og som ble behandlet som et ”vanlig” menneske, altså en person uten rusavhengighet, opplevde møtene med sykepleier som mer positive. Dette viser igjen betydningen av å imøtekomme pasienten med omsorg når han våger seg ut i tilliten som Martinsen (2005) snakker om.

Å bli møtt som et ”vanlig ” menneske er noe Pauly (2014) trekker frem som et ønske fra pasientene med rusmiddelavhengighet. De ønsket å bli sett, på tross av rusmiddelavhengigheten (Pauly, 2014). Dette er imidlertid noe sykepleierne i studien til Monks et al. (2012) sier de strever med. Pasienter med rusmiddelavhengighet er ofte offer for stigmatisering noe som gjør at man ser menneske ut fra den negative kategorien man plasserer dem i, noe som igjen kan skygge over for pasientens egentlige egenskaper. Travelbee (1999) trekker frem at man ikke vil kunne danne en relasjon med en pasient man har en forutinntatt og generalisert holdning til. Altså dersom man ikke klarer å se pasienten som noe annet enn ”pasienten med rusmiddelavhengighet”, vil man heller ikke kunne danne en sykepleier-pasient relasjon. Skoglung & Biong (2012, s. 190) snakker her om å kunne ”se forbi den ofte støyende fasaden og finne frem til mennesket”.

Mye av det pasienten med rusmiddelavhengighet uttrykker kan være vanskelig å snakke om, og dermed kanskje også vanskelig å forstå fordi han kan fortelle om noe i symbolske vendinger (Skoglund & Biong, 2012). For å prøve å forstå hva han egentlig sier kan sykepleier prøve å lytte aktivt, og være våken for hva som ligger bak og stille åpne og lukkede spørsmål i henhold til det pasienten forteller (Eide & Eide, 2007). Travelbee (1999) understreker betydningen av å forstå det pasienten kommuniserer.

Alle pasienter vil oppleve sin situasjon på sin unike måte, og for sykepleier blir det viktig å finne ut hvordan pasienten hun har foran seg har det, for å kunne hjelpe ham med det han har behov for. Dette er noe som gjelder for pasienten med rusmiddelavhengighet også.

5.1.2 Følelser og adferd

En annen faktor som vil kunne påvirke omsorgen i møtet mellom pasienten og sykepleieren, er deres følelser, og adferden knyttet til dem (Lossius, 2012). I studiene til Monks et al. (2012) og Ford (2011) beskriver sykepleierne engstelse for uforutsigbar oppførsel, og fremstiller pasientene som blant annet voldelige, truende, aggressive, urasjonelle og fornærmende. Å møte disse følelsene kan være utfordrende for sykepleieren, og kan forårsake negative følelsesmessige reaksjoner også hos henne (Lossius, 2012). Eide & Eide (2007) trekker frem at en slik overføring av følelser lett vil kunne ha negativ innvirkning på relasjonen mellom pasient og sykepleier, ved at hun enten bevisst eller ubevisst trekker seg tilbake og unngår pasienten. Eksempelvis unngikk sykepleierne i studien til Monks et al. (2012) pasienten bevisst for å slippe å ta stilling til følelsene. Denne unnvikelsen førte til at sykepleierne ikke var like sensitive ovenfor pasientens behov, særlig i forhold til deres spesielle behov knyttet til rusmiddelavhengigheten (Monks et al., 2012). Dette står i motsetning til det Martinsen (1989) sier om at sykepleier skal engasjere seg og handle til det beste for pasienten nettopp fordi hun har en plikt til å gi pasienten nødvendig omsorg.

Det er viktig at sykepleier reflekterer rundt de følelsene den rusmiddelavhengige pasienten får frem i henne og ikke undertrykker dem. Dersom sykepleier har en ubehagelig opplevelse med en pasient uten å bearbeide hva som skjedde, kan dette føre til at hun unngår å gå inn i slike relasjoner igjen, og kanskje også skaper en negativ forventning til senere møter (Klingsheim, 2009). Hva var det som fikk henne til å føle frykt? Hvorfor ble hun usikker nå? Er det på grunn av lignende erfaringer fra før? Er det fordi hun ikke viste hva hun skulle gjøre? Dette er spørsmål hun må ta stilling til.

For at sykepleier skal kunne forstå pasientens følelser og holde seg konstruktiv i møte med ham, må sykepleier selv være klar over sine egne følelser og akseptere dem. Dersom sykepleier ikke klarer å håndtere sitt eget sinne, vil hun heller ikke kunne akseptere pasientens sinne. Hun må også kunne tåle å stå i de vanskelige følelsene uten å trekke seg bort eller bli

handlingslammet. Eksempelvis dersom pasienten viser sinne mot henne, og hun blir redd, er det viktig at hun klarer å stå i den redselen uten å flykte, gå i forsvar eller til motangrep. Som nevnt tidligere kan dette imidlertid være utfordrende (Eide & Eide, 2007). Både studien til Monks et al. (2012) og Ford (2011) trekker frem et ønske om undervisning for å takle vold og aggresjon. Ford (2011) nevner videre et behov for et arbeidsmiljø der sykepleiere kan lære fra andre sykepleiere med erfaring på området, at de har mulighet for grensesetting og tilgang til sikkerhetsvakter dersom det skulle være et behov.

En måte å møte sinne til pasienten med rusmiddelavhengighet kan være å speile følelsene hans. Da kan sykepleier for eksempel si ”jeg ser at du er sint”. På den måten viser sykepleier at hun ser hvordan den andre har det. I tillegg formidler hun at det å ha følelser er normalt og det er noe hun forstår og ikke flykter fra. En slik bekreftelse kan bidra til at pasienten roer seg noe. Sykepleier må altså prøve å bli i situasjonen uten å ta igjen, uten å vise frykt og uten å bli smittet av den andres sinne (Eide & Eide, 2007). Dette krever igjen at sykepleier klarer å stå i egne følelser.

Når pasienten viser sinne eller frustrasjon slik som beskrevet tidligere, kan det være mange årsaker til det. Pasienten med rusmiddelavhengighet kan eksempelvis ha problemer med å kontrollere egne impulser og følelser, han kan ha smerter på grunn av den somatiske lidelsen, kanskje har han en angstlidelse, i tillegg til at han kan være redd for å ikke få behandling for abstinensene sine (Mørland & Waal, 2016; Stallvik, 2011). Martinsen (1989) sier at sykepleier må ha en situasjonsforståelse for å kunne vite hva den andre trenger, og at det blant annet krever en innsikt i pasientens livssituasjon. Det vil si at for at sykepleier skal kunne forstå hva som skjer i en situasjon hvor den rusmiddelavhengige pasienten viser negative følelser, må hun ha forståelse for historikken bak og hva som kan ha utløst sinnet.

5.2 Den praktisk omsorgen

Omsorgen har også som tidligere nevnt i kapittel 3.1.2 en praktisk dimensjon. Det vil si at hva sykepleier gjør av praktiske handlinger for å hjelpe pasienten, vil kunne påvirke hennes møte med pasienten med rusmiddelavhengighet. Dette kapittelet vil spille tilbake på kap. 5.1.2 om hvordan man kan bygge opp tillit, men her ut fra et praktisk perspektiv.

5.2.1 Tillit gjennom handling

Martinsen (2005) mener at sykepleier kan vise gjennom handlingene hun utfører at hun er til å stole på. Da må imidlertid handlingene være noe som hjelper pasienten og dekker hans behov på en omsorgsfull måte. For å vite hva disse handlingene kan være er det i følge Martinsen (1989) sentralt at sykepleier har forståelse for situasjonen til pasienten, at hun har fagkunnskaper, praktiske ferdigheter og erfaringskunnskap. I sykepleierens møte med pasienten med rusmiddelavhengighet vil sykepleier dermed i tillegg til å ha kunnskap og ferdigheter i forhold til pasientens somatiske tilstand, også blant annet ha behov for kunnskaper knyttet til rusmiddelavhengighet og behov dette kan føre med seg. Eksempelvis vil pasienten med rusmiddelavhengighet ha behov for behandling av abstinensene sine når han ankommer sengeposten. Uten behandling av dem vil pasienten kunne oppleve unødvendige psykiske og fysiske belastninger, og kan bli krevende å ha i avdelingen (Skoglund & Biong, 2012). Eksempelvis kunne pasientene i studien til Monks et al. (2012) reagere med ukontrollert sinne dersom abstinensene ikke ble tatt hånd om på en god måte. Samtidig viste studien også at pasientene kunne utsette å oppsøke hjelp fordi de fryktet dårlig abstinensbehandling (Monks et al., 2012). På bakgrunn av dette kan man anta at adekvat abstinensbehandling vil være en forutsetning for at pasienten vil føle seg sett, forstått og tatt på alvor, noe som igjen vil ha betydning for oppbyggingen av tillit til sykepleier.

Det å forebygge abstinenser kan imidlertid være utfordrende. Pasienten med rusmiddelavhengighet kan som nevnt i kapittel 4.1.4 være preget av et liv der han må forhandle om det meste, og der all hans tid går med på å fremskaffe seg rusmidler. Når da pasienten blir innlagt på sykehus kan hans strategier for å få dekket sitt behov for rusmidler oppfattes som manipulering av sykepleier for å få tak i mer opioider enn han har behov for. En slik oppfatning blant sykepleierne beskrives eksempelvis i studien til Ford (2011), Monks et al. (2012) og Neville & Roan (2014). At sykepleier får en slik mistanke, vil imidlertid kunne svekke pasientens tillit til sykepleieren dersom pasienten faktisk har det vondt. Da blir han ikke sett og får ikke den hjelpen han har behov for (Skoglund & Biong, 2012). Martinsen (2005) påpeker at når pasienten ikke bli møtt på det han forteller vil dette kunne føre til mistillit.

For å kunne ivareta pasientens behov for abstinensforebygging er det viktig at avdelingen har klare rutiner, noe de fleste avdelinger har i dag, der alle vet hvem som har ansvar for hva, og at man har faste tidspunkt for når vurderinger og eventuelt revurderinger av

abstinensbehandlingen skal finne sted. Dette kan skape trygghet for både sykepleier og pasient (Skoglund & Biong, 2012). Studien til Monks et al. (2012) viste imidlertid liten kunnskap og mangelfull behandling av abstinensene til pasientene. Dette sammenfaller med den norske studien til Li et al. (2011) der bare halvparten av sykepleierne erstattet det daglige rusmiddelbruket til pasientene. Dette antyder at sykepleiere trenger økte kunnskaper om rusmiddelavhengighet, hva abstinenser gjør med kroppen og hvordan de skal behandles. Men det kan også diskuteres om man kan kreve at alle avdelinger skal ha slik spesialkompetanse som er utenfor deres egen spesialisering. Lege Karim Sayed ved Gatehospitalet uttrykte i en artikkel i Krigsropet at ”når vi som jobber med dette til daglig synes det er vanskelig, så er det nok veldig utfordrende for et vanlig sykehus som bare har noen få slike pasienter” (Bjelland, 2014, s.2). Samtidig har pasienter med rusmiddelavhengighet, på lik linje med andre pasienter, rett til nødvendig helsehjelp etter Pasient – og brukerrettighetsloven § 2-1 b (1999). Og slik drøftingen over antyder, vil god abstinensbehandling være avgjørende for at pasienten med rusmiddelavhengighet skal kunne få behandling for den somatiske skaden han blir lagt inn for.

5.3 Den moralske omsorgen

Omsorg har til slutt også en moralsk dimensjon som nevnt i kapittel 3.1.3. Det omhandler blant annet hvordan sykepleier bør oppføre seg for at pasienten skal oppleve møte som omsorgsfullt.

5.3.1 Holdninger

I kapittel 4.1.5 og 4.1.6 kommer det frem at negative holdninger ovenfor pasienter med rusmiddelavhengighet fortsatt er et utbredt fenomen blant sykepleiere. Blant annet uttrykte sykepleierne i studien til Neville & Roan (2014) og Monks et al. (2012) et syn på pasienter med rusmiddelavhengighet som iboende uærlige og ikke til å stole på, noe som bidro til at all interaksjon med pasienten med rusmiddelavhengighet var basert på mistillit. Dette står i motsetning til det helsepersonelloven § 4 sier om at helsehjelpen skal gis på en måte som viser omtanke og respekt for pasienten og ikke krenker hans integritet (Helsedirektoratet, 2012).

Spørsmålet blir dermed hvor kommer disse holdningene fra. Sykepleierens holdninger kan ha blitt påvirket fra flere hold. Hun kan blant annet på bakgrunn av utilstrekkelig og feil informasjon fra eksempelvis media, venner eller kollegaer ha utviklet fordommer for pasientgruppen. Kanskje kollegaene hennes har beskrevet pasienter med rusmiddelavhengighet som utagerende og frekke, og dermed har hun tatt til seg den samme oppfattelsen (Bunkholdt, 2002). Videre er lite kunnskap og kompetanse om rusmiddelavhengighet og spesielle behov noe som går igjen i studiene. Slik som i studien til Monks et al. (2012) beskrev sykepleierne at liten kunnskap gjorde dem usikre i møte med den rusavhengige, som igjen førte til negative holdninger. En annen faktor er sykepleiers erfaringer med pasientgruppen. Dersom sykepleier for eksempel følte seg lurert av pasienten, eller at hun følte seg inkompetent og utilstrekkelig i møte med pasienten, vil dette kunne farge hennes neste møte (Leenderts, 2014; Klingsheim, 2009). Stigmatisering kan også som tidligere nevnt påvirke. Dette gjør at sykepleier kan tilegne pasienten negative egenskaper han ikke nødvendigvis har, kun basert på utseende hans. I møte vil sykepleier da kunne ha en negativ forventning til hvordan han vil være (Goffman, 1975).

For å kunne endre en holdning må sykepleier finne ut årsaken bak den, og hvilket motiv den har (Bunkholdt, 2002). Flere av eksemplene som er nevnt ovenfor hentyder at mangel på kunnskap er en viktig faktor for hvorfor sykepleierne i studiene har negative holdninger. Ved å få mer kunnskap om temaet kan sykepleier kanskje endre den holdningen hun har (Bunkholdt, 2002). Noen sykepleierne i studien til Pauly et al. (2015) uttalte eksempelvis at kunnskap hadde gjort dem mindre dømmende. Ford et al (2009) mener på den andre siden at kunnskap ikke er nok for holdningsendring, men at sykepleier også trenger rollestøtte. Rollestøtte betyr tilstedeværelse og støtte fra erfarne og kunnskapsrike kolleger som hun kan samarbeide og hente kompetanse fra. Dette skaper en trygghet som er nødvendig for at sykepleierne skal kunne overføre lært kunnskap til praksis, men også for å holde kompetansen ved like (Ford et al, 2009).

Når det gjelder de sykepleierne som møtte pasientene med mer positive holdninger i studiene var det på bakgrunn av enten personlig erfaringer med rusmiddelavhengighet blant venner eller familie slik som studien til Monks et al. (2012) viser, eller mer kontakt og arbeidserfaring med pasientgruppen slik som studien til Boekel et al. (2013) viser. Dette tyder på at også erfaring, og kanskje det å ha litt kunnskap om forhistorien til pasientene har betydning for holdningene sykepleier har ovenfor pasienten med rusmiddelavhengighet.

Basert på den forskningen som er gjennomgått ovenfor, kan det være grunn til å anta at sykepleiere på en gitt somatisk avdeling sjelden har mye erfaring med denne pasientgruppen. Men dette vil selvfølgelig kunne variere fra avdeling til avdeling.

5.3.2 Verdier

Man kan stille seg spørsmålet om sykepleierens negative holdninger kun relaterer seg til faktorer som kunnskap, rollestøtte og erfaring, eller om menneskesyn og moralske verdier også kan spille inn.

De yrkesetiske retningslinjene (2016) stadfester at grunnlaget for all sykepleie er respekten for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet. Dette innebærer at sykepleier evner å se den enkelte pasienten som verdifull i seg selv og ikke ut fra de valgene han har tatt eller det livet han lever. Dette er i tråd med det Martinsen (1993) sier om at alle mennesker har lik verdi, uansett om man bidrar til samfunnet eller ikke. Alle kan bli syke, men man mister ikke sin verdi av den grunn (Martinsen, 1989). Samtidig påstår Skærbeæk (2013, gjengitt i Leenderts, 2014) at det ligger sterkt forankret i oss mennesker ikke å se på hverandre som likeverdige, og at vi har med oss holdninger som rangerer hverandre ut fra eksempelvis kunnskap og selvstendighet. Det er også noe Travelbee (1999) trekker frem, og sier at vi tildeler andre mennesker verdi ut fra visse kriterier, gjerne ubevisst utfra den kulturen vi befinner oss i. Dette indikerer at sykepleier, bevisst eller ubevisst, i møte med den rusmiddelavhengige pasienten kan ilegge ham en verdi ikke bare ut i fra kriterier ved ham selv, men også kriterier ved andre personer, grupper eller noe som stammer fra kulturelle oppfatninger. Dette ser vi eksempler på i studien til Monks et al. (2012) når en sykepleier stiller spørsmål til hvorfor de skal kaste bort en seng på pasienten med rusmiddelavhengighet, eller at de nedprioriteres ovenfor de pasientene som angivelig har mer alvorlige fysiske skader som for eksempel slag (Monks et al., 2012).

Travelbee (1999) påpeker at vi som sykepleiere må bli bevisst hvilke dommer vi feller. Det er kanskje ekstra viktig når man ser hvordan verdidommene kan påvirke møte og behandlingen av pasienten. Som sykepleier er man pliktig ut fra loven å gi omsorgsfull helsehjelp (Helsepersonelloven, 1999). Da blir det viktig for sykepleier å bli bevisst egne holdninger og verdier, å arbeide med hvordan de preger oss og kommer til uttrykk (Leenderst, 2014). Her

blir det også viktig å se på både de åpne og skjulte verdiene som Aadland (gjengitt i Leenderts, 2014) snakker om. Å forandre verdiene kan imidlertid være vanskelig, men å bli dem bevisst er mulig (Leenderst, 2014).

5.3.3 Å fremme empati

For sykepleier kan det være vanskelig å ha empati ovenfor en pasient som viser negative følelser ovenfor henne. Samtidig er det avgjørende for at sykepleieren skal kunne ha forståelse for pasienten og kunne handle til hans beste (Eide & Eide, 2007). I studien til Berhin et al. (2014) beskriver sykepleiere ulike strategier de anvender for å fremme empati for pasienter de synes er vanskelig å møte, herunder pasienter som de opplever som uforskammede, aggressive, krevende eller provoserende. Dette er som tidligere nevnt, beskrivelser som også er brukt om pasienter med rusmiddelavhengighet. Den første strategien gikk ut på å innhente kunnskap om pasienten, både ved å lese i journalen, men også ved å snakke med ham. Momenter som spilte inn her var pasientens livssituasjon og hans bakgrunn (Berhin et al., 2014). Pasienter med rusmiddelavhengighet har som tidligere nevnt gjerne hatt et vanskelig liv med psykisk sykdom, eller de kan ha blitt utsatt for ulike traumer som omsorgssvikt, overgrep eller vold (Lossius, 2012; Skoglung & Biong, 2012). Å se pasienten i hans sammenheng og påminne seg selv om at mennesker er forskjellige og har ulike sosiale og kulturelle egenskaper gjorde at sykepleierne fikk mer forståelse for pasienten (Berhin et al., 2014). Altså fremmet det en slags aksept ovenfor pasienten. Travelbee (1999) trekker også frem aksept som viktig for å komme videre i relasjonen med pasienten når man ikke nødvendigvis liker ham.

En annen strategi sykepleierne i studien til Berhin et al. (2014) anvendte var at de valgte å se bort i fra negativ informasjon som ble formidlet om pasienten for eksempel i forbindelser med rapporten. I min erfaring kan det være lett å bli påvirket av det andre sier om pasientene det gis rapport om. Men studien her viste at sykepleier tok et aktivt standpunkt på at hun skulle prøve å holde seg nøytral slik at hun kunne fremme empati for pasienten. Imidlertid kommer det også frem at dårlig tid og stress på avdelingen vil kunne hindre sykepleierne i å fremme empati for pasienten. En sykepleier opplyser at hun ikke hadde tid til å sette seg tilstrekkelig inn i den enkelte pasients situasjon og se hele pasienten (Berhin et al., 2014). Dette vil antakelig kunne være tilfelle på en sengepost

6 Avslutning

I denne litteraturstudien har vi sett at relasjonelle, praktiske og moralske faktorer kan påvirke om møte mellom sykepleier og pasienten med rusmiddelavhengighet vil oppleves som omsorgsfullt. Kunnskap om rusmiddelavhengighet og de spesielle behovene dette fører med seg, kommer frem som helt sentralt i forhold til dette. Det vil kunne ha betydning både i forhold til holdningene hos sykepleier, men også i forhold til tillitsoppbygging ved at sykepleier vil kunne få økt forståelse for pasienten og hans behov. Dette vil også kunne bidra til at sykepleier klarer å se mennesket bak ruslidelsen, noe som ses på som viktig for et godt møte. Å være bevisst egen fremtoning i form av nonverbale og verbal kommunikasjon blir også sett på som viktig da pasientene kan være var for negative tilnærminger. I møte med pasienter med rusmiddelavhengighet kom det også frem at det er viktig at sykepleier reflekterer og blir bevisst over både egne følelser og holdninger fordi de har stor innvirkning på om møte oppleves som positivt eller negativt. Samtidig viser oppgaven at dette også er de områdene som ses på som mest utfordrende.

Å møte pasienter med rusmiddelavhengighet på en omsorgsfull måte kan være utfordrende for sykepleier. Pasientenes tilstand er gjerne sammensatt og det er mange ulike faktorer som kan spille inn for at møte skal kunne oppleves som omsorgsfullt. Selv om en vet som sykepleier hva en burde gjøre, kan det noen ganger være vanskelig å få det til i praksis. Likevel er dette en pasientgruppe som sykepleier mest sannsynlig kommer til å møte på og må forholde seg til på grunn av deres store behov for helsehjelp. Og pasienter med rusmiddelavhengighet har like mye rett til å bli møtt på en omsorgsfull måte som andre pasienter.

Litteraturliste

- Berhin, I., Lundgren, M. & Theodoridis, K. (2014). Aktiv empati: Sjuksköterskors strategier för att frammana empati i mötet med pasienter som av sjuksköterskan upplevs vare svårbemötta. *Vård i Norden*, 113 (34), 28-32. Doi: 10.1177/010740831403400307
- Boekel, L. C., Brouwers, E. P. M., Weeghel, J. & Garretsen, H. F. L. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review. *Drug and alcohol dependence*, 131, s. 23-35. Doi: 10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018
- Biong, S. & Ytrehus, S. (2012). Rusproblemer – en utfordring for samfunnet, helsetjenesten og den enkelte. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (s. 15-29). Oslo: Akribe.
- Bjelland, R. (2014). Leger gatefolkets sår. *Krigsropet*. Hentet fra www.frelsesarmeen.no/no/vart_arbeid/krigsropet/hoyre_kolonne/smakebiter_fra_magasinet/Leger+gatefolkets+sår.d25-SwRrGY8.ips#content
- Bunkholdt, V. (2002). *Psykologi: En innføring for helse- og sosialarbeidere*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ford, R., Bammer, G. & Backer, N. (2009). Improving nurses' therapeutic attitude to patients who use illicit drugs: workplace drug and alcohol education is not enough. *International journal of nursing practice*, 15(2), s. 112-118. Doi: 10.1111/j.1440-172X.2009.01732.x
- 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), s. 241-252.
Doi: 10.5172/conu.2011.37.2.241

Goffman, E. (1975). *Stigma*. København: Gyldendals samfundsbibliotek.

Helsedirektoratet (2012). *Helsepersonelloven med kommentarer: Lov 2. Juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v.* (Rundskriv IS-8/2012). Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2015). ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer 2015 [Brosjyre]. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell*. Hentet fra:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

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

Klingsheim, R. (2009). Narkomanes dårlige helse – en sykepleiefaglig utfordring. *Sykepleien* 91(2), s.33-37. Doi: 10.4220/sykepleiens.2003.0003

Kraft, P. (2016). *Rusmiddelavhengighet: Et psykologisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget.

Kristoffersen, N. J. (2011). Sykepleier i organisasjon og samfunn. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (s. 281- 341). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Leenderts, T. A. (2014). *Person og profesjon: Om menneskesyn og livsverdier i offentlig omsorg*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

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

Lossius, K. (Red.) (2012). *Håndbok i rusbehandling*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Lossius, K. (2010). Rusmidler. I F. Skårderud, S. Haugsgjerd & E. Stänicke (Red.), *Psykiatriboken: Sinn – Kropp – Samfunn* (s. 433-445). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Løgstrup, K. E. (1991). *Den etiske fordring*. Copenhagen: Gyldendal.
- Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin: Historisk-filosofisk essays*. Otta: Tano.
- Martinsen, K. (1993). *Fra Marx til Løgstrup: Om etikk og sanselighet i sykepleien*. Otta: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnets og evidensen*. Oslo: Akribe.
- Michaelson, J. J. (2010). Vanskelige pasienter og sykepleiere. I A. M. Graubæk (Red.). *Å være pasient: En innføring i pasientologi* (s. 141- 160). Oslo: Akribe.
- Monks, R., Topping, A. & Newell, R. (2012). The dissonant care management of illicit drug users in medical wards, the views of nurses and patients: a grounded theory study. *Journal of advanced nursing*, 69(4), s.935-946. Doi: 10.1046/j.1365-2850.2000.00329.x
- Mørland, J. & Waal, H. (2016). *Rus og avhengighet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Neville, K. & Roan, N. (2014). Challenges in Nursing Practice: Nurses' perceptions in caring for hospitalized medical-surgical patients with substance abuse/dependence. *The journal of nursing administration*, 44(6), s. 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>
- Odland, L. H. (2012). Menneskesyn. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien*. (s. 22-41). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Pauly, B., McCall, J., Brown, A. J., Parker, J. & Mollison, A. (2015). Toward cultural safety: Nurse and patient perceptions of illicit substance use in a hospitalized setting. *Advances in nursing science*, 38(2), s. 121-135. Doi: 10.1097/ANS.0000000000000070
- Pauly, B. (2014). Close to the street: Nursing practice with people marginalized by homelessness and substance use. I M. Guirguis-Younger, R. Mcneil & S. W. Hwang (Red.). *Homelessness & health in Canada* (). Ottawa: University of Ottawa Press.
- Skjøtskift, S. (2012). Rusmidlenes virkninger og skadevirkninger, I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (s. 99-120). Oslo: Akribe.
- Skoglund, A. & Biong, S. (2012). Sykepleie til personer med opioidavhengighet i somatisk sykehus. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (s. 186-201). Oslo: Akribe.
- Slørdal, L. (2013). Misbruk av legemidler og rusmidler. I H. Nordeng & O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (s. 375-384). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Stallvik, M. (2011). Biopsykososial tilnærming til rusavhengighet. *Rusfag*, 2011(1), 105-112. Hentet fra: <http://kompetansesenterrus.no/file/rusfag-2011biopsykososial-tilnerming.pdf>
- Sælør, K. T. & Bjerknes, S. O. (2012). Helsepersonell i tverrfaglig spesialisert rusbehandling – ansvar, roller og funksjoner. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (s. 143-162). Oslo: Akribe.
- Thidemann, I. J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter: Den lille 'motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk