



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

# EKSAMENSINNLEVERING

---

Emnenavn: Emne 5

Emnekode:

## **SYKSB/SYKHB 3001 - Bacheloroppgave**

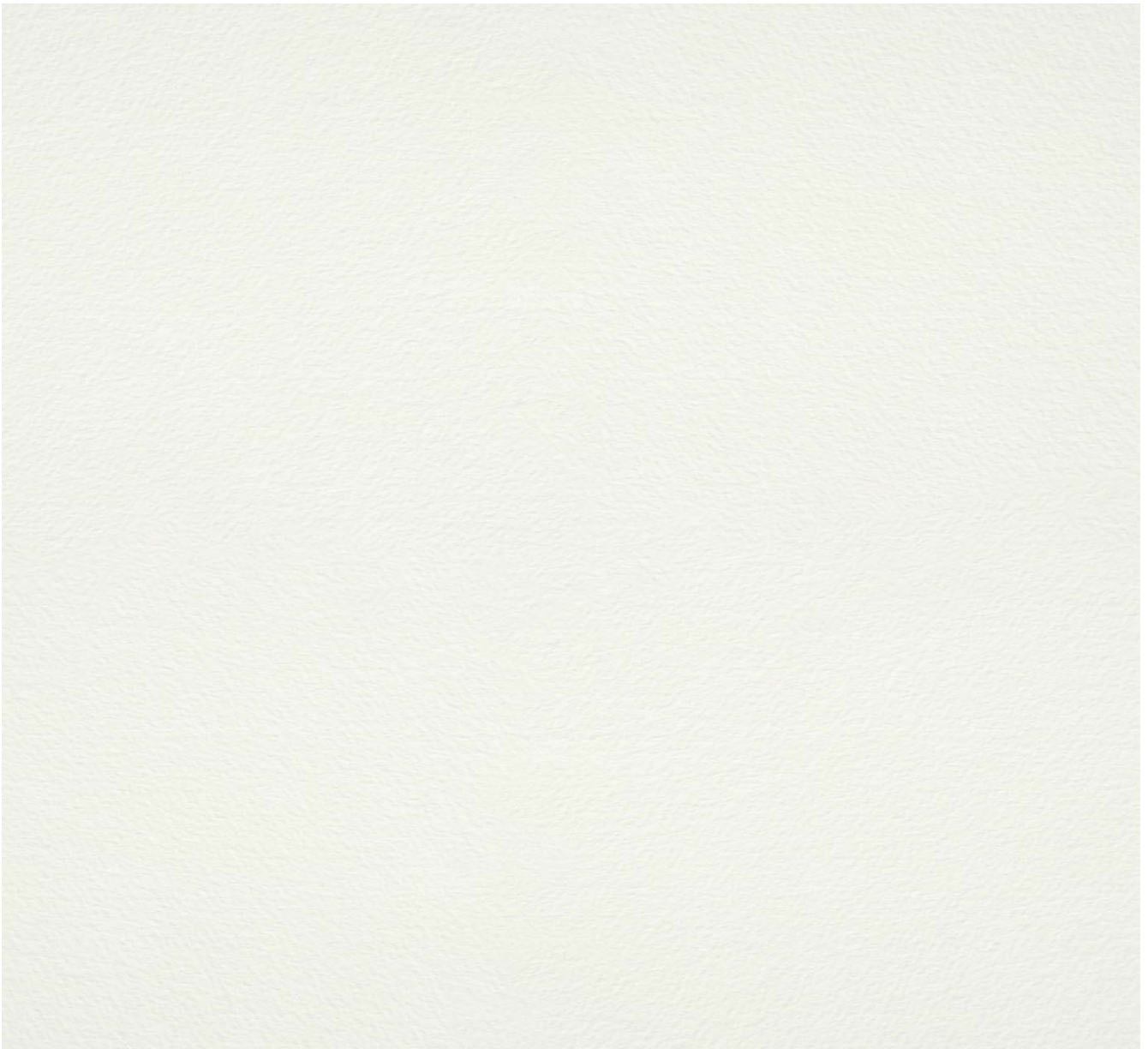
Eksamensform: Hjemmeeksamen

Leveringsfrist: 23.02.12

Kandidatnr.: 10

Antall ord: 7005

# **Sykepleiers møte med pasient med rusmiddelavhengighet**



## SAMMENDRAG

**Tittel:** Sykepleiers møte med rusmiddelavhengige

**Bakgrunn for valg av tema:** Rusmiddelavhengige vil ofte være representert ved somatiske sykehusavdelinger. Erfaring fra klinisk praksis viser at disse ikke alltid blir møtt med samme respekt og verdighet som andre pasienter.

**Problemstilling:** Hvordan ivareta verdighet til pasient med rusmiddelavhengighet?

**Hensikt:** Oppgaven ønsker å belyse sykepleiers holdninger i forhold til rusmiddelavhengige pasienter.

**Metode:** Oppgaven er en litteraturstudie. Det er gjort søk i CINAHL med hovedvekt på søkeordene *substance addict\**, *dignity* og *quality of care*. Det var ikke utført mange studier på akkurat dette temaet. Det ble valgt tre forskningsartikler samt en fagartikkel, alle nyere enn 2002.

**Resultater:** Artikkelen gir et innblikk i hva sykepleiere og pasienter legger i verdighetsbegrepet. Funn fra artikkelen viser at det er et stort behov for å øke sykepleieres kunnskap innenfor dette feltet.

**Oppsummering:** Rusmiddelavhengige tilhører en marginalisert gruppe. At deres lidelser er *selvforskyldte*, kan føre til at disse ikke blir møtt med den respekt og verdighet som de har krav på. Verdigheten er iboende i mennesket og kan aldri frarøves, men den kan krenkes. Sykepleiere må arbeide med sine holdninger i forhold til disse for å være i stand til å tilby pleie av høy kvalitet. Derfor er det viktig at sykepleier søker kunnskap om disse menneskene.

## ABSTRACT

**Title:** A nurse's encounter with substance abusers

**Background:** Substance abusers tend to be present in somatic hospital wards. Experiences from clinical practice show that these are not always granted the same respect and dignity as other patients.

**Question:** How to maintain the dignity of patients with a substance addiction?

**Purpose:** This study intends to shed some light on nurses' attitudes in relation to patients with substance addiction.

**Method:** This study is a study of literature. Searches have been made in CINAHL with emphasis on the MeSH-terms *substance addict\**, *dignity* and *quality of care*. Not many studies have been performed on this subject. Three articles were selected in addition to one academic article, all with release date after 2002.

**Findings:** The articles intend to show nurses' and patients' perceptions of dignity. Findings from these articles reveal that the need for increased knowledge among nurses is significant.

**Summary:** Substance abusers belong to a marginalized group of people. The fact that their sufferings are *self-inflicted*, may result in that these are not met with the respect and dignity that they are entitled to. Dignity is embedded in the human being and can never be taken away, though it can be violated. Nurses have to work on their attitudes towards these people to be able to provide a high level of quality of care. Of this reason it is important for the nurses to seek knowledge about these people.

## INNHALDSFORTEGNELSE

1	INNLEDNING.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Hensikt.....	2
1.3	Problemstilling.....	2
1.4	Avgrensing.....	2
1.5	Oppgavens struktur.....	2
2	BEGREPSMESSIG RAMMEVERK.....	4
2.1	Sykepleieteoretisk perspektiv.....	4
2.2	Rusmiddelavhengighet.....	6
2.3	Verdighet og integritet.....	6
2.4	Holdninger.....	8
3	METODE.....	10
3.1	Hva er metode?.....	10
3.2	Litteraturstudie som metode.....	10
3.3	Sterke og svake sider ved litteraturstudiet.....	11
3.4	Litteratursøk.....	11
3.5	Valg av litteratur.....	11
3.6	Kildekritikk.....	12
3.7	Etiske aspekter.....	13
4	FUNN.....	14
4.1	Artikkel 1.....	14
4.2	Artikkel 2.....	14
4.3	Artikkel 3 - fagartikkel.....	15
4.4	Artikkel 4.....	16
5	DISKUSJON.....	17
5.1	Ser du meg, søster?.....	17
5.2	Har du tid?.....	18
5.3	Hvem vet best?.....	19
5.4	Uvitenhet skaper usikkerhet.....	20
6	AVSLUTNING.....	22
7	LITTERATURLISTE.....	23

# 1 INNLEDNING

Som sykepleier på sykehus i Norge, som velferdsstat, må en gå ut i fra at en vil treffe et stort spekter av mennesker. Det kan være alt i fra de tilsynelatende rike og vellykkede til de mer belastede grupper i samfunnet. Felles for disse er at de, ut i fra loven (St.meld. 26, 1999-2000), har krav på like god pleie og omsorg. Erfaringen tilsier likevel at dette ikke alltid blir praktisert, da spesielt med tanke på pasienter med kjent rusproblematikk (Eide & Eide, 2007). Disse blir ofte møtt med fordommer og skjeve blikk i hverdagen. Men hva skjer når de en ofte kaller ”narkomane” også er pasienter? Årsakene til at rusmiddelavhengige blir innlagt på sykehus kan være mange, og en blir ikke innlagt på en ordinær somatisk avdeling *fordi* en er narkoman. De som sliter med rusmiddelavhengighet tilhører en minoritetsgruppe i det norske samfunn. Undersøkelser utført av Statens Institutt for Rusmiddelforskning (SIRUS) viser at henholdsvis 78 000-120 000 menn og 42 000-73 000 kvinner i alderen 15-59 år svarer at de i løpet av en periode på 6-12 måneder bruker minst et rusmiddel, alkohol er da ekskludert. Tallene er hentet fra 2004. Av disse regner en med at 8800-12 500 er sprøytebrukere (Lund & Bretteville-Jensen, 2010). Lund og Bretteville-Jensen (2010) skriver videre at det er svært vanskelig å sette konkrete tall på hvem som er rusmiddelavhengige. Det er flere medvirkende faktorer til at dette er vanskelig å føre statistikk over. Blant annet at vanlige spørreskjema ikke når frem til marginaliserte grupper samt at det er vanskelig å forske på ulovlig adferd. Det er også vanskelig å utføre gode kvantitative studier på denne gruppen mennesker.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Mine erfaringer, fra flere avdelinger, er at de som er stemplet som ”narkomane” blir møtt med fordommer samt at pleien som gis til disse kun innfrir ”minstekravet”. Derfor ønsker jeg å se nærmere på hvorfor det er slik, og hva en som sykepleier kan gjøre for å hindre at dette skjer. Til tross for at mange lider under denne skjebnen, er den sykepleiefaglige litteraturen om hvordan en skal forholde seg til disse nesten fraværende. Ved Høgskolen Stord/Haugesund er det ikke skrevet bacheloroppgaver om dette emnet. Marie Aakre, leder for Rådet for sykepleieertikk, skriver i sin artikkel *Ja, til verdighet* (2011) at kravet om verdighet må bli tydeligere i helsevesenet. Verdighetsgarantien (2010) er et krav om at eldre og døende skal få verdig pleie og

omsorg, denne omfatter imidlertid ikke utsatte grupper som barn, unge, psykisk syke, og nettopp rusmisbrukere. Videre sier hun at eksemplene på krenkelser er altfor mange og etterlyser derfor ytterligere kvalitetsparametre (Aakre, 2011).

## **1.2 Hensikt**

Det foreliggende litteraturstudie har til hensikt å sette fokus på hvordan sykepleier møter pasienter med kjent rusproblematikk innlagt på en somatisk sykehusavdeling. En vil forsøke å ta utgangspunkt i hvilke konkrete tiltak sykepleier kan iverksette for å ivareta verdigheten til denne pasientgruppen, på tross av egne og andres fordommer. Sykepleiers holdninger og holdningsbevissthet vil settes i fokus.

## **1.3 Problemstilling**

”Hvordan ivareta verdighet til pasient med rusmiddelavhengighet?”

## **1.4 Avgrensning**

For å gjøre studiet mer presist avgrenses ”rusproblematikk” til dem med et kjent problem, alkoholisme og skjult pilleavhengighet ekskluderes. Studien vil være rettet mot ”de narkomane” innlagt på en somatisk sykehusavdeling. Det vil ikke settes fokus på langsiktig behandling, men den relasjon som skapes mellom sykepleier og pasient i øyeblikket. En vil legge til grunn at pasienten er mellom 18 og 65 år.

## **1.5 Oppgavens struktur**

Oppgaven vil være delt inn seks deler hvor det vil bli lagt vekt på følgende. I første del begrunnes valg av tema, oppgavens hensikt samt at problemstillingen blir presentert. Denne blir også avgrenset og presisert ytterligere. Andre del av oppgaven tar for seg de sykepleieteoretiske perspektiv som er relevante i forhold til problemstillingen som en ønsker å besvare. I tillegg til sykepleieteoretisk perspektiv legges det vekt på tre andre områder som alle er aktuelle. Disse er rusmiddelavhengighet, verdighet og integritet samt holdninger. Videre i tredje del presenteres metoden, hva som kjennetegner litteraturstudiet, svake og sterke sider ved dette. Her vil også

litteratursøk, kildekritikk og etikk gå fram. Fjerde del tar for seg resultatene fra forskningslitteraturen som ble valgt ut i foregående del. I den femte delen drøftes funn fra forskningen opp mot faglitteraturen og egne erfaringer. I sjette del vil oppgaven oppsummeres og avslutning presenteres.



## 2 BEGREPSMESSIG RAMMEVERK

### 2.1 Sykepleieteoretisk perspektiv

Travelbee (1999) er svært sentral innenfor dette temaet da et av hennes hovedfokus ligger på nettopp det menneske-til-menneske-forhold som dannes mellom sykepleier og pasient, som er grunnlaget for å oppfylle sykepleiers formål. Hun hevder at god kommunikasjon og forståelse kan bidra til å mestre sykdom. Videre mener hun at kommunikasjonen er et virkemiddel i en prosess for å oppnå dette gode forholdet. Travelbee beskriver fem faser:

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

*Det innledende møtet:* Her beskriver hun det første møtet mellom sykepleier og pasient. Noe som vil være preget av at en observerer, vurderer og trekker slutninger om pasienten. Medvirkende vil være førsteinntrykk av pasient og tidligere erfaringer i tilsvarende situasjoner. Utfordringen ligger i å se pasienten som individ og menneske, noe som forutsetter at sykepleier klarer å legge til side sin forutforståelse for hvordan pasienten skal eller bør være.

*Fremvekst av identiteter:* Etter at den første fasen er avsluttet, innledes neste fase. I denne fasen begynner man å legge rollene til side, noe Travelbee peker på som viktig. Det skal ikke være fokus på sykepleier og pasient, men et forhold mellom to individer, hvor sykepleier bør være bevisst på hvordan hun oppfatter personen og i hvilken grad hun klarer å legge til side stereotype rolleforventninger. En bør prøve å unngå det hun kaller ”overidentifikasjon”. Det at sykepleier legger mer av egne følelser, tanker og forventninger inn i pasienten enn det som er passende. I stedet for å se pasienten som et selvstendig individ ser hun seg selv ”i pasienten”.

*Empati:* Utfordringen i den tredje fasen er å være empatisk. Det finnes flere definisjoner på ”empati”, men Travelbee velger å definere det som evnen til å gå inn i, eller ta del i samtidig som en forstår individets psykologiske tilstand der og da. Hun legger også vekt på at det å ”ta del i” ikke vil si at en skal føle og tenke som den andre. En skal dele, samtidig som en skal stå utenfor,

uten at man skal virke kjølig objektiv. Med empatisk forståelse følger også verdivurderinger av den andre, noe en bør utvise forsiktighet i forhold til. Videre hevder hun at nøytralitet er en myte. Hun påpeket viktigheten av å være bevisst på sine egne verdivurderinger og hvordan en velger å ta stilling til disse.

*Sympati:* Empati er nødvendig, men ikke tilstrekkelig. For å gi god sykepleie mener Travelbee at en også må kunne utvise sympati. Hun fremstiller sympati som et reelt ønske om å hjelpe personen. Noe som vokser frem fra den empatiske prosessen. Hun beskriver det som en følelse og en trang til å virkelig lindre pasientens lidelse. Det er dette som skiller sympati fra empati.

*Gjensidig forståelse og kontakt:* Denne fasen kan også refereres til som "the phase of rapport". Med "rapport" menes den harmoniske relasjon eller forbindelse. Og er siste ledd i prosessen. En ønsker å oppnå gjensidig respekt og forståelse, en relasjon bygget på tillit. Dersom man lykkes med disse punktene har man, i følge Travelbee, skapt et godt menneske-til-menneske-forhold.

I henhold til problemformuleringen står også Kari Martinsen sterkt i forhold til sin omsorgsfilosofi. Martinsen er tydelig opptatt av de svakeste i samfunnet, sett i lys av et kollektivistisk menneskesyn som bygger på at mennesket er avhengig av hverandre. Denne avhengigheten legger grunnlag for gjensidighet og solidaritet. Omsorg og moral er nært forbundet, som sykepleier skal man handle ut i fra det som er godt og riktig for pasienten (Martinsen, 1990). Hun knytter mange av sine synspunkter til den danske filosofen Knud Løgstrup. Løgstrup skriver følgende:

*"Den enkelte har aldri med et annet menneske at gjøre uden at han holder noget af dets liv i sin hånd" (Løgstrup, 1956, s. 25).*

Martinsen viser til det samme som Løgstrup i det hun sier at forholdet mellom sykepleier og pasient er preget av makt og avhengighet. Sykepleier er forpliktet til å forvalte sin makt på en moralsk forsvarlig måte, da enhver kontakt med pasient har innvirkning på hans liv i større eller mindre grad (Martinsen, 1990). Martinsen vurderer den enkelte sykepleiers faglige skjønn og praktiske kunnskap som langt viktigere for utøvelsen av sykepleie enn det hun betegner som begrepslig kunnskap. Dette fordi sykepleier på denne måten kan fornemme hva som vil være best for den enkelte pasient. Sykepleier bør innta en svak paternalistisk holdning da hun må ta stilling til hva som er det beste for pasienten og handle ut i fra dette. Dette fordi sykepleier med sin fagkunnskap ofte kan se hva som vil være best for pasienten, selv om han selv ikke alltid

oppfatter dette. Sykepleier er nødt til å vær var og lydhør i forhold til hva pasienten ønsker, og ikke misbruke sin maktposisjon (Martinsen, 1990).

## **2.2 Rusmiddelavhengighet**

ICD-10 kategoriserer avhengighet som et fysiologisk-, kognitivt- og atferdsrelatert fenomen. Den utsatte prioriterer bruk av rusmiddelet høyere enn andre moment som tidligere hadde større verdi. Frem til 2004 var ikke avhengighet en diagnose i Norge. Selv om man kan bli avhengig av både spill, mat og shopping, er det vanlig å forbinde ordet med alkohol og narkotiske stoffer. Personer som har behov for hjelpetiltak og/eller behandling på grunn av problemer knyttet til bruk og misbruk av rusmidler kalles gjerne ”narkomane” eller ”rusmisbrukere”. SIRUS oppfordrer til økt språklig og begrepsmessig bevissthet, og har i den sammenheng laget en forenklet ordliste med foretrukket terminologi. Det korrekte begrepet er ”rusmiddelavhengig” eller ”mennesker med rusmiddelavhengighet” (Lund & Bretteville-Jensen, 2010). Å skille mellom hvem som er rusmiddelavhengige og hvem som ikke er det, er svært vanskelig. Det finnes mange typer rusmidler, fra reseptbelagt til illegalt. En skiller gjerne mellom ”lettere” og ”tyngre” rusmidler. Mennesker som for eksempel røyker hasj i visse sammenhenger blir ikke nødvendigvis sett på som rusmiddelavhengige. Herion derimot, har et langt mørkere omdømme. De som lider av denne avhengigheten kan i stor grad sies å være styrt av dette. Dette vil igjen føre til at det kan være vanskelig å holde på jobb og venner, som krever at vedkommende holder avtaler. Avhengigheten blir en fulltidsjobb som dreier i en ond sirkel hvor det viktige er å skaffe til veie neste dose, for så å ruse seg og igjen skaffe nytt stoff (Smith-Solbakken & Tunland, 1997). Rusmidlene setter tydelige spor hos dem som er rammet, og en kan gjerne si at noen bærer livene sine på utsiden (Klingsheim, 2003).

## **2.3 Verdighet og integritet**

FN's verdenserklæring om menneskerettigheter (1948) bygger på å ivareta menneskets iboende verdighet. Likevel er det vanskelig å gi en definisjon av *hva* som ligger i begrepet. Knutstad hevder at verdighetsbegrepet har tre aspekter ved seg. En filosofisk dimensjon; det finnes bare ett av hvert menneske, og bare det å være til er en verdi i seg selv. Videre beskrives verdighet som en egenskap ved selvet, hvilken stolthet og selvrespekt en har – en subjektiv kvalitet ved en selv. Til

slutt beskrives en atferdsdimensjon, som dreier seg om hvordan en skal opptre for å være verdig og hvordan andre kan opptre for å ivareta den andres verdighet. Dette gjør verdighetsbegrepet til et relasjonelt begrep. En kan aldri frata et annets menneske dets verdighet, men ved kjølige handlinger, avvisning og umyndiggjøring kan verdigheten krenkes. Sammen med barn, unge, psyksisk- og kronisk syke, tilhører rusmiddelavhengige samfunnets svake og utsatte grupper (Knutstad, 2010).

Kants kategoriske imperativ formulerer det slik:

*” Handle slik at du alltid bruker menneskeheten både i egen og i enhver annen person samtidig som et formål og aldri bare som et middel” (Eide & Eide, 2007: 122).*

Kant påpeker at ethvert menneske har en plikt til å aldri behandle seg selv, eller et annet menneske kun som et middel for å nå et mål, men alltid som et mål i tillegg. Som sykepleier kan det være lett å gjøre observasjoner, se symptomer og diagnoser (Eide & Eide, 2007). Da er det viktig å også se personen bak ”problemet”. Ekeland (2007) beskriver objektivisering og subjektivisering som sentrale begrep i oppbygningen av relasjonen. Sykepleier må forholde seg til pasienten på to måter samtidig. En skal forholde seg til problemet slik det kan opplyses, skjønnes og avgrenses, dette kalles *objektivisering*. Samtidig skal en forholde seg til den som ”har” problemet, som person og medmenneskelig subjekt. Dette kalles *subjektivisering* (Ekeland, 2007).

Integritet og verdighet er to begrep som ofte blir brukt om hverandre, uten at en er oppmerksom på forskjellen. Selv om disse har en del fellestrekk kan allikevel ikke sette likhetstegn imellom. Integritet kommer fra latin og kan oversettes med det å ”gjøre hel”. For å ivareta integriteten til pasienten må en gi helhetlig pleie. Å ivareta pasientens helhet betyr at en må ta alle sider i betraktning i den pleie en gir (Fjørtoft, 2006). Martinsen (1993) skriver at en slik tilnærming er å vise aktelse for livet. Den helhetlige tilnærming fordrer at sykepleier klarer å ta hensyn til den enkeltes situasjon. Herunder kommer det å respektere vedkommendes valg og ønsker. En må være i stand til å handle i samsvar med egen samvittighet (Fjørtoft, 2006). Sykepleier må også sørge for å ivareta sin egen integritet som fagperson. Med dette menes at sykepleier har ansvar at hun handler i tråd med sine egne verdier og overbvisning. Å handle ut fra integritet betyr at en er villig til å gjøre det en gjør, samtidig som en handler ut i fra det en selv ønsker å stå for. En

sykepleier som handler ut i fra integritet utfører sitt arbeid på en moralsk forsvarlig og velbegrunnet måte. Dette fordrer at sykepleier har nok kunnskap (Fjørtoft, 2006).

## 2.4 Holdninger

Med problemstillingen ønsker en å belyse hvordan en kan ivareta verdighet, og med dette unngå å krenke enkeltindividet. Som det kort går fram i sykepleieteoretisk perspektiv (Travelbee, 1999, Martinsen, 1990) er sykepleiers holdninger i forhold til sin pasient avgjørende. Derfor vil en her avklare hva holdninger er samt konsekvenser av å ikke være bevisst disse.

I sosialpsykologien defineres holdninger som en relativt vedvarende måte å organisere tanker, følelser og handlinger. Det er disse tre som utgjør hovedkomponentene i begrepet. Holdninger er lært og vil være vanskelige å avlære.

- Holdninger har en tankemessig/kognitiv komponent, hvordan vi tenker om en sak, en gruppe mennesker eller om samfunnsmessige forhold.
- Holdninger har i tillegg en emosjonell komponent som handler om hvordan vi reagerer følelsesmessig. En kan reagere med frykt, redsel eller glede. En kan også reagere med forakt eller avsky.
- Den siste komponenten er atferd, eller atferdstilbøyelighet, med dette menes at en vil reagere med en bestemt type atferd ovenfor en sak eller en gruppe mennesker (Ohnstad, 2010).

De holdninger man besitter er påvirket av de gjeldende diskurser i den tiden vi lever. Ofte er man ikke bevisst på hvilke holdninger man har før man blir konfrontert med dem. Derfor skal utdanning være holdningsbearbeidende. Man skal gjennom utdanningen lære seg faglige holdninger som bygger på forsknings- og erfaringsbasert kunnskap (Ohnstad, 2010). Normer er de forventninger man har til hva som er naturlig og alminnelig, som bidrar til å skape orden i samfunnet. Dersom en avviker fra disse normene kan dette føre til stigmatisering (Goffman, 1990). Goffman skiller mellom tilsynelatende sosial identitet og faktisk sosial identitet. Førstnevnte gir uttrykk for de umiddelbare normative krav og forventninger fra omverden. Hvordan personen bør være og hvilke egenskaper han bør besitte. Den faktiske sosiale identiteten er derimot, personens egen utgave av sosial identitet, - den kategori han faktisk tilhører og de egenskaper han faktisk har. Goffman omtaler tre typer stigma; kroppslige/fysiske misdannelser, karaktermessig stigma (egenskaper) og tribale stigma (rase og religion). Dersom stigmaet får

høyere status enn andre kvaliteter hos personen, fører dette til at personen blir likestilt med sitt stigma og dermed sett på som avviker. Å ha problemer med rusmiddelavhengighet, kan sees på som et stigma. En annen uheldig sideeffekt ved stigmatisering, er at man tilegner personer andre negative egenskaper fordi det er blitt observert hos andre ”av samme sort” (Goffman, 1990).

## 3 METODE

### 3.1 Hva er metode?

Slår en opp på ”metode” i ordboka vil en se at det står ”å følge en viss vei mot et mål”. Og det er nettopp dette en forsøker å gjøre når en utfører en studie. Hvor god kvalitet det er på den ferdigstilte studien avhenger av om en har klart å beskrive denne veien og redegjøre for de valgene som er tatt underveis mot målet. God metodekunnskap er avgjørende. Flere har forsøkt å definere metode, av disse er Vilhelm Aubert ofte sitert:

*”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder.” (Dalland, 2007, s.81).*

Med dette menes at metode er et redskap i problemløsning, som også oversettelsen sier; en viss vei mot et mål. En skiller mellom kvantitative- og kvalitative metoder. Hvor en i kvantitative studier er opptatt av å innhente data som kan måles med utregninger, er en i kvalitative studier opptatt av menneskers utsagn. Forenklet kan man si at de som utfører kvantitative studier ”teller”, mens de som utfører kvalitative studier ”tolker”. Bakgrunn for valg av metode avhenger av hvilken metode som gir best data i forhold til den problemstillingen en ønsker å finne svar på (Dalland, 2007).

### 3.2 Litteraturstudie som metode

Gjennom litteraturstudiet ønsker man å finne svar på en problemstilling ved at en kritisk og systematisk sammenligner og undersøker den litteratur som allerede eksisterer. En setter tidligere forskning opp mot relevant teori. For å kunne gjennomføre et litteraturstudie er det et kriterium at det finnes litteratur og forskning som belyser tema. Kjennetegn ved litteraturstudiet er at det inneholder bakgrunn for valgt tema, hensikt, problemstilling og innsamlingsmetode (Forsberg & Wengström, 2008).

### 3.3 Sterke og svake sider ved litteraturstudiet

I et litteraturstudie kan en selv velge hvilken forskning en vil legge vekt på. Om en velger å ta med både kvalitativ- og kvantitativ forskning er opp til en selv. Det er sterke og svake sider ved begge som er viktig å ta i betraktning før en velger ut hva en vil ha med. Positivt med den kvalitative forskningen er at den ofte klarer å få frem totalsituasjonen, hvor den kvantitative forskningen får fram målbare resultat. Positivt ved selve litteraturstudiet er at en får mye kunnskap innenfor en smal tidsramme, samt at en lett kan finne fram til kildene. Det negative ved litteraturstudien er at en lett kan komme frem til sekundærartikler. En kommer heller ikke frem til helt ny kunnskap ved å bruke litteraturstudiet, da en anvender litteratur som allerede er skrevet (Forsberg & Wengström, 2008).

### 3.4 Litteratursøk

Ved å bruke litteratursøket kommer en fram til den forskningen en ønsker å anvende på en systematisk måte, som igjen fører til at en får hensiktsmessige treff. Dette gir en slags ”kvalitetssikring” (Forsberg & Wengström, 2008).

### 3.5 Valg av litteratur

Tabell 1

CINAHL – søk utført 5/1-12,			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensing (limit)	Resultat (antall)
S1	Substance addict*		3584
S2	Quality of care		69375
S3	S1 AND S2		84
S4	Hospital*		11

Eksempelet ovenfor viser til søk i CINAHL hvor en kom fram til artikkel skrevet av Ben Natan, Beyil og Neta (2009): Nurses’ perception of the quality of care they provide to hospitalized drug addicts: Testing the Theory of Reasoned Action (TRA). Denne kvantitative studien omhandler spesifikt den pasientgruppen som problemstillingen tar sikte på. Ved å granske litteraturlisten i denne artikkelen ble McLaughlin, McKenna og Leslies (2006) ”Illicit drug users in Northern



Ireland: perceptions and experiences of health and social care professionals” også funnet. Ut i fra søket ble fagartikkelen fra det danske tidsskriftet Klinisk Sygepleje ”Stigmatisering af misbrugere” (Sørensen, 2004) også valgt.

Tabell 2

CINAHL 2 – søk utført 5/1-12			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S1	Dignity		2706
S2	Respect		16932
S3	Nurs*		521296
S4	S1 AND S2 AND S3		243
S5	Patient autonomy		19

Ut i fra søk nummer 2 kom en fram til en annen artikkel, Trorey & Matiti (2008): Patients’ expectations of the maintenance of their dignity, som er en kvalitativ studie.

### 3.6 Kildekritikk

Først og fremst ble det forsøkt å finne forskningsartikler som omhandlet både verdighet og rusmisbruk. Da dette kun gav 5 resultat i databasen CINAHL, ble ”dignity” erstattet med ”quality of care” (se tabell 1). Her ble det valgt én relevant forskningsartikkel. Den andre forskningsartikkelen tar for seg verdighetsbegrepet i forhold til pasienter på et generelt grunnlag. Selv om den ikke omhandler rusmiddelmissbrukere som utvalg, kan denne allikevel sees på som relevant da alle pasienter har rett til like god ivaretagelse av sin verdighet, og dermed belyser problemstillingen på en tilfredstillende måte. I CINAHL ble det også funnet en fagartikkel. Av sykepleieteoretikere er både Travelbee (1999) og Martinsen (1990) representert i oppgaven. Selv om dette ikke er nytt materiale, er begge teoriene fortsatt gjeldende innenfor sykepleien. Så langt det har latt seg gjøre er primærkilder foretrukket, da disse ikke er omarbeidet. Annen valgt litteratur er basert på søk i databasene BIBSYS og ODIN (offentlig dokumentasjon og informasjon i Norge). Her er det i all hovedsak valgt litteratur som er tilstrekkelig oppdatert i lys av slik situasjonen er i dag, slik Dalland (2007) viser til som et kriterium ved valg av litteratur.

Med dette menes nyere litteratur, i hovedsak skrevet i eller etter 2002. Litteraturen som er brukt er skrevet av helsepersonell tilpasset universitets- og høyskoleutdanningene for helse- og sosialfag.

### **3.7 Ethiske aspekter**

Litteraturstudiet tar utgangspunkt i eksisterende litteratur, inkludert forskning. Det er viktig å gjøre etiske overveielser i forhold til hvilken litteratur en velger å ta med. Artiklene som er valgt i denne oppgaven er vurdert i forhold til dette. Intervjuobjektene har fått skriftlig informasjon om studiene og deres rettigheter i forkant, i tillegg til at de er blitt informert om at de når som helst kan trekke seg fra studien samt at deres data da vil bli slettet. I tilfeller hvor intervjuobjektene er intervjuet i grupper, er det framsatt krav om at disse skal undertegne avtale om taushetsplikt. I de kvalitative artiklene er intervjuene blitt tatt opp på bånd, for å sikre at intervjuobjektene blir korrekt gjengitt i den ferdigstilte artikkelen. Jacobsen (2010) peker på disse punktene som viktige for god forskningsetikk. I litteraturstudiet er det referert til de kilder som er blitt benyttet slik at disse lett kan spores tilbake samtidig som det er forsøkt å gjengi disse uten å forandre på noe av innholdet.

## 4 FUNN

### 4.1 Artikkel 1

#### **Ben Natan, Beyil & Neta (2009). Nurses' perception of the quality of care they provide to hospitalized drug addicts: Testing the Theory of Reasoned Action.**

Den kvantitative studien tar for seg sykepleieres oppfatning av hvordan de forholder seg til innlagte pasienter med rusproblematikk. Studien viser at sykepleiere med stereotype oppfatninger av hva en rusmiddelavhengig er, og at de anser den pleien de gir som lavere enn det de ellers gir til andre pasienter. Samtidig svarer mesteparten av de spurte at rusmiddelavhengige ikke fortjener pleie av høy kvalitet fordi deres tilstand er selvforskyldt, men innrømmer også at dette er en spesielt vanskelig pasientgruppe. Majoriteten svarte også at de følte seg ukomfortable med å behandle rusmiddelavhengige i frykt for å pådra seg smittsomme sykdommer som HIV og hepatitt. Frykten for at disse pasientene kunne oppføre seg voldlig og manipulerende viser seg også som en overveiende faktor. Sykepleierne viser at det spiller en stor rolle for dem hva sjefen på arbeidsplassen samt den medisinske besetningen mener de skal gjøre. Hva pasientens familie, deres egen familie og pasienten selv synes, blir rangert som mindre viktig. 20% svarte at de sørget for pleie av høy kvalitet til den aktuelle pasientgruppen, mens 6,6% svarte at kvaliteten på pleien gitt til rusmiddelavhengige var av svært lav karakter.

### 4.2 Artikkel 2

#### **McLaughlin, McKenna & Leslie (2006). Illicit drug users in Northern Ireland: perceptions and experiences of health and social care professionals.**

Studiens formål var å avdekke helsepersonells holdninger i forhold til rusmiddelmissbrukere, og hvilke erfaringer de hadde gjort seg i sitt arbeid med disse. Dette ble gjennomført ved å dele de 32 deltakerne i seks responsgrupper, tre deltakere kunne ikke stille, disse ble intervjuet hver for seg. Deltakerne ble bedt om å svare på spørsmål omkring deres profesjonelle erfaring med rusmiddelavhengige og om disse på noen måte var forskjellige fra andre pasienter, om så var, på hvilken måte. Videre ble de spurt om de følte at de burde ta seg av denne gruppen som pasienter og om de følte de hadde kompetansen til det. De seks gruppene trakk samme slutninger og

majoriteten av de spurte hadde en svært negativ holdning til rusmiddelavhengige som oppsøkte helsevesenet. Mange var til og med negative til videre utdanning og opplæring om rusmidler og misbruk, da de fryktet at de ville få eneansvaret for ”hele” pasientgruppen dersom de hadde spesialkompetanse. De fleste ønsket at en spesialisthelsetjeneste skulle ta seg av all pleie, mens et fåtall ønsket å arbeide med denne gruppen og gi dem god omsorg. For mange av de spurte var det vanskelig eller umulig å vise empati for rusmiddelavhengige og deres problemer.

### **4.3 Artikkel 3 - fagartikkel**

#### **Sørensen (2004). Stigmatisering af rusmisbrugere.**

Sørensen gjør rede for 9 ulike diskurser i forhold til hvilket syn sykepleiere har på rusmiddelavhengige som pasienter. Disse diskursene lød som følger; *Den svage og ikke-kompetente, Den utilpassede, annerledes adfærd, Det ikke-værdige liv lavest på den sociale rangstige, Den selvforskyldte, skamfulde tilstand, Den uforskyldte tilstand – sygerollen, Det tunge ”sam”-arbejde, ”De andres” fejløpfattelse og fejlbehandling, At sikre værdighed – en accepterende og respektfuld tilgang og At omvende til et nyt og bedre liv – en paternalistiske tilgang.* Diskursene blir kort presentert i egen tabell, se vedlegg 1. Materialet som ble analysert i artikkelen er hentet fra 10 artikler i nordiske sykepleietidsskrifter, som alle er skrevet i nyere tid og derfor avspeiler den nåværende situasjon. Noen av diskursene er konkurrerende, men det er vanskelig å si hvilke som er mest dominerende. Relasjonen mellom sykepleier og rusmiddelavhengig beskrives som vanskelig, krevende og tung. Samarbeid er heller ikke lett å oppnå. Til dette finnes ingen motsigende diskurs, noe som tyder på at dette er faktiske forhold. Diskursene kan også være situasjonsbestemte, slik at hvilken som er dominerende kan variere avhengig av kontekst, den rusmiddelavhengiges personlighet eller hans villighet til å tilpasse seg pasientrollen. Seks av ni diskurser taler for at stigmaet ”å være misbruker” er en uønsket og avvikende egenskap som videre uttrykker karakter- og viljesvakhet. Videre viser flere av diskursene til at den rusmiddelavhengige ikke ønsker å samarbeide og følger ikke normer for alminnelig oppførsel. En av diskursene poengterer også at dersom den rusmiddelavhengige pasienten viser seg som vanskelig, blir dette skyldt på at han er rusmiddelavhengig, ikke et tegn på reell misnøye.

#### 4.4 Artikkel 4

##### Walsh & Kowanko (2002). Nurses' and patients' perceptions of dignity.

Den kvalitative studien har til hensikt å avdekke hva som legges i verdighetsbegrepet, sett både fra pasientenes og sykepleiernes ståsted. Intervjuene varte ikke lenger enn 30 minutter og intervjuobjektene ble spurt om å vise til eksempler hvor verdigheten ble ivaretatt og motsatt, samt hvilke komponenter som spiller inn i verdighetsbegrepet. Utover dette skulle ikke intervjuobjektene reflektere, kun gi konkrete eksempel. De to gruppene listet 9 komponenter hver.

Sykepleiere	Pasienter
Privacy of the body	Being exposed
Private space	Having time
Concideration of emotions	Being rushed
Giving time	Time to decide
The patient as a person	Being seen as a person
The body as object	The body as object
Showing respect	Being aknowledged
Giving control	Consideration
Advocacy	Discretion

Sykepleierne hadde som én av disse ”å gi tid”, mens pasientene hadde tre punkter som gikk på tid; ”Å ha tid”, ”ikke bli forhastet” og ”tid til å bestemme”. Det viste seg imidlertid at begge grupper mente at pasienten skulle skjermes og dermed ikke utsettes for unødig blotting. Å se pasienten som person var også noe begge grupper pekte ut som viktig for å ivareta verdigheten. Alt i alt, hadde sykepleiere og pasienter svært like synspunkter. Noen sykepleiere gav ”systemet” skylden for at pasienter mistet sin personlighet ved innleggelse. Da de kun ble sett på som passive mottakere av pleie, som igjen ble objekter som sykepleierne måtte stelle for. Både pasienter og sykepleiere følte at sykehusmiljøet til en viss grad gjorde det uunngåelig at noe av pasientverdigheten gikk tapt. Studien viser tydelig at både pasienter og sykepleiere har tilnærmet lik oppfatning av hva som ligger i dette begrepet, likevel forekommer situasjoner hvor verdigheten blir forsømt.

## 5 DISKUSJON

De valgte forskningsartiklene og øvrig litteratur som nevnt tidligere i oppgaven danner grunnlaget for diskusjon. I lys av dette vil en forsøke å komme frem til hvordan en kan ivareta verdighet til pasient med rusmiddelavhengighet. For å komme frem til svar på denne problemstillingen er diskusjonen delt inn i fire sentrale tema. Første del handler om det å se mennesket bak pasientrollen, andre del omhandler temaet tid, tredje del tar for seg paternalisme og autonomi og fjerde del fokuserer på sykepleiers kunnskap.

### 5.1 Ser du meg, søster?

I følge Walsh og Kowanko (2002) ble pasientene sett på som passive mottakere av pleie, kun objekter som sykepleierne måtte stille for. Både sykepleiere og pasienter pekte på det å se pasienten som person som viktig for å ivareta pasientens verdighet. Sørensen (2004) viser til at den rusmiddelavhengige i stor grad blir identifisert med sitt stigma som er ”å være misbruker”. Den tilsynelatende sosiale identiteten blir mer synlig enn den faktiske sosiale identiteten (Goffman, 1990). Travelbee (1999) sier at den ikke-dømmende holdningen er en myte da mennesker har en tendens til å bedømme andres atferd. Det vil derfor være avgjørende for sykepleier å være sine holdninger og sitt ansvar bevisst. Erfaringer fra klinisk praksis viser at det ofte vil befinne seg pasienter på avdelingen som en kategoriserer som rusmiddelavhengige. Ofte dreier det seg om personer som en kjenner til fra tidligere, som har vært innlagt før. Allerede på rapporten ved vaktskiftet blir vedkommende betegnet som ”den narkomane i seng 3”, gjerne med oppfordring om å være litt skeptisk. Før man er kommet inn på rommet har man gjort seg opp en tanke om hvem dette mennesket er. Knutstad (2010) sier at det finnes bare ett av hvert menneske og det å være til er en verdi i seg selv. Dersom sykepleier plasserer pasienten i kategorien ”rusmiddelavhengig” og ikke klarer å se forbi dette, krenkes pasientens verdighet. Sykepleier bryter også med de yrkesetiske retningslinjer. Det å se mennesket er ett av de fem punktene som Travelbee (1999) viser til i forhold til å skape relasjon. Forutsetningen er at sykepleier klarer å legge til side sin forutforståelse for hvordan pasienten skal og bør være. Videre peker hun på at det ikke skal være et forhold mellom sykepleier og pasient, men et forhold mellom to individer. I denne sammenhengen kunne ”pasient” vært byttet ut med ”rusmiddelavhengig”. Fra klinisk

praksis er erfaringen at det sies mye bak lukkede dører på et vaktrom. Det spekuleres og det trekkes slutninger. Sørensen (2004) viser til at dersom pasienten viser ”vanskelige sider”, blir dette sett i sammenheng med bruken av rusmidler, og ikke et tegn på reell misnøye. En oppfatning mange synes å ha, er at pasienten kun er ute etter å manipulere sykepleier til å gi ham medikamenter. Og dette blir diskutert blant personalet. Noen ganger kan det være en hårfin og uklar grense mellom det som kan forsvares som faglig, og av relevanse for videre pleie, og det å snakke nedlatende om pasienten. Slike samtaler og diskusjoner sykepleiere i mellom på vaktrommet er med på å bygge stereotypier og skape negative holdninger. Samtidig vil en, slik jeg ser det, bygge seg et større hinder for å kunne se pasienten som person. Sørensen (2004) legger også vekt på at sykepleier må utvise respekt for den enkeltes unike livshistorie. Hver pasient er noens sønn eller datter, noens bror eller søster. Hver enkelt har havnet i denne livssituasjonen av ulike årsaker, hver enkelt har tatt ulike valg og gjort ulike erfaringer. Dersom sykepleier kun ser ”den narkomane i seng 3”, stiller hun seg ikke åpen for å se mennesket, som lever et hardt liv, men som også trenger og har krav på samme omsorg som direktøren i seng 4, og som fortjener å bli sett.

## **5.2 Har du tid?**

Walsh og Kowanko (2002) viser til at pasienten setter tidsbegrepet som sentralt i forhold til ivaretagelse av sin verdighet. Pasientene peker på det å ha tid, ikke bli forhastet samt det å ha tid til å bestemme som viktige faktorer. Som også Travelbees (1999) modell for å skape en god relasjon indikerer, er tid en viktig faktor for å kunne gi god pleie og ivareta verdigheten til pasienten. På en travel sykehusavdeling er det mye som skal skje i løpet av en vakt. Sykepleier må ofte tenke over hva hun føler er viktig å prioritere. Ben Natan, Beyil og Neta (2009) skriver at sykepleierne legger stor vekt på hva en overordnet makt mener at de skal gjøre. Dette vil si at dersom sykepleier vet at hennes overordnede forventer at hun utfører visse arbeidsoppgaver, vil hun etterstrebe dette. Videre er det av lavere viktighetsgrad hva pasientene og deres familier ønsker at sykepleier gjør (Ben Natan *et. al.*, 2009). Syv og en halv time er det en ofte har til rådighet på en vanlig vakt. Med mye å gjøre på en travel avdeling, kan denne tiden av og til oppfattes som knapp. Selv om en skulle ønske at en kunne satt seg ned for å høre om pasienten har spørsmål eller om det er noe han tenker på, er det ikke alltid en føler at en kan prioritere dette. Selv om en har lagt opp arbeidsdagen på en strukturert måte, kan det alltid skje uforutsette ting,

og en må holde tunga rett i munnen for å rekke over det viktigste. Sørensen (2004) skriver at mange sykepleiere beskriver samarbeidet med den rusmiddelavhengige pasienten som vanskelig. Pasienten omtales som utilpasset, oppfarende og fiendtlig. Dette kan føre til at sykepleier kan føle seg truet, invandert og avmektig i møte med pasienten. Videre skriver hun at det forventes at sykepleier må tåle skuffelser og løftebrudd (Sørensen, 2004). Ben Natan, Beyil og Neta (2009) viser til at frykten for at pasienten skal oppføre seg voldelig og manipulerende er overveiende for at de ikke føler seg komfortable med å arbeide med disse. Dersom dette er erfaringen sykepleier har med den aktuelle pasientgruppen, er det forståelig at hun er skeptisk. Som menneske vil en naturligvis prøve å unngå farer og skuffelser. Det er fortsatt ikke slik at ”vanskelige” pasienter ikke skal bli behandlet med verdighet. Det er vanskelig å sette seg inn i hvordan det er å leve et liv med rusmiddelavhengighet. Kanskje denne ”vanskelige” atferden er et uttrykk for frustrasjon over egen situasjon – et rop om hjelp? Martinsen (1990) sier at det er viktig å være lydhør i forhold til hva pasienten ønsker. Det er kanskje ikke alle som ønsker en lang samtale hvor sykepleier tar seg tid til å sitte ned og tydelig viser at hun tar seg god tid. Det finnes allikevel andre måter å vise at en har tid. Det handler om å disponere den tiden du har til rådighet på en fornuftig måte, selv om det kan være fristende å gjemme seg bort på vaktrommet. En må også utnytte de øyeblikkene hvor en befinner seg på pasientens rom. Det handler om å være tilstede i øyeblikket.

### **5.3 Hvem vet best?**

Sørensen skriver at sykepleier ønsker dels å få pasienten til å innrømme sitt problem og dels å få ham til å slutte med rusmidler. Det forventes av pasienten retter seg etter sykepleiers helsefremmende råd. For å oppnå gode resultater må kanskje fremstå som autoritær for å nå gjennom, derfor legges ikke alltid pasientens autonomi til grunn. Dette beskrives som en av de gjeldende diskurser (Sørensen, 2004). Travelbee (1999) beskriver sympati som det som vokser fram i den empatiske prosessen. Hun beskriver det som en følelse og en trang til å lindre pasientens lidelse. Av og til kan det forekomme konflikt mellom sykepleier og pasient i forhold til hva som er rett. De to kan ha forskjellige oppfatninger av hva som er rett basert på forskjellig kunnskap og erfaring. Sykepleier skal handle på en slik måte at det er forsvarlig i forhold til sin moral og sine verdier, og dermed opprettholde sin integritet (Fjørtoft, 2006). Martinsen (1990) sier at en skal handle ut i fra hva som er godt og riktig for pasienten. En kan da stille spørsmålet;



er det som er godt for pasienten nødvendigvis riktig? Som sykepleier går en gjennom en treårig utdanning på bachelornivå. Gjennom utdanningen tilegner en seg kunnskap og erfaring. Selv om en skal lytte til pasienten og prøve å gjøre som han ønsker, er ikke dette alltid det optimale. Videre skriver Martinsen (1990) at en bør innta en svak paternalistisk holdning, samtidig som en er oppmerksom på sin maktposisjon i forhold til pasienten. Walsh og Kowanko (2002) skriver at pasientene mente at det å bli annerkjent var en viktig faktor for ivaretagelse av verdighet. Ved å la pasienten ta egne valg viser en også at en anerkjenner personen og hans valg. Det er slik at, ved en sykehusinnleggelse, finnes det både små og store valg. Det er min oppfatning at alt fra de små valgene til de litt større er viktige. Prosessen i forkant av en avgjørelse er kanskje den viktigste. Selv om små valg som om en ønsker juice eller melk til frokøseten kan ha betydning for pasientens autonomi. Dersom sykepleier konsekvent overstyrer pasienten og ikke gir han valgmuligheter i slike små valg, så krenker hun faktisk pasientens verdighet og autonomi. Det er derfor viktig at sykepleier er varsom og lydhør i forhold til pasientens ønsker (Martinsen, 1990). I større beslutninger som kan synes vanskelige å ta av pasienten, krever det at sykepleier har evnen til å informere. Sykepleier skal være i stand til å veilede pasienten slik at han klarer å ta riktig avgjørelse. På denne måten ivaretar en autonomi og verdighet. Selv om rusmiddelavhengige har tatt noen valg i livet som fikk fatale konsekvenser senere, betyr ikke dette at de er helt ute av stand til å ta beslutninger.

#### **5.4 Uvitenhet skaper usikkerhet**

Det kommer klart fram at en av hovedårsakene til at sykepleiere ikke ønsker kontakt med rusmiddelavhengige er frykt for HIV og hepatitt (Ben Natan, Beyil & Neta, 2009). Som sykepleier skal en alltid ta sine forhåndsregler i forhold til smitte. 90% av heroinbrukere injiserer stoffet, og sprøytespisser som brukes om igjen kan være smittebærende (Lund & Bretteville-Jensen, 2010). Klingsheim (2003) hevder at det er minst like viktig å vite hvordan disse sykdommene *ikke* smitter. Dersom sykepleier ikke har tilstrekkelig kunnskap om smitekilder og smitteveier vil en gjerne ta sine forhåndsregler i møte med pasienten. Ved å ta på seg hansker i *alle* møter med pasienten, skaper man en barriere. Det virker som om mange ikke husker det de skal ha lært om smittevern. Verken HIV eller hepatitt smitter ved kontakt med hel hud. En skal være forsiktig i forhold til for eksempel PVK, men en trenger absolutt ikke å bruke hansker for å hjelpe pasienten å vaske ansiktet. En behandler pasienten som et objekt, ikke et menneske. Selv

om sykepleier ikke sier noe direkte, kan det fra pasientens ståsted tolkes som at hun ikke ønsker å komme i kontakt med ham. Walsh og Kowanko (2002) viser til hvordan verdigheten krenkes i slike tilfeller. Eksempelet hvor sykepleier konsekvent velger å ta på seg hansker i all kontakt med pasienten viser dårlige holdninger. Som nevnt tidligere er holdninger en måte å organisere tanker, følelser og handlinger. Dårlige holdninger er ofte et resultat av manglende kunnskap (Ohnstad, 2010). Forskningen viser at sykepleiere føler at de har for lav kunnskap og kompetanse i forhold rusmiddelavhengige som pasientgruppe (Ben Natan *et.al.*, 2009, McLaughlin, McKenna & Leslie, 2006). Sykepleierutdanningen skal bidra til faglige holdninger basert på forsknings- og erfaringsbasert kunnskap (Ohnstad, 2010). Når det er sagt, er det sykepleiers eget ansvar etter endt utdanning å sørge for at hun er oppdatert på smittevern, slik at hun kan utføre sitt arbeid på en hensiktsmessig måte. McLaughlin, McKenna og Leslie (2006) stilte i sin studie spørsmål om helsepersonell var interessert i videreutdanning for å heve sitt kunnskapsnivå i forhold til rusmiddelavhengighet. Flertallet i denne studien svarte at de var ikke interessert i dette og begrunnet dette med at de var redde for å få ”eneansvar” for disse pasientene. Dette kan gi en indikasjon på at det er stort behov for informasjon om rusmiddelavhengige som pasientgruppe. Det finnes mange diskurser som omhandler denne gruppen, likevel er det mangel på faglitteratur innenfor sykepleien.

## 6 AVSLUTNING

Hensikten med denne oppgaven var å sette fokus på hvordan helsevesenet møter rusmiddelavhengige på somatiske sykehusavdelinger. Rusmiddelavhengige tilhører en marginalisert gruppe. At deres lidelser er *selvforskyldte*, kan føre til at disse ikke blir møtt med den respekt og verdighet som de har krav på. Stigmatisering av mennesker er forkastelig, og hører ikke hjemme i utøvelse av sykepleie. Ofte kan det som synes å være akseptert være vanskelig å endre. Dette litteraturstudiet har vist at det er behov for økt oppmerksomhet på rusmiddelavhengige som pasientgruppe og i forhold til verdig behandling. Det er viktig at sykepleier søker kunnskap om pasientgruppen og aktivt anvender denne i sin utøvelse av sykepleie. Kunnskap kan bidra til å bryte ned fordommer og øke bevisstheten rundt egne holdninger. Samtidig er det viktig at sykepleier klarer å skille mellom holdninger i forhold til rusmiddelbruk og den rusmiddelavhengige som menneske. Det er viktig å ha kjennskap til det destruktive mønster som rusmiddelavhengighet skaper, og en skal ikke akseptere dette. Men en skal akseptere mennesket bak dette rusmiddelproblemet. Verdighet er iboende i mennesket og kan aldri frarøves, men den kan krenkes. En hundrelapp er like mye verdt selv om den er krøllet, opprevet og tråkket på, - dette gjelder også for mennesket. Uansett hvordan en person har valgt å leve livet sitt, har han eller hun rett til å bli møtt på en god måte i helsevesenet. Det er kanskje disse utsatte gruppene av mennesker som trenger mest å bli møtt av varme hender og lyttende ører.

## 7 LITTERATURLISTE

Ben Natan, M., 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* 2009; 15: 566-573.

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

De Forente Nasjoner (1948). *Verdenserklæring om Menneskerettigheter*. FN.

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning og etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ekeland, T. & Heggen, K. (2007). *Meistring og myndiggjering: Reform eller retorikk?* Oslo: Gyldendal Akademisk.

Fjørtoft, A. (2006). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och kultur.

Goffman, E. (1990). *Stigma : notes on the management of spoiled identity*. Penguin Books Ltd.

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

Klingsheim, R. (2003). Narkomanes dårlige helse – en sykepleiefaglig utfordring. *Sykepleien*, 91(2):33-37. DOI: 10.4220/sykepleiens.2003.0003

Knutstad, U. (2010). *Sentrale begreper i klinisk sykepleie*. Oslo: Akribe.

Lund, I. & Bretteville-Jensen, A.L. (2010). *Hva er misbruk og avhengighet? Betegnelser, begreper og omfang*. (SIRUS-rapport nr. 04/10). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

Løgstrup, K.E. (1956). *Den etiske fordring*. København: Gyldendal.

Martinsen, K. (1990). Omsorg i sykepleien – en moralsk utfordring. I: K. Jensen (red.), *Moderne Omsorgsbilder*. (s. 62-96). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S.

Martinsen, K. (1993). *Fra Marx til Løgstrup: Om etikk og sanselighet i sykepleien*. Oslo: Tan.

McLaughlin, D., McKenna, H. & Leslie, J. (2006). Illicit drug users in Northern Ireland: perceptions and experiences of health and social care workers. *Journal of Psychiatric and Mental Nursing*, 13, 682-686

Ohnstad, A. (2010). Holdninger: i et skeivt lys. I: T. Ekeland (red.), *Psykologi for sosial- og helsefagene*. (s. 231-245). Oslo: Cappelen akademisk.

Smith-Solbakken, M. & Tunglund, E.M. (1997). *Narkomiljøet: Økonomi, kultur og avhengighet*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

St.meld. nr 26 (1999-2000). *Om verdier for den norske helsetenesta*. Hentet fra: [www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19992000/Stmeld-nr-26-1999-2000-.html?id=192850](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19992000/Stmeld-nr-26-1999-2000-.html?id=192850) 12.01.12

Sørensen, H.Ø. (2004). Stigmatisering af rusmisbrugere. *Klinisk sygepleje*, 18(4), 20-32.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.

Verdighetsgarantiforskriften (2010). *Forskrift om en verdig eldreomsorg av. 12. november 2010*. Hentet fra <http://lovdata.no/for/sf/ho/to-20101112-1426-0.html> 12.01.12.

Walsh, K. & Kowanko, I. (2002). Nurses' and patients' perceptions of dignity. *International Journal of Nursing Practice* 2002; 8: 143-151.

Aakre, M. (2011, 21. Feb). *Ja til verdighet*. Hentet fra:

<http://www.sykepleien.no/fagutvikling/etikk/607285/ja-til-verdighet> 13.01.12 .

## Vedlegg 1

Tittel:	Innhold:
<b>D1: Den svage og ikke-kompetente</b>	Pasienten karakteriseres som en svak og svekket person, ute av stand til å ta vare på seg selv og ansvaret for sitt liv.
<b>D2: Den utilpassede, annerledes adfærd</b>	Pasienten karakteriseres som annerledes, utilpasset og normbrytende. Dette kommer til uttrykk i hans innstilling og livsoppfattelse, hans klær samt at han beskrives som dårlig i stand til å holde avtaler. Han sees ikke på som integrert, og dermed som utstøtt av samfunnet.
<b>D3: Det ikke-værdige liv lavest på den sociale rangstige</b>	Pasienten beskrives som en del av samfunnets svakeste og mest utstøtte grupper. Det sies at han bærer på mye smerte, bor under dårlige forhold og har dårlig/fraværende kontakt med andre enn dem i samme miljø.
<b>D4: Den selvforskyldte, skamfulde tilstand</b>	Misbruket sees på som et bevisst valg, som igjen kan gjøres om til et spørsmål om moral og viljestyrke. Denne skyldfølelsen kan føre til skam hos den det gjelder.
<b>D5: Den uforskyldte tilstand – sygerollen</b>	Misbruket blir her framstilt som en sykdom. Personen blir sett på som et offer for ytre omstendigheter. Misbruket sees på som et resultat av uheldige livsbetingelser som arv, miljø og personlighetsforstyrrelser.
<b>D6: Det tunge ”sam”-arbejde</b>	Samarbeidet er vanskelig for sykepleier fordi pasienten omtales som utilpasset, oppfarende og fiendtlig samt ikke villig til å endre sin situasjon. Sykepleier kan føle seg truet, invandert og avmektig i møte med pasienten.

	Det ventes at sykepleier må tåle skuffelser og løftebrudd.
<b>D7: "De andres" feilopfattelse og feilbehandling</b>	Andre sykepleiere eller helsevesenet i sin helhet refereres til som "de andre". Disse har skyld i at pasienten avvises og ikke blir møtt med respekt og aksept. Pasienten blir møtt med forakt og utilstrekkelig omsorg.
<b>D8: At sikre verdighet – en accepterende og respektfull tilgang</b>	Sykepleien til pasienten skal baseres på tillit, aksept og respekt. Pasienten har selvbestemmelsesrett hva egen kropp angår. Han skal likestilles med andre pasienter. Pleien skal baseres på faglig vitenskap fremfor egne teorier og fordommer.
<b>D9: At omvende til et nyt og bedre liv – en paternalistiske tilgang</b>	En ønsker dels å få pasienten til å innrømme sitt problem og dels å få ham til å slutte med rusmidler. Det forventes at pasienten retter seg etter sykepleiers helsefremmende råd. Sykepleier må kanskje fremstå som autoritær for å få dette gjennom, og pasientens autonomi legges ikke til grunn.