



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9

Predefinert informasjon

Startdato:	16-05-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Sluttdato:	24-05-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 BSS9 1 H 2019 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 443

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 7540

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja

registrert oppgavetittelen

på norsk og engelsk i

StudentWeb og vet at

denne vil stå på

vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 92

Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min *

Ja

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

Nei

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

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Relasjonsbygging i møte med pasienter
som lider av rusmiddelmissbruk

Building relationships with patients
suffering from substance abuse

Kandidatnummer 443

Sjukepleie

Institutt for helse-og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

24.05.2019

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Livets lære:

Lær deg selv å kjenne

På livets lange vandring,

Lær deg selv å takle

Hver en vond forandring.

Lær deg selv å gi –

Til den som holdes nede,

Lær deg selv å si –

Det å bry seg gjør meg bedre.

Lær deg selv å elske

Det du hater mest,

Lær deg selv at kjærlighet

Er det som gjør meg best

Dikt av Sondre Foyn Gullvåg fra samlingen *Holdepunktet - Torungen fyr* (2008), som er inspirert av hans egne erfaringer som aktiv rusmisbruker.

Abstract

This essay deals with the importance of nurses' prejudice against patients with substance abuse. My approach resulted in the following research question: *The importance of nurses' attitudes and actions towards patients suffering from substance abuse, and how this affects the patients' treatment experience.* The theme has its origin from events I have experienced as a student, but also from experiences I have made as a close relative to a drug addict. The purpose of this paper has been to reflect upon the challenges concerning how nurses look at patients suffering from substance abuse and the factors that affect these points of view. Finally, I discuss the possibilities of improvement in this field. The theoretical perspective of the thesis is based on the interaction theorist Joyce Travelbee, and her theories about existentialism and interpersonal affiliations. During the next pages, I have tried to reflect upon the impact our attitudes and actions have on the care that we provide, and how we can prevent it from harming the patient. The thesis is written from a nursing perspective and focuses on communication and building relationships between patient and nurse. I also discuss interpersonal challenges as an obstacle to care, and how to overcome these challenges through increased knowledge and practical placement.

Innholdsfortegnelse

Innledning	5
Valg av tema og problemstilling	5
Historien om Tone	6
Min erfaring som pårørende	8
Rusmisbruk.....	9
Mellommenneskelige utfordringer i møte med rus	9
Utilstrekkelighet og mangel på kunnskap.....	11
Avhengighet – et resultat av gjennomtenkte og frivillige valg?	13
Holdninger	14
Fordommer og skam – Hva gjør det med oss?	14
Verdighet, omsorg og ivaretagelse.....	16
En engel i hvit uniform	18
Pasientperspektivet.....	19
Betydningen av sykepleierens rolle.....	21
Veien videre.....	23
Avsluttende tanker	23
Bibliografi.....	26

Innledning

Dette essayet handler om betydningen av sykepleieres holdninger og handlinger overfor ruspasienter, og hvordan dette påvirker pasientenes behandlingsopplevelse.

Valg av tema og problemstilling

Temaet har sitt grunnlag i en rekke hendelser knyttet til pasienter med rusproblematikk som har gjort svært inntrykk på meg. Etter å ha observert hvor forskjellig ulike instanser i spesialhelsetjenesten møter denne pasientgruppen, har jeg reflektert mye rundt hvordan dette påvirker pasientene. Jeg ønsker derfor å utforske disse møtene, og hvilken effekt de har på behandlingsopplevelsen til brukerne av helsetjenesten. Årsaken til at jeg har valgt å utforme oppgaven min som essay er for å kunne sette et personlig preg på et tema som jeg også har en personlig tilknytning til. Jeg vil prøve å tydeliggjøre oppgavens praktiske overføringsverdi ved å presentere en fiktiv case som er inspirert av en av mine tidligere pasienter. Jeg vil trekke inn momenter i historien som er hentet fra andre ruspasienter jeg har møtt gjennom jobb, praksis og hospitering. Årsaken til at jeg ikke presenterer en konkret pasienthistorie er et mål om å unngå å bruke min maktposisjon til å utlevere en detaljert historie om noen som befinner seg i en sårbar situasjon. Rusmiljøet er mindre enn mange tror, og jeg ønsker å kunne dele denne oppgaven uten å risikere at noen kjenner igjen enkeltpersoner og deres bakgrunn.

Opgavens teoretiske perspektiv tar utgangspunkt i interaksjonsteoretikeren Joyce Travelbee, og hennes teorier om eksistensialisme og mellommenneskelighet i sykepleien (Travelbee, 1999). Mitt arbeid vil videre ha sykepleierfaglig verdi for hvordan vi i praksis kan møte pasienter på en likeverdig måte, og hvordan å bedre fjerne skillet mellom pasient og pleier for å oppnå bedre kommunikasjon. Jeg tror, og håper, at vi vil evne å praktisere yrket på bedre vis hvis vi mestrer å møte individet på det nivået han eller hun befinner seg i. Gjennom å se og anerkjenne selve individet for det det er verdt, kan vi bedre ivareta pasientens behov gjennom disiplinert intellektuell problemløsning. En god sykepleier må kunne bruke seg selv terapeutisk i møte med pasientens lidelse, og se mennesket bak sykdommen (Travelbee, 1999).

Historien om Tone

Tone er en kvinne i midten av 40-årene som jeg møter på en postoperativ avdeling på Haukeland. Jeg skal jobbe helg, og får beskjed om at jeg skal sitte fastvakt inne hos en kvinnelig rusmisbruker. Begrunnelsen for behovet for fastvakt er at hun har hatt suicidal atferd siden innkomst. I tillegg til dette får jeg en detaljert rapport om hennes kliniske status, men heller lite om hvordan hun er som person. Jeg plukker med meg tingene mine og går spent mot enerommet hun ligger på. Etter å ha banket forsiktig tre ganger på døren åpner jeg den. Det første som møter meg er et mørkt rom overfylt med personlige eiendeler. Ved første overblikk er det ingen pasient å se, men plutselig får jeg øye på et magert ansikt som stikker opp bak dynen. Jeg går varsomt inn i rommet og introduserer meg selv med det jeg håper er en vennlig tone. Fullstendig stillhet følger. Jeg prøver på nytt, og spør om det er greit at jeg setter meg ned i stolen ved siden av sengen. Hun ser på meg og nikker, men sier fortsatt ingenting. Jeg ransaker hjernen etter en ny åpningsreplikk for å bryte tausheten, men ingenting dukker opp. Tikkingen fra klokken på veggen virker uendelig høy, og jeg tenker for meg selv at dette kan bli en veldig lang vakt. Jeg spør om hun har smerter, og venter tålmodig på et svar jeg allerede tror jeg kan. Hun møter blikket mitt i noen sekunder før hun trekker likegyldig på skuldrene. Jeg blir overrasket. Ville hun virkelig ikke bruke anledningen til å be om ekstra smertestillende? Jeg kjenner umiddelbart et lite stikk i magen. *Fordommer*. Ordet suser gjennom hodet mitt samtidig som jeg fylles med skyldfølelse. Hvordan kunne jeg forvente at dette mennesket skulle åpne seg opp til meg hvis jeg allerede hadde bestemt meg for hvem hun var? Jeg løftet blikket mitt og så på henne. *Har du noen spørsmål til meg?* Hun rynket på brynene og spurte hvorfor i alle dager hun skulle ha det. Jeg svarte at jeg tross alt skulle tilbringe 16 timer sammen med henne denne helgen, og at det kanskje ville gjøre det mer behagelig hvis hun kunne noen ting om meg. Hun himlet med øynene, men flyttet raskt blikket ned mot skiltet på uniformen min. «*Sykepleierstudent*» leste hun, så lavt at jeg nesten ikke hørte det. Jeg nikket bekreftende. Hun bøyde hodet ned mot brystet, og spurte hvor mange andre rusmisbrukere jeg hadde møtt i løpet av utdanningen min. Spørsmålet overrasket meg, og jeg nølte noen sekunder før jeg svarte at det var svært få. Hun smilte, noe ironisk, samtidig som hun gav meg et hardt blikk. «*jeg forstår ikke helt hva et barn uten erfaring kan hjelpe meg med*». Jeg prøvde å ikke bli fornærmet, men merket at ordene hennes gjorde inntrykk på meg.

Jeg stusset over om jeg skulle forsvare meg selv, eller la kommentaren gå. Sannheten var at jeg hadde mer kunnskap om, og erfaring rundt, temaet enn hun hadde inntrykk av.

Resten av helgen ble jeg gradvis bedre kjent med Tone, og jeg merket at hun fikk økt tillit til meg. Mot slutten av siste vakt fikk jeg inntrykk av at hun var mer nedstemt enn tidligere. Hun virket tung til sinns, og praten som tidligere hadde gått lekende lett var nå byttet ut med stillhet. Jeg prøvde varsomt å spørre henne om det var noe hun ville prate om, men ble avvist hver gang. Jeg ble usikker i rollen min. Var det riktig å la henne holde tankene for seg selv, eller skulle jeg fortsette å presse på? Viktigst av alt: ønsket jeg å finne ut hva hun tenkte på for å hjelpe, eller var det kun for å tilfredsstille min egen nysgjerrighet? Jeg valgte å prøve litt til, overbevist om at jeg gjorde det riktige. Hun gav til slutt etter og knakk sammen i gråt. Historier vedrørende livet hennes rant ut, den ene mer skrekkelig enn den andre. Jeg trøstet og lyttet så godt jeg kunne, men var samtidig lamslått over å høre alt denne kvinnen hadde opplevd. Hun fortalte om seksuell mishandling som barn, rusmisbruk i tenårene, prostitusjon som betaling for heroin og gruppevoldtekter så ofte som en gang i uken på hospiset hvor hun bodde. Avslutningsvis fortalte hun om smertefulle møter med helsepersonell som gjorde søken etter hjelpe mye tyngre. Møter som var preget av skam, mistillit og fordommer.

Etter å ha pøst ut mye av det som tyngtet henne sank hun sammen i sengen, tydelig utslitt. Jeg tenkte for meg selv at det ikke var rart at denne damen potensielt var suicidal. Jeg grublet hardt og lenge på hva jeg skulle si, men ingenting virket godt nok. Jeg forklarte at jeg virkelig ikke visste hva jeg skulle svare, nettopp fordi jeg forsto at mine ord ikke kunne gjøre noen forskjell. Det neste hun sa, uavhengig av hvor enkelt, har gjort stort inntrykk på meg i ettertid. Hun så på meg, tok hånden min og forklarte at det ikke spilte noen rolle. Det var ikke viktig om ordene mine kunne utgjøre en forskjell eller ikke. Det som var viktig for henne var at noen ønsket å lytte, ønsket å se og ønsket å forstå. Hun hadde akseptert sitt eget liv og omstendighetene rundt det for lenge siden, men hun ville ha muligheten til å fortelle sin historie. Hun ønsket å knytte menneskelige bånd uten at rusen skulle være et hinder. Hun ønsket muligheten til å bli behandlet som alle andre, og ikke minst at helsepersonell skulle evne å legge til side fordommene og virkelig se personen bak rusen og lidelsen.

Min erfaring som pårørende

I Norge får ca. 1 av 10 alvorlige rusproblemer i løpet av livet, og bak hver av dem finnes 3-8 nære pårørende. Disse blir alt for sjeldent fulgt opp og ivaretatt på nødvendig måte, til tross for at rusproblemer rammer hele familien (motstoff.no, 2018).

Rusmisbrukere er en pasientgruppe som står meg nær av den årsak at jeg selv er pårørende til en mangeårig bruker. Denne rollen har gitt meg erfaringer som blant annet bidrar til økt refleksjon rundt temaet, og om hvordan vi bedre kan se og møte disse pasientene. Gjennom utdanningsforløpet har jeg ved flere anledninger forsøkt å engasjere meg i hvordan helsevesenets holdninger påvirker rusmisbrukere på godt og vondt, og ikke minst hvordan positive og negative holdninger betyr enormt for den enkeltes selvbilde. Jeg har selv sett hvordan samfunnets syn på de med rusproblematikk kan frarøve enkeltpersoner for egenverd og fremtidshåp. Samtidig har jeg sett hvor mye respekt, omsorg og medmenneskelighet kan bety for noen som forventer å møte det motsatte. Gjennom tiden jeg har tilbragt i spesialhelsetjenesten de siste årene har jeg vitnet en rekke handlinger som har hatt krenkende virkning på de det har berørt. Noen av disse handlingene har vært så små at det kan være vanskelig å peke ut hvorfor de har en krenkende effekt, men sammenlagt kan disse handlingene potensielt ha en enorm betydning for hvilke tanker og holdninger vi som helsepersonell overfører til pasienten.

Mitt ønske, både som fremtidig sykepleier og som pårørende, er at denne oppgaven skal bidra til å sette fokus på viktigheten av våre handlinger, og ikke minst hvor avgjørende det er med nok fagkunnskap for god praktisering av yrket. Det kan være utfordrende å endre andre menneskers syn på en samfunnsgruppe som for mange representerer livets tapere. Det er derfor avgjørende for oppgavens overføringsverdi at jeg evner å appellere til alle grupper sykepleiere gjennom momentene i denne oppgaven.

Rusmisbruk

Rusmidler kan skape store utfordringer for både samfunnet, helsetjenesten og enkeltindividet. Mennesker med rusproblematikk blir ofte trukket frem som en av gruppene med stort behov for sammensatte tjenester over tid, da mange har både somatiske og psykiske lidelser i tillegg til rusproblematikk (Biong & Ytrehus, 2018, s. 41).

Mellommenneskelige utfordringer i møte med rus

Det er på somatisk sykehus at de inntrykksfulle hendelsene som har inspirert til denne oppgaven har funnet sted. Pasienter i spesialhelsetjenesten vil gjerne ha komplekse sykdomsbilder som består av flere ulike lidelser. Det er min personlige erfaring at en ruslidelse vil havne i fokus uavhengig av eventuelle tilleggsdiagnoser, og uavhengig av hvor i spesialhelsetjenesten pasienten befinner seg. Etter å ha fullført praksis innenfor somatikk, psykiatri og rus opplevde jeg at negative holdninger og fordommer i større grad var synlige nettopp ved somatisk spesialhelsetjeneste. Det kan selvsagt være en rekke urelaterte faktorer som spiller inn på hvorfor disse holdningene i større grad har vært synlige her under mine praksisperioder, da også ren tilfeldighet. Etter å ha undersøkt spørsmålet dypere gjennom samtaler med kollegaer og veiledere fra alle tre instanser, sitter jeg likevel igjen med inntrykk av at sykepleiere som jobber innenfor somatikken besitter mindre fagkunnskap om hvordan å møte disse pasientene. Hvis dette er tilfellet må vi spørre hverandre, hvorfor er det slik?

En forskningsartikkel gjort av School of Nursing and Midwifery i Australia (Ford, 2014) tar for seg mellommenneskelige utfordringer som en begrensning for omsorg. Her er det dokumentert hvordan ruspasienters oppførsel setter begrensninger for sykepleie ved somatiske sykehus. Artikkelen har fokus på hvordan omsorgen for denne pasientgruppen reduseres på grunn av utilstrekkelig rusmiddelutdanning og praksiserfaring, og på hvilke måter pasientenes oppførsel setter ytterlige begrensninger for denne ytelsen (Ford, 2014). Det påpekes her fordeler ved at sykepleiere aktivt jobber med ulike pasientgrupper for å tilpasse seg variasjon ved behandling, og ikke minst fordelene med gjennomgående høy kunnskap om rusmisbruk og ulike rusmidler (Ford, 2014). Behovet for økt kunnskap rundt

behandling av den aktuelle pasientgruppen blir begrunnet med det komplekse sykdomsbildet en rekke av disse pasientene representerer. Ulike pleietrengende forhold som infeksjonssykdommer, narkotikabrukskader, traumer og psykopatologi gir et åpenbart behov for høyt kunnskapsnivå for gjennomgående god pleie, - og omsorgsyttelse (Ford, 2014). Diskusjonene i denne artikkelen åpner for viktige spørsmål vedrørende betydningen av sykepleierens teoretiske kompetanse og praktiske erfaring. Oppstår disse mellommenneskelige utfordringene mellom pasient og pleier hovedsakelig grunnet utilstrekkelig rusmiddelutdanning? Hvor stor vil effekten av økt kompetanse være i praksis? Svaret på disse spørsmålene vil, etter min mening, være avgjørende for bedre ivaretagelse av ruspasienter, og er derfor noe som absolutt bør diskuteres og undersøkes for fremtidig rusbehandling.

Uavhengig av årsak kommer det tydelig frem at sykepleiere opplever sterke utfordringer ved pleie av rusmisbrukere. Mange av sykepleierne som deltok i den australske undersøkelsen påpekte et økende behov for kunnskap, men mulige årsaker til at dette ikke var ervervet ble dessverre ikke diskutert i artikkelen (Ford, 2014). Det kan tenkes at en viktig faktor for lavt kunnskapsnivå er mangel på interesse for denne pasientgruppen, og derav også lav prioritering ved utdanning av sykepleiere. I den amerikanske forskningsartikkelen *Nurses' Attitudes Toward Clients With Substance Use Problems* (Chang & Yang, 2013), diskuteres sykepleieres holdninger overfor pasienter med rusmisbruk. Artikkelen oppsummerer resultatene fra en undersøkelse blant helsepersonell i åtte Europeiske land med et viktig funn. Undersøkelsen hadde som mål å kartlegge ulike profesjoners holdninger overfor en rekke pasientgrupper. Resultatene viste at alle profesjonene hadde mindre interesse av å jobbe med rusmisbruk sammenliknet med andre kroniske sykdommer, som for eksempel diabetes og depresjon. Disse resultatene var konsistent for helsepersonell i alle landene som deltok i undersøkelsen (Chang & Yang, 2013). Dermed kan påstanden om mangel på interesse blant sykepleiere, og helsepersonell generelt, vurderes videre som en medvirkende årsak for mangel på kunnskap om rusmidler og rusmisbruk.

Samtlige av de overnevnte artiklene peker på at disse klare utfordringene har todelt årsak, da lavt kunnskapsnivå blant ansatte og uforutsigbar pasientatferd (mellommenneskelige utfordringer) jevnt over trekkes frem som avgjørende grunner.

Videre studier og undersøkelser sentrert rundt disse to årsakene ville potensielt vært svært nyttig og interessant for fremtidig rusbehandling og fagutvikling. Dette er komplekse årsaker som krever kompetanse, engasjement og tålmodighet. Økt fokus på denne pasientgruppen vil igjen gjerne bidra til økt interesse blant helsepersonell, derav også sykepleiere.

Utilstrekkelighet og mangel på kunnskap

De komplekse årsaksforholdene og enorme variasjonene ved utvikling av rusavhengighet stiller store krav til den kompetansen som behøves for å kunne yte god helsehjelp fra et medisinsk perspektiv. Få andre felt stiller så store krav til en tverrfaglig tilnærming, og det vil gjerne være ukorrekt å forvente at en enkelt faggruppe skal kunne tilegne seg den nødvendige dybdekunnskapen (Biong & Ytrehus, 2018) Ved å akseptere dette vil det virke både urealistisk og urettferdig å forvente at sykepleiere skal dekke alle helsefaglige behov disse pasientene besitter, i tillegg til å overkomme de ulike hindrene for pleie som ofte oppstår. I en arbeidshverdag preget av knapp bemanning, dårlig tid og enorme mengder administrative oppgaven vil følelsen av utilstrekkelighet prege mange sykepleiere. Dette er en følelse jeg allerede har rukket å kjenne på selv, gjennom rollen som assistent på en rekke avdelinger og institusjoner.

I den tidligere nevnte Australske undersøkelsen (Ford, 2014) gjort i forbindelse med artikkelen nevnt i forrige avsnitt, ble deltakerne spurt om å beskrive viktige faktorer som hindret dem i å utøve fullstendig sykepleie til pasienter som brukte illegale rusmidler. Ved presentasjon av resultatene ble det beskrevet at svarene var mange og varierende, men at det til tross for dette var noen punkter som tydelig gikk igjen. Disse punktene omhandlet utdanningssvikt og mellommenneskelige utfordringer som hinder for utøvelse av sykepleie. Mange nevnte også, som tidligere nevnt, pasientatferd som et avgjørende og viktig hinder, mer spesifikt delt inn i kategoriene pasientvold, manipulering og uansvarlighet (Ford, 2014). Begreper som vold, aggresjon, trusler og angrep ble blant annet brukt til å beskrive hverdagslige hindringer som skapte betydelige utfordringer for sykepleiernes yrkesutøvelse.

Basert på oppsummeringen av ett litteraturstudie fra norske forhold (Kvaal, 2013), får man inntrykk av at de samme holdningene og utfordringene også eksisterer her. I oppsummeringen konkluderes det med at resultatene etter en gjennomgang av 13 studier viser at negative holdninger overfor pasientgruppen gir nedsatt ytelse av pleie på jobben. Videre forklarer forfatteren, en norsk sykepleier, at hun gjennom sitt arbeid avdekket en generell mangel på kunnskap om rusmidler, og negative holdninger som igjen førte til nedsatt motivasjon for behandling og pleie. Basert på disse resultatene ser vi tegn til en evigvarende sirkel hvor mangel på kompetanse og interesse fører til mindre pleie, og omvendt. Hvordan kan vi så bryte denne sirkelen?

Ved å prøve å forstå avhengighet og hvordan det påvirker enkeltindividet, kan vi bedre vise omsorg, forståelse og kunnskap overfor pasienten og vedkommende sin livssituasjon. I løpet av helgen jeg tilbragte med Tone gikk jeg gradvis over fra en tilskuerrolle til en deltakerrolle. Mine fordommer ble byttet ut med kunnskap, og jeg håper at helgen også gav henne en positiv erfaring som i fremtiden kan bidra til bedre relasjonsbygging og samarbeid med helsepersonell. For meg var det utfordrende å legge til side de noe stereotypiske momentene jeg knyttet til Tone, for så å bli kjent med personen bak lidelsen. Det var også svært ubehagelig å bli bevisst de fordommene jeg hadde, og hvor mye de påvirket atferden min i møte med dette mennesket. Til gjengjeld fikk jeg bli kjent med pasienten på et dypere nivå, og høre historier som gjorde inntrykk på meg som person, og som fremtidig sykepleier i spesialhelsetjenesten. Jeg mener det er viktig å poengtere at denne erfaringen gav meg avgjørende kunnskap og erfaring som ikke kan tilegnes fra skolebenken, men som må oppleves gjennom praksis. Det er et glimrende eksempel på Travelbee sin teori om hvordan en god sykepleier bør evne å bruke seg selv terapeutisk i møte med pasientens lidelse, og å se mennesket bak sykdommen (Travelbee, 1999). I stedet for å la den dårlige samvittigheten rundt utilstrekkelighet være nok et hinder for å involvere oss i pasientenes livssituasjon, må vi bruke den fagkunnskapen vi har til å vise medmenneskelighet, omsorg og respekt overfor samfunnets mest sårbare individer. Jeg vil tørre å påstå at kunnskap er nøkkelen til bedre kommunikasjon og relasjonsbygging, men hvordan skal sykepleiere tilegne seg denne kunnskapen hvis utdanningen mangler fokus på rusmisbruk?

Avhengighet – et resultat av gjennomtenkte og frivillige valg?

Rusmiddelavhengighet, også kalt avhengighetssyndrom, regnes som en psykiatrisk diagnose innenfor det nylig reviderte diagnosesystemet DSM 5. Innenfor ICD-10, som er verdens helseorganisasjon sitt offisielle diagnosesystem, defineres rusmiddelavhengighet gjennom seks kriterier, hvor minst tre må være oppfylt for å kunne sette diagnosen (Helsedirektoratet, u.d.). De ulike kriteriene tar for seg alt fra biologiske og nevrologiske endringer i hjernen, til psykologiske opplevelser og nevroanatomi. Diagnosesystemenes ulike forklaringer rundt avhengighet av psykoaktive stoffer resulterer i en uklar og tvetydig definisjon av hva avhengighet egentlig er (Kraft, 2016). Selv med en konkret og informativ definisjon vil en avhengighetsdiagnose ikke gi en tilstrekkelig problembeskrivelse som utgangspunkt for behandling. Mye viktig informasjon forsvinner i kategoriseringsprosessen, og man må ved klinisk behandling utdype den avhengiges problem på et dypere nivå (Kraft, 2016).

Avhengighet er en diagnose, men også et gradsfenomen. Graden av avhengighet kan ifølge professor og instituttleder ved Psykologisk institutt for Universitetet i Oslo, Pål Kraft, modelleres som et forløp med fire ulike faser. Disse forklares som eksperimentering og utprøving, tidlig og uregelmessig bruk, etablering og vedlikehold av en vane, og til slutt utvikling av avhengighet (Kraft, 2016). Gjennom flere tiår har det blitt lansert en rekke teorier og modeller som tilbyr rammer for hvordan avhengighet kan forstås. Ulike forståelsesrammer har vært hegemoniske i ulike tidsperioder, som igjen har resultert i at rusmiddelavhengighet har vært forstått som både et kulturelt fenomen, et sosialt avvik, en psykologisk plage og en nevrologisk dysfunksjon. Hvilke tolkningsrammer som dominerer den aktuelle tidsperioden har hatt stor betydning, da det gir konsekvenser for hvilke holdninger samfunnet har overfor den avhengige (Kraft, 2016).

Det siste tiåret har særlig to forståelsesformer dominert den evig pågående samfunnsdebatten om rus og tolkning. Den ene forståelsesformen representeres av meninger om at rusmiddelbruk blant avhengige er et frivillig valg, og at den avhengige har ulike valgmuligheter. Kort oppsummert bygger dette synspunktet på prinsippet om at den avhengige har beslutningskompetanse i forhold til sin egen

avhengighetsatferd. Den andre forståelsesformen ser på rusavhengighet som en kronisk, tilbakevendende hjernesykdom. Denne tolkningen stammer fra prinsippet om at et stort inntak av rusmidler over lengre tid kan gi nevroanatomiske og –funksjonelle endringer. Den avhengige lider ifølge dette prinsippet av *sykdommen avhengighet*, som igjen impliserer at det er lite meningsfullt å påstå at den avhengige er i stand til å foreta vurderinger og beslutninger om sin egen avhengighetsatferd på er rasjonelt, logisk og frivillig grunnlag (Kraft, 2016). Disse to forståelsesformene representerer motsatte oppfatninger av hva rusavhengighet defineres som, og dermed også hvordan det skal møtes og behandles i klinisk praksis. Dette understreker teorien om at sykepleiere, øvrig helsepersonell og samfunnet generelt behøver økt kunnskap. Uten en felles enighet rundt diagnosens definisjon og betydning, vil forsøk på behandling være vanskelig å kvalitetskontrollere. Når helsevesenets nøkkelpersoner praktiserer motsatte forståelser av hva avhengighet er, vil ruspasienter bli møtt med motsigende holdninger, råd og behandlingsprinsipper. Med andre ord kan usikkerheten rundt diagnosens definisjon og årsak føre til at ruspasienter ender opp som kasteball mellom ulike institusjoner som mangler nødvendig kompetanse. Endringer av medisinske diagnoser tilhører åpenbart ikke sykepleierens arbeidsoppgaver, så hva er det egentlig vi kan jobbe med for å hjelpe denne pasientgruppen?

Holdninger

Holdning er i sosialpsykologien en betegnelse for en tendens til å tenke, føle og handle positivt eller negativt overfor noe, som bestemte objekter, mennesker, ideer, verdier med mer. En særlig unyansert og lite saklig holdning kalles fordom (Svartdal, 2018).

Fordommer og skam – Hva gjør det med oss?

Som forklart i forrige avsnitt vil samfunnets forståelsesform på rusmisbrukere påvirke meninger og holdninger overfor denne pasientgruppen. Dette gjelder også helsepersonell i spesialhelsetjenesten, og det stilles spørsmål vedrørende påvirkningen dette har på helsehjelpen vi utøver. Hvordan vil min personlige forståelsesform på rusmisbruk påvirke helsehjelpen jeg tilbyr Tone? Kan vi påstå at våre individuelle meninger og oppfatninger av slike diagnoser påvirker vår atferd overfor pasienten, og behandlingen de blir tilbudt? Blant anerkjente fagfolk skriver

Hans Olav Fekjær at forandringer av sentrale levevaner krever vilje og evne. Han skriver også at rusbehandlingens hovedmål er å styrke motivasjon for endring (Rus, 2016). Videre bør det utdypes og diskuteres hvilket ansvar vi som sykepleiere har på dette området i møte med slike pasienter, og ikke minst hvilken påvirkningskraft våre holdninger og fordommer har på nevnte punkter. Hvordan skal sykepleiere være i stand til å styrke pasientens motivasjon for endring hvis vi ikke vet hva rusmisbruk egentlig er, eller hvordan det bør møtes og behandles?

I en amerikansk artikkel skrevet av professor Michael Weiner (2018), diskuteres det hvordan ulike profesjoners behandling av rusavhengige påfører dem skam. Videre tar han et oppgjør med hvordan vi behandler rusmisbruk fra et medisinsk perspektiv, og at disse behandlingsmetodene og påfølgende forventinger bidrar til å skape økt skam blant pasientene. Han definerer rusmisbruk som en kronisk sykdom, som vi (helsepersonell) behandler med episodiske intervensjoner. Ved å følge en akutt-pleie modell forlater vi pasienten med inntrykk av at det eneste målet for suksess er livslangt avhold fra alle typer rus. Når pasienten da opplever symptomer sammen med eventuelle tilbakefall, og må starte behandling på nytt, bidrar vi til å skape skuffelse og skam rundt forløpet (Weiner, 2018). I artikkelen konkluderer han med at det er ulogisk å forvente at en kronisk syk pasient skal være symptomfri livet ut etter kortvarig akuttbehandling. Weiner (2018) skriver følgende:

We set up an expectation that a person with a chronic disease will be symptom-free for the 30 to 35 years he/she will spend in recovery. Does that even make sense? (s.25).

Avslutningsvis rådes vi til å reflektere rundt stigma, fordommer og skam, og om dette er noe vi alt for raskt har akseptert. I løpet av helgen jeg hadde med Tone kjente jeg flere ganger på mine egne fordommer og stigmatisering overfor denne kvinnen, og hvordan disse fordommene kom til utløp gjennom mine handlinger uten at jeg bevisst gikk inn for å uttrykke dem. De var en grunnleggende del av min tankegang som enkeltindivid, og hadde en tydelig påvirkningskraft på omsorgen jeg utøvet. I mine øyne er dette et konkret eksempel på hvor dypt disse fordommene sitter i vår tankegang, og hvor normalisert dette er i vårt samfunn. Det er ubehagelig å bli bevisstgjort egne fordommer, og hvordan det påvirker oss som medmennesker, men det er avgjørende for å kunne endre dem. Gjennom grundig refleksjon har jeg blitt

innforstått med påvirkningskraften disse holdningene har på meg som fremtidig sykepleier og omsorgsarbeider, og jeg ble gjennom samtalene med Tone bevisst på hvordan det påvirket hennes behandlingsopplevelse. Nøkkelen til endring ligger derfor i bevisstgjøring og refleksjon. Vi må tørre å stille de ubehagelige spørsmålene rundt egen atferd for å kunne endre den i positiv retning. Kun gjennom slikt målrettet arbeid vil vi evne å møte alle pasienter på en verdig måte. Den enkelte ansattes forståelsesform kan bli avgjørende for hvordan pleieren møter pasienten. Samfunnets menneskesyn kjennetegnes av det selvbesluttende og autonome mennesket med handlingskraft og uavhengighet. Motsatt er helse- og omsorgstjenestens menneskesyn knyttet til det avhengige, sårbare og svake. Kjernen i dette verdigrunnet må derfor være respekt for nettopp det sårbare og svake, slik at vi kan tilby den omsorgen som behøves. I etikkarbeid møter vi ofte begreper som holdninger, normer, verdier og fordommer. Dette etiske språket står sentralt i sykepleierens arbeid, men er dessverre lite implementert i praksis hvor travleheten er stor. I et såpass omfattende og langvarig behandlingsforløp som rusproblematikk krever, vil uttrykk som *svingdørspasient* og *gjenganger* mulig hindre pasienten i å få nødvendig helsehjelp. Hvis det etiske språket på arbeidsplassen (det å sette navn på holdninger og fordommer) forblir taust der tjenestene utøves, får felles verdier liten eller ingen innflytelse. Hvis vi derimot uttrykker viktige verdier tydelig i hverdagspråket vil kulturen med tid modnes og utvikles i positiv retning (Biong & Ytrehus, 2018). Språk er makt, og språket vi ytrer reflekterer de tanker og holdninger vi som helsepersonell besitter. Hvis sykepleiere preges av kontraproduktive ideologier og stereotypiske synspunkter ville dette ved høy sannsynlighet påvirke pasients behandlingsopplevelse og selvbilde i negativ grad (Chang & Yang, 2013).

Verdighet, omsorg og ivaretagelse

Etiske utfordringer rundt makt, verdighet og personlig dømmekraft dukker stadig opp, og fremtidens sykepleiere vil trolig behøve enda mer etisk kunnskap og kompetanse for å kunne prioritere hva som er nødvendig helsehjelp i en hektisk arbeidsdag. Objektivisering av mennesker er alltid en fare i slike travle handlingsorienterte hverdager. Ifølge boken *Helsehjelp til personer med rusmiddelproblemer* (Biong & Ytrehus, 2018), kan objektivisering ved omsorg for ruspasienter kjennetegnes ved at

den profesjonelle helsearbeideren inntar en tilskuerrolle overfor den andre, og at han mer eller mindre er en ekspert som ”vet best”. Det hevdes videre at forutsetningen for å inngå en fruktig relasjon er at helsepersonellet går over til deltakerrollen, som igjen innebærer å reflektere og jobbe rundt spørsmål om pasientopplevelsen i den konkrete situasjonen. For å mestre dette er det avgjørende å se pasienten som et subjekt, og som en person som er mer enn selve atferden. Prinsippet om to likeverdige subjekter er derfor avgjørende i møte med alle pasienter for å yte korrekt omsorg på en optimal måte. Konkluderende er verdighet altså ikke noe vi kan frata et menneske, men gjennom vår atferd kan vi i praksis krenke den verdighet som andre besitter. (Biong & Ytrehus, 2018). I mitt møte med Tone og andre ruspasienter oppsto det flere situasjoner hvor jeg tydelig følte, og dermed også gav uttrykk for, at jeg visste best. Jeg har i ettertid innsett at jeg ved hjelp av bedre tilnærming kunne bidratt til en mer fruktbar relasjonsbygging. Sykepleieren må gjennom sin atferd vise at pasient og pleier er to likeverdige individer som skal samarbeide for best mulig helsehjelp og pleie. Her blir igjen vår individuelle forståelsesform avgjørende for hva vi gir uttrykk for. Mener du at rusmisbruk er et frivillig valg som i stor grad er selvpåført? Eller mener du at avhengighet er en sykdom som gjør at den avhengige ikke er i stand til å ta rasjonelle beslutninger på et frivillig grunnlag? Jeg skal selvsagt ikke forsøke å peke ut hvilken som er mer korrekt enn den andre, men kun poengtere hvor avgjørende ditt personlige synspunkt er i møte med pasienten. Vi ønsker selvsagt å møte alle pasienter på lik måte, men vil vår forståelsesform ubevisst påvirke vår evne til å gjennomføre dette?

Diskusjonen rundt hvilket ansvar vi som sykepleiere har i møte med disse pasientene er åpenbart sentralt for utøvelsen av yrket. Et annet viktig spørsmål er hvilket ansvar vi har som medmennesker i et velferdssamfunn bygget på verdier rundt empati, omsorg og ivaretagelse. Hvilke menneskesyn finner vi blant norsk helsepersonell, og hvilke verdier er truet i en travel og krevende arbeidshverdag? Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee mente at grunnlagstenkningen i sykepleiefaget burde ha utspring i lidelse, håp, mening og kommunikasjon. Hun la vekt på pasient-sykepleierforholdet, og mente at evnen til å bruke seg selv terapeutisk i møte med pasienter var av høy verdi for den profesjonelle helsearbeideren (Travelbee, 1999). Holdningene vi som sykepleiere har overfor spesifikke pasientgrupper vil ofte gjenspeile samfunnets holdninger, og da særlig overfor rusmisbrukere. Dette er en pasientgruppe som, etter

min oppfatning, er nedprioritert ved helsefaglig utdanning og praktisk utplassering. Mange sykepleiere mangler grunnleggende kunnskap om rusmidler og avhengighet, og stiller derfor med et dårlig utgangspunkt i møte med disse pasientene i praksis. For å oppnå bedre behandling og ivaretagelse må denne pasientgruppen få en større og tydeligere plass innenfor norsk helsevesen. Avdeling for akutt rusbehandling på Bergen legevakt er et godt eksempel på et steg i riktig retning. Jeg har selv hospitert der i forbindelse med denne oppgaven, og fikk i den anledning muligheten til å vitne hvordan verdig rusbehandling ser ut i praksis. Her finner man sykepleiere som evner å skape gode relasjoner og likeverdige menneske-til-menneske-forhold i en utfordrende og tidvis travel hverdag. Uavhengig av teoretisk kompetanse og praktisk erfaring har alle sykepleiere et ansvar for ivaretagelse og omsorg i møte med ruspasienter.

Forholdet mellom pasient og pleier er preget av en ubalanse i makt, og det er derfor ekstremt viktig å være bevisst på hvordan vår oppførsel fra en makthavende posisjon påvirker dette møtet. Vi skal opprettholde profesjonalitet, men vi skal også møte pasienten med et ønske om å oppnå et likeverdig menneske-til-menneske-forhold. Den enorme påvirkningskraften som skapes på grunn av helsearbeiderens makthavende posisjon må utnyttes på en bærekraftig måte. I møte med alle pasienter bør sykepleieren reflektere rundt dette ansvaret, og da særlig overfor de mest sårbare. Samtidig er det viktig å tenke gjennom hvilken påvirkningskraft pasientene har på oss, og hvordan pasient-sykepleier-forholdet kan skape positiv læring for begge parter. Hvordan kan vi utnytte dette møtet til fordel for både pasient og sykepleier? Det er vanskelig å sette et fasitsvar på dette spørsmålet, da alle pasienter og sykepleiere er unike i sin situasjon. Vi kan, til tross for dette, finne grunnpunkter som kan veilede oss til å skape fruktbare møter som gir positive relasjoner for begge parter. Mitt møte med Tone viser hvor mye kunnskap makthavende part kan tilegne seg hvis man er åpensindig.

En engel i hvit uniform

Engler i hvite uniformer er et begrep som i flere sammenhenger har blitt brukt som en positiv beskrivelse av helsearbeidere og deres viktige arbeid. Begrepet er knyttet opp mot omsorgsarbeideren som skal ta vare på deg i dine mest sårbare og trengende

stunder, og som skal skape trygghet gjennom god pleie og omsorg. Når jeg hører dette begrepet undrer jeg meg over hva som skal til for å fortjene denne «tittelen». Er det dette sykepleiere i bunn og grunn er? Er det en slik omsorgsarbeider pasienten trenger?

Pasientperspektivet

Som tidligere nevnt er sykepleiere bærere av sterk posisjonsmakt. Det er en vesentlig forskjell på travle møter preget av en kald og instruerende tilnærming, og møter preget av en åpen, oppmerksom og inviterende tilnærming. En inviterende tilnærming vil gi rom for den andres fortelling, og signalisere et ønske om å yte omsorg ved behov. Vi har alle behov for å bli møtt, sett, forstått og respektert som et likeverdig menneske. Det krever mye selvinnsikt å gjøre seg i stand til å respektere og forstå uten å legitimere eller fordømme. Den etiske utfordringen kan dermed beskrives som å sette vår humanitet inn på å forstå, høre og se andres verdi (Biong & Ytrehus, 2018). Som pårørende har jeg fått innpass i en rekke situasjoner og erfaringen som min bror har opplevd som aktiv rusmisbruker. Noen av disse avslører sjokkerende atferd fra både helsepersonell, politi og andre mennesker han har møtt på sin vei. Atferd som uten tvil bidrar til selvhat, angst, mangel på håp og vilje til endring. Et moment jeg personlig føler går igjen i disse situasjonene er mangelen på interesse og respekt overfor han med rusproblematikk. Alt for få er interessert i din versjon av historien, eller dine meninger angående neste steg. Indirekte blir man gjentatte ganger fortalt at ens synspunkt ikke har noen verdi fordi man lider av denne avhengigheten. Enkeltindividet blir frarøvet både autonomi og verdi på grunn av noe mange vil kategorisere som en sykdom. Er det realistisk å forvente at denne personen, uten ytre motivasjonsfaktorer og håp, skal evne å utføre en enorm livsendring? Hvis jeg som sykepleier ikke makter å legge til side fordommer for å behandle Tone med respekt, kan jeg videre forvente at hun skal samarbeide med meg for å bygge positive relasjoner og skape en rusfri hverdag? Tone var den første pasienten som kalte meg for en engel i hvit uniform. Jeg oppfattet dette som en beskrivelse av hennes behandlingsopplevelse gjennom helgen vi hadde hatt sammen, og en indikator på hvordan min atferd hadde påvirket henne. Setningen *Engler i hvite uniformer* har ingen offisiell definisjon som er knyttet opp mot sykepleiere, men for meg vil den alltid være hellig. Det var min første bekreftelse på

at jeg evnet å være en bedre omsorgsarbeidet gjennom å jobbe med egne fordommer.

Jeg fant ingen klinisk forskning omhandlende hvordan negative holdninger og fordommer påvirker selve behandlingsresultatet og behandlingsopplevelsen. Vi kan, til tross for dette, resonnerer oss frem til hvilken effekt disse momentene har på dem som gjennomgår aktiv behandling. En meget erfaren spesialsykepleier fortalte meg at rusomsorg handler om motivasjon, støtte og veiledning. Hun beskrev seg selv som en avgjørende støttespiller for pasientene, hvor en av de viktigste arbeidsoppgavene var å motivere og bidra til realistisk livsendring. Hun mente at et viktig redskap for å mestre denne rollen var evnen til å skape gode relasjoner, og å bygge videre på dem gjennom behandlingsforløpet. Er det dette som skal til for å opprettholde et verdig pasientperspektiv? Jeg tar meg selv i å tenke på teorien omhandlende dagens behandlingsmodell for rusmisbruk, som ble diskutert under avsnittet *Fordommer og skam – Hva gjør det med oss?* Er det realistisk å behandle en kronisk sykdom med en akutt-pleie modell? Hjelper det egentlig å perfektionere sykepleieres holdninger og handlinger hvis selve behandlingssystemet er bygget på feil grunnlag? Dette blir selvsagt en helt annen diskusjon som det dessverre ikke er rom for å ta i denne oppgaven, men det er fortsatt et viktig poeng som er verdt å tenke på. Hvis vi gjennom helsevesenets behandlingsmodell automatisk påfører pasientene skam og selvforakt, vil sykepleierens individuelle innsats gjerne føles lite effektiv. Uavhengig av dette bør vi fokusere på det som lettere kan endres, og på enkle tiltak, som god relasjonsbygging.

I dagliglivet brukes ordet relasjoner om forbindelser mellom enkeltmennesker, og kan defineres som årsak, forbindelse eller samhörighet (Persvold, 2019). Evnen til å skape gode relasjoner kan dermed virke avgjørende for å motivere brukeren til personlig endring og utvikling, da dette skaper økt tillitt og god innflytelse. Under avsnittet *Mellommenneskelige utfordringer i møte med rus*, drøfter jeg hvordan utdanningssvikt og mellommenneskelige utfordringer setter et betydelig hinder for utøvelsen av sykepleie, derav også pasientatferd. Disse teoriene kan drøftes videre opp mot Travelbee sin modell for utvikling av forholdet mellom pasient og sykepleier. Modellen tar for seg fem ulike faser, som er delt inn under følgende overskrifter: Det innledende møtet, fremvekst av identiteter, empati, sympati og gjensidig forståelse og

kontakt. (Travelbee, 1999). Hun mente at vi gjennom mellommenneskelige relasjoner kunne påvirke den enkeltes holdning til personlig lidelse, og dermed også bruke lidelsen til å finne mening og styrke i vanskelige stunder. Dette samsvarer med den overnevnte spesialsykepleierens beskrivelse av rusomsorgens viktigste oppgaver. Travelbee hadde et sterkt engasjement for en likeverdig relasjon mellom pasient og sykepleier, og påpekte hvordan begge parter har en gjensidig påvirkningskraft på hverandre (Eide & Eide, 2010). Hvilken pleie er vi i stand til å gi ved dårlige relasjoner, og hvilken pleie kan vi gi ved gode? I boken *Psykodynamisk behandling av ruslidelser* (Frøyn & Shaygani, 2010) forklares det hvordan mange avhengige i startfasen bruker rusen for å bedre kunne skape relasjoner, men at den økende avhengigheten gradvis utvikler seg til å bli en belastning for dette. Mange ruspasienter bærer på dårlige erfaringer knyttet opp mot tidligere behandlingsforsøk, som igjen kan gjøre positiv relasjonsbygging vanskelig. For å lettere bygge opp tillit og samarbeid gjennom gode relasjoner, må vi se på de sentrale hjørnesteinene som pasient-og-sykepleier-forholdet bygges opp av. Nettopp her vil jeg trekke inn Travelbee sin modell som et utgangspunkt for en god fremgangsmåte. Hennes oppskrift forklarer de ulike stegene hun mente var nødvendig for å utvikle gunstige forhold for optimalt samarbeid. Basert på de mellommenneskelige utfordringene som er skildret i artiklene tidligere i oppgaven, vil jeg tørre å påstå at denne modellen fortsatt er høyst aktuell som utgangspunkt for optimal pasientkontakt og relasjonsbygging.

Betydningen av sykepleierens rolle

I tillegg til sine fem faser for oppbygging av pasient-sykepleier-forholdet, hadde Travelbee noen klare punkter på hvilke oppgaver som var svært sentrale for sykepleierens rolle. Disse var å anerkjenne pasienten som et unikt og uerstattelig individ, å bruke relasjoner til å utvikle et menneske-til-menneske-forhold til pasienten og å møte behovene til pasient, pårørende og andre involverte (Travelbee, 1999).

Gjennom utdanningen har jeg flere ganger tenkt på hvilken forskjell sykepleieren kan gjøre for pasienten, basert på egne ønsker og mål for praktisering av yrket. Eksempelvis tenker jeg fortsatt på mitt møte med pasienten Tone. Hva gjorde jeg riktig? Hva gjorde jeg galt? Hvilken forskjell kan vi utrette gjennom vilje, målrettethet

og engasjement? Jeg snakker ikke spesifikt om vår plikt som sykepleiere, eller hva vi kan forbedre gjennom endring av holdninger, men heller «det lille ekstra» vi kan gi om vi er villig. Dette kan selvsagt være så mangt, og jeg tror de fleste vil si seg enig i at små handlinger kan ha stor påvirkningskraft i både positiv negativ retning. Jeg prøver for all del ikke å si at man som sykepleier skal være i stand til å «gi det lille ekstra» til alle pasienter man møter, men at vi gjennom vår rolle bør prøve å se hvem som virkelig trenger det. Under *Min erfaring som pårørende* snakker jeg om hvordan små handlinger kan ha svært krenkende effekt på den det berører. Motsatt kan vi velge å fokusere på hvordan relativt enkle handlinger også kan styrke selvfølelse og håp. Over tid vil disse handlingene potensielt ha enorm innflytelse på hvordan pasienten ser på seg selv og sin egen fremtid, og vi må derfor prøve å bevisstgjøre hverandre på hva våre holdninger og handlinger signaliserer. Vil vi ikke være blant de menneskene som bidrar til bedre psyke, og håp om en positiv livsendring? Ved å fokusere på målet med interaksjonen med pasienten mener jeg at vi enklere kan vise omsorg og respekt gjennom pleien vi gir. Gjennom utdanningsforløpet har jeg flere ganger blitt fortalt at sykepleiere skal fungere som pasientens advokat i vanskelige situasjoner. Vi er uten tvil den profesjonen innen helsefag som tilbringer mest tid med pasientene, og som dermed også har mulighet til å se personen bak lidelsen. Denne rollen gir et stort ansvar, men bringer også med seg mange muligheter. Det er ikke sjeldent at pasienter med gode erfaringer fra helsesektor forteller historier om fantastiske sykepleiere som gjorde behandlingsforløpet utallige ganger bedre. Når jeg hører disse historiene tenker jeg selvsagt at det er en slik sykepleier jeg ønsker å bli. Spørsmålet er bare hvordan jeg oppnår dette. Må jeg ta videreutdanning på videreutdanning til kunnskapsbegeret renner over? Må jeg legge bak meg 20 år med erfaring? Dette er selvsagt ikke annet enn fordeler, men jeg tror ikke det er absolutte nødvendigheter for å mestre rollen.

De siste årene har jeg flere ganger blitt spurt om hvorfor jeg valgte å studere sykepleie. Svaret mitt har hele veien vært at sykepleiere har en helt unik rolle overfor pasientene. En rolle jeg personlig mener du ikke finner hos noen andre profesjoner i helsesektor. Det er vi som tar deg imot, og som sender deg videre. Det er vi som vekker deg om morgenen, og som er der ved de søvnløse nettene. Det er vi som vasker deg når du ikke greier det selv, og som sitter ved sengekanten når du ikke kan være alene. Det er vi som kommer når du drar i ringesnoren, og som overvåker

deg når tilstanden er kritisk. Det er vi som er der tjuefire timer i døgnet, syv dager i uken, hele året. Jeg mener at sykepleierens rolle uten tvil er uvurderlig, og det er et yrke jeg vil bære med stolthet. Det er et yrke med mye ansvar, men også med mange gylne øyeblikk og mye glede. Blant all denne perfektionismen av yrket vil jeg nevne at sykepleiere «bare» er mennesker, og at mennesker er imperfekte. Vi har vanskelige dager, tar gale valg og bærer med oss fordommer. Poenget mitt er at vi gjennom vårt yrke har muligheten til å gjøre en betydelig forskjell for utallige mennesker, og at vi burde strebe etter å utnytte disse mulighetene etter beste evne. En sykepleier som streber etter å utrette gode ting, vil også ofte bli en god sykepleier.

Veien videre

Da jeg valgte tema til denne oppgaven var det med et ønske om å skrive en gjennomgående god oppgave om et tema som står meg nært. Jeg har forsøkt å diskutere problemstillingen min på en objektiv måte, med innslag av personlige erfaringer og tanker. Jeg håper at oppgaven taler til både nyutdannede og «gamle travere» på arbeidsplassen, og at jeg gjennom refleksjon og diskusjon har evnet å belyse viktige momenter vedrørende fremtidig rusomsorg. Jeg skulle ønske jeg kunne takket Tone for hennes åpenhet gjennom vårt møte. Hun vil for alltid være en helt spesiell pasient for meg da hun gjorde sterkt inntrykk. Ikke minst har hun, i tillegg til min bror, vært en stor inspirasjonskilde for denne oppgaven.

Avsluttende tanker

Gjennom de ulike artiklene som er presentert i oppgaven kommer det tydelig frem at betydningen av sykepleieres holdninger og handling er større enn først forventet. Ruspasienter er en sårbar gruppe som er spesielt avhengig av gode relasjoner for å kunne motiveres til en omfattende livsstilsendring, og det er derfor avgjørende at vi som sykepleiere gjør vårt ytterste for å skape dette. Gjennom diskusjon og refleksjon har det kommet frem at pasient-sykepleier-forholdet er svært komplekst, og at det er en rekke uforutsigbare faktorer som spiller inn på hvordan dette forholdet utspiller seg. Som sykepleier støter man ikke sjeldent på vanskelige pasientmøter som krever både faglig kompetanse og praktisk erfaring for å mestres på best mulig vis. Det ligger mye ansvar i å være den makthavende parten i dette samarbeidsforholdet, men noe ansvar ligger også på pasienten. Mellommenneskelige utfordringer kan

vanskeliggjøre all behandling, og det har gjennom oppgaven kommet frem at negativ pasientatferd hos ruspasienter er en avgjørende faktor for sykepleierens motivasjon til god behandling og pasientkontakt. Dårlige erfaringer bidrar til å skape negative relasjoner, og til å bygge opp fordommer blant helsepersonell. Etter å ha skrevet denne oppgaven er min oppfatning at det ikke finnes en fasit på hvordan å forebygge fordommer til fordel for bedre pasientkontakt, men at det krever en rekke tiltak som må implementeres gjennom helsefaglig utdanning og opplæring. Oppgaven har praktisk overføringsverdi da den fokuserer på forholdet mellom pasient og sykepleier, og fordi det diskuteres dagsaktuelle problemstillinger i møte med ruspasienter. Majoriteten av sykepleiere vil møte på aktive rusmisbrukere, uavhengig av institusjon og avdeling, og jeg mener derfor at det er viktig med grunnleggende kunnskap om hvordan vi skal ta hånd om denne pasientgruppen. Det gagnar verken pasient eller sykepleier at behandlingen er mangelfull, og da spesielt ikke hvis de negative situasjonene og problemstillingene som oppstår kan løses ved hjelp av økt kunnskapsnivå og forebygging av fordommer.

Avsluttende vil jeg reflektere rundt mitt eget læringsutbytte gjennom å skrive denne oppgaven. Hva har jeg egentlig lært gjennom måneder med kildekritikk, skriveøkter og personlig refleksjon? Noe av det viktigste jeg har lært er at fordommer eksisterer i oss alle, og at det er tilnærmet umulig å eliminere dem. Det som er avgjørende er hvorvidt vi aksepterer den effekten det har på oss, for å videre kunne jobbe aktivt med å ikke la det påvirke omsorgen og sykepleien vi utøver. Jeg vil også nevne at jeg ved starten på denne oppgaven var veldig fokusert på hvilke «feil» vi som sykepleiere gjorde i møte med ruspasienter. Gjennom å bearbeide kildene mine oppnådde jeg et bredere perspektiv på hva som gjør møter med disse pasientene utfordrende. Jeg har blitt innforstått med at også pasienten bærer et stort ansvar for hvordan relasjoner bygges, og at ikke alt ansvar kan legges på sykepleiere som yrkesgruppe. Det krever to velvillige individer for å skape gode relasjoner og et gunstig samarbeid. Gjennom å reflektere rundt mellommenneskelige utfordringer har jeg også blitt bevisst på de krevende situasjonene sykepleiere er forventet å håndtere i møte med ulike pasientgrupper, og hvordan omstendighetene rundt situasjonen kan skape ytterlige begrensninger. Det er selvsagt viktig å ikke legge for mye ansvar og urealistiske mål for en yrkesgruppe som allerede drukner i arbeidsoppgaver med strenge tidsbegrensninger. Det som derimot er viktig er å skape

best mulig forutsetninger for å lykkes. Dette gjøres gjennom tilstrekkelig kunnskap, og forebygging av fordommer på arbeidsplassen. Sykepleierens kunnskap vedrørende rusmidler og hvordan de virker er svært viktig for å oppnå en helhetlig forståelse av pasienten. Behandlingsforløpet krever tålmodighet og utholdenhet fra begge parter, og et godt samarbeid bygget på gjensidig tillitt vil skape bedre forutsetninger for å lykkes. Det er pasientens opplevelse av relasjonens kvalitet som har betydning for behandlingsresultatet, og en dyktig sykepleier bør derfor evne å være empatisk i møte med alle sine pasienter.

Bibliografi

- Biong, S., & Ytrehus, S. (2018). *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. Oslo: Cappelen Damm As.
- Chang, Y.-P., & Yang, M.-S. (2013, April 1). *Nurses' Attitudes Toward Clients With Substance Use Problems*. Hentet fra CINAHL: 10.1111/ppc.12000
- Eide, H., & Eide, T. (2010). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Fekjær, H. (2016). *Rus*. Oslo, Østlandet, Norge: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Ford, R. (2014, Desember 17). *Interpersonal challenges as a constraint on care: The experience of nurses' care of patients who use illicit drugs*. Hentet fra Contemporary Nurse: 10.5172/conu.2011.37.2.241
- Frøyn, P., & Shaygani, S. (2010). *Psykodynamisk behandling av ruslidelse*. Oslo: Universitetsforlaget .
- Helsedirektoratet. (u.d.). *www.helsebiblioteket.no*. Hentet fra www.helsebiblioteket.no:
<https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/rop/2-definisjoner-metode/2.3-rusdiagnoser-icd-og-dsm/2.3.2-avhengighet-i-icd-10>
- Kraft, P. (2016). *Rusmiddelavhengighet. Et psykologisk perspektiv*. Oslo, Østlandet, Norge: Universitetsforlaget AS.
- Kvaal, B. (2013, Desember 3). *Rop.no*. Hentet fra [Rop.no](http://rop.no):
<https://rop.no/aktuelt/sykepleiere-tar-med-seg-negative-holdninger-i-jobben/>
- Landsforbundet mot stoffmisbruk. (2018). *motstoff.no*. Hentet fra motstoff.no:
<https://motstoff.no/om-lms/>

Persvold, A. Z. (2019, Januar 8). *Relasjon*. Hentet fra Store norske leksikon:

<https://snl.no/relasjon>

Svartdal, F. (2018, Juni 8). *Holdninger*. Hentet fra Store norske leksikon:

<https://snl.no/holdning>

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleiere*. Oslo, Østlandet, Norge: Gyldendal akademisk.

Weiner, M. (2018, Januar 1). *Eliminate stigma from the inside out*. Hentet fra

CINAHL:

<http://web.a.ebscohost.com.galanga.hvl.no/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=97fbaf20-cd2f-4b0a-b2bf-ab29eba04435%40sessionmgr4008>