



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: **Sjukepleie, forskning og fagutvikling -
Bacheloroppgave**

Emnekode: **SYKHB3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 20.02.15 kl 14.00

Kandidatnr.: 30

Antall ord: 8979

**Hvilken betydning har
helsepersonaleets profesjonelle
holdning for recovery hos pasienter i
legemiddelassistert rehabilitering?**

Bachelor i sykepleie, avdeling for helsefag

Kull 2012

Antall ord: 8979

Sammendrag

Bakgrunn: Rusmiddelavhengige er en stigmatisert gruppe i både samfunnet og i helsevesenet, og negative holdninger ovenfor denne gruppen kan være et problem i behandlingen. Å være profesjonell sykepleier kan bli sett i sammenheng med holdninger. Pasienter i legemiddelassistert rehabilitering er en voksende gruppe, og det foreligger flere dilemmaer i forhold til denne formen for behandling. Forskning viser positive resultater, men det finnes fortsatt hindre å overkomme. Recovery er et begrep som blir mer og mer tatt i bruk i behandling av rusmiddelavhengige, og det fokuseres på å finne indre motivasjon, og evne til å leve et tilfredsstillende liv sett ifra pasientens syn.

Hensikt: Hensikten med oppgaven var å finne ut hvilken betydning helsepersonalets profesjonelle holdning har for recovery hos pasienter i legemiddelassistert rehabilitering. Fokus er hvordan holdninger skapes, og hvordan man kan oppnå at negative holdninger reduseres, samt å undersøke hvilke faktorer som hemmer eller fremmer recovery hos denne gruppen.

Metode: En systematisk litteraturstudie basert på relevant litteratur og forskning.

Funn: Det er klare funn som sier at rusmiddelavhengige er blant den mest stigmatiserte gruppen mennesker, både når det gjelder helsepersonell og samfunnet ellers. Ved LAR-sentrene er det ulike fokus som er hovedmål i behandlingen, og dette fører til både ulike holdninger blant de ansatte, samt ulike behandlingsresultat. Når det gjelder recovery finnes det flere ulike faktorer som kan både hemme og fremme prosessen. Videre ser man at det er behov for økt kunnskap innenfor feltet, for å redusere negative holdninger og stigmatisering.

Oppsummering: Forskning viser at det vil være fremmende for recovery hos LAR-pasienter, at sykepleiere har en profesjonell og positiv holdning ovenfor dem som en gruppe. Dette vil være et bidrag til at de blir behandlet med respekt, og føler seg likeverdige, som igjen fører til mindre stigma og økt livskvalitet.

Abstract

Background: Substance abusers are a stigmatized group in society and in health care, and negative attitudes towards this group can be a problem in treatment. Being a professional nurse can often be seen in context with attitudes. Patients in opioid maintenance treatment is an expanding group, and there is several dilemmas in relation to this form of treatment. Research shows positive results, but there are still some obstacles to overcome. Recovery is a term that is becoming more and more used in the treatment of drug addicts, and focus on finding inner motivation, and the ability to live a fulfilling life seen from the patient's point of view.

Aim: The purpose of the study was to determine the significance professional attitude has according to recovery of patients in OMT. The focus is how attitudes is created, and how to achieve reduction of negative attitudes, and to examine the factors that inhibit or promote recovery in this group.

Method: A systematic literature review based on relevant literature and research.

Findings: There are clear findings who says that drug addicts are among the most stigmatized group of people, both in terms of healthcare and community. The maintargets in OMT varies from the different centers, and this leads to both different attitudes among employees, as well as various treatmentoutcomes. Regarding recovery, there are several factors that can both inhibit and promote the process. We can see that there is a need for increased knowledge in the field, to reduce negative attitudes and stigma.

Summary: Research shows that having a professional attitude towards patients in OMT, will be beneficial for their recovery. This will be a contribution for them to be treated with respect and feel equal, which in turn leads to less stigma and increase quality of life.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	6
1.2 Hensikt.....	7
1.3 Presentasjon av problemstilling.....	7
1.4 Presisering og avgrensing av problemstilling.....	7
2.0 Teori.....	8
2.1 Sykepleiefaglig teori.....	8
2.1.1 Hva betegner en profesjonell sykepleier?.....	8
2.1.2 Menneske-til-menneske-forholdet.....	9
2.2 Hvordan dannes holdninger?.....	10
2.3 Fakta om legemiddelassistert rehabilitering (LAR).....	11
2.3.1 Historikk.....	11
2.3.2 Legemidlene som brukes i behandlingen.....	12
2.3.3 Målgruppe og målsetting for LAR.....	12
2.4 Recovery.....	13
2.4.1 Recovery som personlig og sosial prosess.....	14
2.4.2 Sentrale områder for recoveryorientert psykisk helsearbeid.....	15
3.0 Metode.....	16
3.1 Presentasjon av litteraturstudie som metode.....	16
3.2 Kvalitativ og kvantitativ forskning.....	16
3.3 Praktisk fremgangsmetode.....	17
3.4 Forskningsetikk og kildekritikk.....	18
4.0 Resultat.....	19
4.1 «Staff attitudes and the association with treatment organisation, clinical practices and outcomes in opioid maintenance treatment».....	19

4.2 «Effects of Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) Education and Training on Nursing Students` Attitudes Toward Working With Patients Who Use Alcohol and Drugs».	19
4.3 «Comparing stigmatising attitudes towards people with substance use disorders between the general public, GP`s, mental health and addiction specialists and clients».	20
4.4 «Working with substance use: Levels and predictors of positive therapeutic attitudes across social care practitioners in England».	21
4.5 «The core of love when caring for patients suffering from addiction».	22
4.6 «Å delta med det du kan: Betydningen av meningsfulle aktiviteter i recoveryprosesser».	22
4.7 Oppsummering	23
5.0 Drøfting	24
5.1 Å danne holdning som sykepleier	24
5.2 Holdninger i arbeid med rusmiddelavhengige.	25
5.3 Etske dilemmaer ved LAR som behandlingsform.	26
5.4 Profesjonell holdning som gir næring til, eller forhindrer recovery.	27
5.4.1 Hvilke faktorer bidrar til å gi næring til recovery med tanke på miljø og relasjoner?	28
5.4.2 Hvordan kan sykepleiers holdninger påvirke recovery?	28
5.5 Recovery i LAR.	29
6.0 Avslutning.	30
Referanseliste.	31

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har valgt å skrive om mennesker som er i legemiddelassistert rehabilitering - LAR, og hvordan deres bedringsprosess kan påvirkes av profesjonell holdning. Bedringsprosess vil beskrives med begrepet «recovery» i denne oppgaven. Dette er et aktuelt tema, og LAR er et forholdsvis nytt medisinsk opplegg i Norge som vi enda har mye å lære om. Man kan diskutere om det er etisk riktig å gi folk «lovlig narkotika», eller om man heller skulle lagt mer vekt på behandling uten bruk av medikamenter. Haga (2012) beskriver at dette et etisk dilemma, og at det i fagmiljøet diskuteres om LAR bør brukes istedenfor lengre avrusning, og langvarig opphold på institusjon med hensikt å følge menneskene tilbake i samfunnet over lengre tid. Hole (2013) sier at dette dilemmaet har preget utviklingen i Norge, men at en positiv side er at en diskusjon som tidligere var preget av sterke motpoler, i dag er mer nyansert. LAR har blitt en viktig, integrert del av den samlede behandlingsinnsatsen her til lands.

Holdninger blant sykepleiere er interessant å belyse, da dette er noe man vil oppleve å kunne se forskjeller på, spesielt i arbeid med rusmiddelavhengige, som er en stigmatisert gruppe i samfunnet. Å bli behandlet med respekt kan antas å være vesentlig for deres tilfriskning. Min erfaring er at det alltid vil finnes mennesker som er utdannet helsepersonell, som vil ha en negativ holdning ovenfor denne gruppen. Dette underbygges av studier som fremkommer i en prosjektoppgave av Øverness og Bøgwald (2007).

Jeg vil først og fremst se på hva profesjonell holdning er, og hvordan holdninger dannes. Videre går jeg inn på hva LAR er og hvem målgruppen av dette tilbudet er. Begrepet recovery skal defineres, og det vil belyses hvordan man bruker dette i sammenheng med psykisk helsearbeid, samt hvordan dette kan påvirke pasientenes prosess mot et bedre liv. Jeg vil også se på sammenhengen av fordommer mot selve behandlingen, og om dette har noen innvirkning på hvordan pleiepersonell utfører sine handlinger.

1.2 Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å få økt kunnskap om hvordan våre holdninger spiller en rolle for rusmiddelavhengiges bedringsprosess. Jeg har valgt å fokusere på pasienter som er i legemiddelassistert behandling, da dette er et kontroversielt behandlingsopplegg.

Erfaringsmessig, både som sykepleierstudent og som borger i samfunnet, oppleves det at en gruppe til stadighet blir stigmatisert. Rusmiddelavhengige synes å være en gruppe «alle» har en mening om. Hvordan holdninger dannes, og hvordan dette i arbeidslivet påvirker pasientene, er noe som er viktig å få en forståelse for. Recovery er en måte å tenke på som går på pasientenes egne premisser og ressurser. Det er viktig at vi ikke lar våre egne holdninger mot et eventuelt behandlingsopplegg, som i denne oppgaven er LAR, påvirke pasientenes motivasjon til å skape seg et tilfredsstillende og meningsfullt liv.

1.3 Presentasjon av problemstilling

«Hvilken betydning har helsepersonalets profesjonell holdning for recovery hos pasienter i legemiddelassistert rehabilitering (LAR)?»

1.4 Presisering og avgrensning av problemstilling

Jeg vil avgrense problemstillingen ved å ikke inkludere pårørende og gravide brukere av LAR, da dette er så store områder å skulle dekke. Selv om det er vesentlig at pasienten kommer først, har jeg valgt å fokusere mest på at det blir sett ifra pleierne sin side. Jeg valgte dette på bakgrunn av at det er viktig for meg å fokusere på holdningsdannelse fram mot min ferdige utdanning, og selvsagt også videre i arbeidslivet.

Aktuelle søkeord er profesjonell holdning, holdninger, LAR, rusmiddelavhengighet, rusmisbruk og recovery.

2.0 Teori

2.1 Sykepleiefaglig teori

2.1.1 Hva betegner en profesjonell sykepleier?

Travelbee mener at man for å være en profesjonellsykepleier skal ha gjennomgått en sykepleierutdanning på høyskole, hvor målet er at man i løpet av utdanningen skal tilegne seg en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte til pasientenes problemer, og lære å bruke seg selv terapeutisk. Måten den profesjonelle sykepleieren anvender sin tilegnede tilnæringsmåte i praksis vil komme an på personlige egenskaper, og personligheten er en integrert del av vedkommende. Man må være i stand til å tenke, og en trenger begreper, fakta og prinsipper å tenke med (Travelbee, 2003, s 42). Travelbee sier også noe om den ikke-dømmende holdningen. Dette begrepet kan være vanskelig å tro på realistisk sett, da alle mennesker har en tendens til å dømme andres atferd. En sykepleier bør gå inn for å bli bevisst på hvilke «dommer» en selv feller angående pasienten. Når bevisstheten om hvordan man selv dømmer er klar, kan man evaluere hvordan dette så har innvirkning på møtet med pasienten (Travelbee, 2003, s. 198).

Å være profesjonell betyr at man ivaretar en pasient ut ifra hans særegne behov for helsehjelp. Dette er man som sykepleier forpliktet til, både etisk og juridisk. Man skal ikke behandle den syke på grunnlag av hans personlige trekk og egenskaper, men på grunnlag av hans situasjon, fysisk, psykisk og sosialt. Prinsippet om rettferdighet sier at alle skal ha lik tilgang til helsetjenester uavhengig av personlig tilknytning til helseapparatet, sosial status eller kjønn (Kristoffersen & Nordtvedt, 2011, s. 85-86).

Som sykepleier står det sentralt å bidra til at mennesker som mottar velferdstjenester, skal kunne mestre livet sitt og at man behandler dem med verdighet. Man må ta hensyn til at mennesker er forskjellige, har ulike behov og lever i ulike livssituasjoner. For at dette skal oppfylles må man inneha relevant kunnskap og ha en væremåte som innebærer profesjonell imøtekommenhet, og man må ha holdninger som samsvarer med verdiene innenfor profesjonen. Man må være bevisst på at yrkesutøvelsen preges av hvordan man er som menneske, noe som fører til at man må ha viljen til å kunne se kritisk på sin egen væremåte (Damsgaard, 2010, s. 18-19).

2.1.2 Menneske-til-menneske-forholdet

Joyce Travelbees definisjon av sykepleie bygger på et eksistensielt menneskesyn. Sykepleie består i å hjelpe den syke å finne en mening med situasjonen han befinner seg i. Hun mener at dette skjer gjennom etablering av et menneske-til-menneske-forhold, og at det er sykepleierens oppgave å etablere dette forholdet. I følge henne etableres dette gjennom en prosess av interaksjoner som har flere faser, som når toppen ved en gjensidig forståelse og kontakt:

- Et innledende møte
- Fremvekst av identitet
- Empati
- Sympati

Et kjennetegn ved et slikt forhold er at begge parter, både sykepleieren og den syke, oppfatter og forholder seg til hverandre som unike menneskelige individer. Fasadene som «sykepleier» og «pasient» må overskrides før en kan nå inn til hverandre som individer. For å oppfylle sykepleiens mål og hensikt, som er å hjelpe et individ med å forebygge og mestre sykdom og lidelse, må man bruke menneske-til-menneske-forholdet som et virkemiddel. All kontakt sykepleieren har med pasienten, kan være et steg på veien mot å skape dette forholdet. Det vil være vesentlig at pleieren aktivt og bevisst går inn for å lære pasienten å kjenne, og på den måte finne frem til hvilke behov som bør stå i fokus, og ivareta dem (Travelbee, 2003, s171-172).

Definisjon: *«Et menneske-til-menneske-forhold er primært en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom en sykepleier og de(n) hun har omsorg for.*

Hovedkjennetegnet ved disse erfaringene er at den syke (eller familien hans) får sine behov ivare tatt». Menneske-til-menneske-forholdet blir opprettholdt av den profesjonelle sykepleieren, og er målrettet bygd opp (Travelbee, 2013, s. 177).

Det er altså flere sider å ta hensyn til når det kommer til det å være profesjonell. Man skal ta hensyn til både etiske og juridiske sider, samtidig som man skal være et medmenneske og behandle pasientene med respekt og verdighet.

2.2 Hvordan dannes holdninger?

Renolen (2008) beskriver at en holdning består av tre ulike deler, nemlig følelser, atferd og tanker. Det finnes definisjoner som fokuserer på de følelsesmessige delen av holdningen, mens andre igjen legger mer vekt på et tankemessige og atferdsmessige. Når det gjelder den følelsesmessige delen kan man si at det vil være en generell og varig følelse, som er enten positiv eller negativ, ovenfor en person, et tema eller et objekt. Denne tolkningen er da basert på hva vi føler. Hvis man skal se på en mer tanke- og handlingsmessig del av det, viser det hvordan vi handler i forhold til hva vi føler og tenker om et gitt objekt, tema eller person. Følelser og handling henger ikke alltid sammen, og mange handler annerledes enn tankene skulle tilsi at de gjorde (Renolen, 2008, s. 207).

Holdningsdannelse vil si hvordan holdning dannes. Vi blir daglig utsatt for forsøk på å påvirke og utfordre våre holdninger. Dette skjer ved at vi leser en avis, ser på TV, snakker med andre, hører en debatt (Renolen, 2008, s. 207). Rus er en av samfunnets største helsepolitiske utfordringer, og rusmiddelavhengighet er noe de fleste har en mening om. Gruppen blir ofte eksponert i media og ofte fremstilt på en negativ måte, som slitne, møkkete og alltid på jakt etter mer stoff. De blir fremstilt som en gruppe syke mennesker som oppholder seg i offentlige rom eller parker. Dette viser en «oss og dem» side av saken, og man kan glemme at det egentlig handler om oss alle (Lossius, 2012, s 27-28).

I et læringsperspektiv, som studenter og sykepleiere er i, er holdninger aktivt lært via direkte eller indirekte erfaringer. Holdninger vil også dannes på grunnlag av ego-forsvar som kan være basert på frykt –fremmedfrykt- for en person eller handlingen til en person, som gjør at man føler behov for å beskytte seg (Renolen, 2008, s. 208-209). Flere helsearbeidere vet ikke hvordan de skal forholde seg til ruspasienter, da denne gruppen kan bli sett på en gruppe som ofte lager bråk, stjeler og kan oppføre seg truende mot personalet. Rusmiddelavhengighet kan føre til dårlig impuls- og affektkontroll, og terskelen for å miste besinnelsen kan være mye lavere for denne gruppen. At helsearbeidere tolker pasientens fortvilelse og frustrasjon som dårlig atferd, kan gjøre det vanskelig å møte pasienten uten sanksjoner (Losius, 2012, s. 29).

Inntrykk vi blir utsatt for i media kan i stor grad påvirke hvordan vi utvikler en negativ og stigmatiserende holdning overfor denne gruppen mennesker. Historier fra medarbeidere om hendelser som har skjedd på arbeidsplassen, vil også kunne føre til frykt i møte med en

rusmiddelavhengig. Det er flere sider som spiller inn for at en holdning dannes, og et grunnlag for en negativ holdningsdannelse vil være for lite kunnskap og lite egenerfaring på området.

2.3 Fakta om legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

I § 3 i forskrift om legemiddelassistert rehabilitering blir behandlingen beskrevet som en tverrfaglig spesialisert behandling, hvor det rekvireres vanedannende legemidler i en bestemt dose, som inngår som et deltiltak i et helhetlig rehabiliteringsforløp. Dette kalles for substitusjonsbehandling (LAR-forskriften, 2009).

2.3.1 Historikk

LAR er en behandlingsmodell for avhengige av opioider, fortrinnsvis heroin, og ble først introdusert av Dole og Newswander i USA på 1960-tallet. Modellen gikk da under benevnelsen Methadon Maintenance Treatment. Sverige fulgte tidlig opp, og startet sitt første metadonprogram allerede i 1966, ved bruk av modellen som ble introdusert av Dole og Newswander. De fleste europeiske land hadde lenge en restriktiv holdning til substitusjonsbehandling, og det var først i 1980-årene at behandlingsformen ekspanderte, sett i forbindelse med HIV-epidemien. Den første medatonstøttende behandlingen kom i gang som et forsøksprosjekt i etterkant av HIV-epidemien i 1991, som et prosjekt for AIDS-syke i Oslo. Videre gjorde høye overdosedødsfall og økende sykkelighet blant opioidavhengige utslaget for at nok et forsøksprosjekt, Metadon i Oslo, startet opp i 1994. Erfaringene fra disse prøveprosjektene ga gode resultater, og det la føringer for at Stortinget i 1997 vedtok å gjøre behandlingstilbudet landsdekkende, og dette trådte i kraft i 1999 (Haga, 2012, s. 364-365)

Det ble i 1997 opprettet egne regionale sentre som hadde ansvar for etableringen innenfor felles nasjonale retningslinjer, men disse ble senere justert. I 2000 ble det foreslått å forskriftsfeste tilbudet hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven, samt å etablere nasjonale retningslinjer i regi av Helsedirektoratet. Forskriften for LAR ble gjeldende fra 2010, samtidig som den nasjonal faglige retningslinjen for LAR kom (Hole, 2013, s. 150-151). LAR som behandlingstilbud er nå integrert i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). I planleggingsfasen ble antallet med behov for denne behandlingen anslått til å ville være mellom seks og syv hundre pasienter. Høsten 2009 var det midlertidig 5500 pasienter, og

innen årsskiftet 2011/2012 var tallet oppe i 6640 (Haga, 2012, s. 365). I følge Hole (2014) viste nøkkeltall fra en rapport i 2013 at det på daværende tidspunkt var 7038 pasienter i LAR-behandling. Dette viser at pågangen er økende.

2.3.2 Legemidlene som brukes i behandlingen

Det er Buprenorfin og metadon som er godkjent for substitusjonsbehandling i Norge i dag. Legemidlenes funksjon er at de i stor grad blokkerer virkningen av og sug etter heroin og andre opioider (Haga, 2012, s. 366). Helsedirektoratet har anbefalinger som omhandler valg av riktig medikament, og under sentrale anbefalinger kommer det frem at Buprenorfin bør være et førstevalg i substitusjonsbehandling. Dette på tross av at det i randomiserte studier ikke er dokumentert vesentlige forskjeller ved samlet vurdering av bivirkningene. Dette gir ikke et grunnlag for entydige argumenter for å velge det ene preparatet fremfor det andre, men det er en anbefaling. Anbefalingen er klassifisert i gruppe D, som vil si at det er basert på kliniske erfaringer i den gruppen som har utviklet retningslinjene og annen ekspertise. Her er også etiske, politiske og økonomiske forhold lagt til grunn (Helsedirektoratet, 2011).

2.3.3 Målgruppe og målsetting for LAR

I begynnelsen var det strenge krav til hvem som kunne få substitusjonsbehandling i Norge, blant annet skulle man være over 25 år og ha hatt et opiatdominert misbruk i ti år, og annen behandling skulle være prøvd i forkant. Etter 2010 ble det eneste kriteriet for LAR pasienter at de skulle ha opioidavhengighet diagnostisert etter ICD-10/DSM-IV, og avhengigheten skal være av en viss varighet og omfang. Alderskriteriet er altså tatt bort, men det er ikke dermed sagt at det ikke fokuseres på at yngre brukere skal ha prøvd ut annen behandling først (Haga, 2012, s. 367). I 2013 viser tall at av de over 7000 pasientene som var i behandlingen, var gjennomsnittsalderen 41,8 år og kjønnsfordelingen 70% menn og 30% kvinner. 30% av disse har ikke hatt episoder med rus det siste året, og halvparten vurderes å fungere «som andre» (Hole, 2014, s. 152).

Målsettingen er rusfrihet, bedret livskvalitet og helse, og yrkesmessig og sosial rehabilitering. I de nye retningslinjene blir det nå også lagt stor vekt på individuell tilrettelegging med graderte målsettinger ut ifra funksjonsnivå og ressurser. Hovedmålet for behandlingen er å gi

den enkelte hjelp til å oppnå sitt optimale helsemessige, sosiale og yrkesmessige funksjon- og mestringsnivå. I tillegg vil skadereduksjon være et mål i behandlingen, samt at pasienten skal føle stabilisering i en tilværelse med bedret egenomsorg og mindre kriminalitet (Haga, 2012, s. 367-368). Under «Merknader til forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR-forskriften)» kommer det frem at rehabiliteringsmålsettingen er rusmestring og eventuelt medikamentfrihet. Det er likevel ikke en forutsetning at pasientene oppnår en faktisk rusmestring, eller medikamentfrihet, for å få bli i behandlingen, da uteblivelse av dette ikke vil danne grunnlag for opphør av behandlingen. Her skal det ses på hvilke individuelle muligheter og forutsetninger hver enkelt har for rehabiliteringspotensiale. Behandlingen skal ta høyde for at behandlingsprogresjonen skjer gradvis og over lang tid. Man skal ha realistiske rehabiliteringsmål for pasienten (LAR-forskriften, 2009).

2.4 Recovery

Recovery har vært aktivt brukt i Norge de siste 15 årene, men har en lang historie før dette, og sees tilbake til 1900-tallet. Kraepelin beskrev da at recovery er mulig for mennesker med alvorlige psykiske lidelser, og forkastet på denne måten forståelsen av at kronisk psykisk lidelse var livslang og håpløs. Recovery-perspektivet bygger hovedsakelig på systematisert kunnskap om pasientens egne erfaringer med det å komme seg igjennom, eller leve med rusproblemer. Det som bør gjelde i psykisk helse er at ingen skal defineres som for «psykisk lidende» til å kunne leve et selvstendig, meningsfullt og verdig liv i sitt valgte lokalmiljø. Recovery dreier seg altså om å ha en grunnleggende holdning om at vi alle er en del av den samme menneskeheten, og at alle har like rettigheter, alle har ressurser, kompetanse og vekstpotensialet (Karlsson & Borg, 2013, s. 64-66).

Det finnes som sagt flere definisjoner på recovery, og her er et utvalg av noen (Karlsson & Borg, 2013, s. 67-68):

William A. Anthony, en amerikansk psykolog og tidligere leder for Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University, skrev i 1993: «*Recovery er en dypt personlig, unik prosess som innebærer endring av ens holdning, verdier, følelser, mål, ferdigheter og/eller roller. Det er en måte å leve et liv på som gir håp, trivsel og mulighet til å bidra, på tross av begrensningene som de psykiske problemene representerer. Recovery innebærer ny mening og nye mål for livet, og muligheter til å vokse og utvikle seg*»

South London and Maudsly NHS Foundation Trust (2007) bruker denne definisjonen:

«Recovery handler om å leve et så godt liv som mulig»

Implementing Recovery through Organisational Change, en omfattende tjenesteutvikling i England, anvender denne definisjonen:

«Recovery handler om å skape seg et meningsfullt og tilfredsstillende liv, slik som personene selv definerer det, med eller uten symptomer og problemer som kan komme og gå».

Den siste definisjonen er den jeg velger å ta videre med i oppgaven, da denne er en god beskrivelse på hva recovery står for i dag, samt et godt eksempel på det å leve et tilfredsstillende liv på tross av noe; i denne oppgaven bruk av medikamenter i LAR.

2.4.1 Recovery som personlig og sosial prosess

I brukermiljøer blir recovery som en personlig prosess spesielt vektlagt. Det ligger en enorm egeninnsats, tålmodighet og styrke i det å gjennomgå denne prosessen. Fokuset blir å ha håp og tro på fremtiden, tilknytning til personer og miljøer, samt oppbygning av en positiv identitet. Recovery er en unik og aktiv prosess, og for mange en kamp. Den enkelte gjennomgår prøvelser og feiler kanskje underveis, noe som gjør at nærende, støttende og omsorgsfulle omgivelser er viktige. Det er en prosess som endrer en persons liv, og den kan foregå både med og uten hjelp fra profesjonelle. Betydningen av aktivitet og arbeid blir også tatt med som en viktig del av den personlige prosessen med tanke på at dette vil medføre tilhørighet og tilknytning på ulike sosiale arenaer, samt følelsens av å mestre noe og bidra til samfunnet (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013).

Det har blitt økende fokus på å forstå recovery som en sosial prosess, på lik linje som personlig prosess. Ved sosial prosess legger man vekt på at det er aktiviteter og strategier i den enkeltes lokalmiljø og hverdagsliv som spiller inn. Det handler om å leve det livet man selv ønsker, og å ha like rettigheter og valgmuligheter som andre i samfunnet. Arbeid og aktivitet, utdanning, økonomi, hjemmet og sosiale arenaer, lokalmiljø, familie og venner oppfattes som å ha en stor betydning for recoveryprosessen. I hverdagslivet kan man se at det finnes miljøer og relasjoner som kan enten gi næring til recovery eller forhindre det. Noen omgivelser er gode for mennesker og gir rom for utvikling, vekst og håp, mens det på en annen side alltid vil være forhold som hindrer recovery, og oppstår som barrierer og

krenkelser, som stigmatisering og diskriminering. Det er sentralt å forstå og arbeide med hva som bidrar til opplevelse av en positiv og sosial identitet, samtidig som fagmiljøene viser respekt og annerkjennelse av personens egne preferanser og erfaring (Borg et al., 2013).

2.4.2 Sentrale områder for recoveryorientert psykisk helsearbeid

Det vil være hensiktsmessig for mennesker som arbeider med psykisk helse, å ha noen retningslinjer og følge. I de første møtene med psykisk helsevesen bør man som fagperson være beroligende og forklare så godt man kan hva som foregår. Noen pasienter kan virke kaotiske og forvirrende, men likevel så hører de og kan være i stand til ta imot beskjed. Forsøk å sette deg inn i pasientens situasjon. Spør deg om hva du selv hadde ønsket i samme situasjon, og hva du ville hatt behov for. Det er også viktig å lytte aktivt til personen du skal hjelpe. Ved å være ærlig og oppriktig, vil det skapes en god relasjon, som vil være støttende i videre samarbeid om recovery (Karlsson & Borg, 2013, s. 73).

Det oppleves svært krenkende å bli overkjørt, og man skal ha i bakhodet at pasienten kjenner seg selv best - lytt til og respekter det han sier. La menneskelighet komme før prosedyrer (Karlsson & Borg, 2013, s. 73).

Man bør hjelpe pasienten til å få myndighet, da mennesker som har mistet kontrollen over flere forhold i livet kan føle seg avmektig. Personen må gis kontroll ved å være inkludert i samarbeidet og hvilke valgmuligheter han har. Engasjer venner og familie i det sosiale miljø og vær lydhør ovenfor deres behov i samarbeidsprosessen. Man bør være åpen for samtaler som går på religiøse og åndelige temaer, da dette er noe mange er veldig opptatt av. Man skal heller ikke avfeie pasientens planer og ideer, da dette ofte er basert i noe som er virkelig og viktig for den det gjelder. (Karlsson, & Borg, 2013, s. 73-74).

3.0 Metode

3.1 Presentasjon av litteraturstudie som metode.

Denne oppgaven er et litteraturstudie. Det vil si at jeg har søkt etter litteratur som er relevant for oppgavens tema, studert denne og drøftet den opp mot problemstillingen. Jeg har brukt både kvantitativ og kvalitativ forskning.

Forsberg og Wengström (2008) forklarer at en forutsetning for litteraturstudie, er at det finnes et tilstrekkelig antall studier av god kvalitet, som kan danne grunnlag for vurderinger og konklusjoner. Et systematisk litteratursøk begynner med et klart formulert spørsmål som besvares systematisk gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning. Dette innebærer altså å søke systematisk og foreta en kritisk gjennomgang av litteraturen innenfor problemstillingen. Man bør fokusere på aktuell forskning i utvalgt emne, og tilstrebe å finne beslutningsstøtte for den kliniske praksis.

Det er flere ting å ta hensyn til i en systematisk litteraturstudie. Man må ha klart formulerte spørsmål, og metode for søking og utvalg av artikler må være tydelig beskrevet. Relevante studier bør være inkludert, og man må evaluere kvaliteten. Meta-analyse anvendes for å finne sammenheng i resultatet fra flere små studier. For å styrke resultatet bør svake studier utelates. Det er viktig at utvalget i studien er tilsvarende pasientene som resultatet skal peke mot. I tillegg til alt dette skal alle kliniske, viktige konsekvenser være tatt i betraktning, samt risiko og kostnader (Forsberg & Wengström, 2008, s. 30-34).

3.2 Kvalitativ og kvantitativ forskning

I denne oppgaven er det brukt både kvalitativ og kvantitativ forskning, med flertall av kvantitative. Forsberg et al. (2008) forklarer forskjellen på disse to metodene.

Kvalitativ forskning er en metode som brukes for å få en forståelse av menneskers subjektive opplevelse av omverdenen, fenomener som påvirker, og på hvilken måte. Antallet informanter er ofte få, men skreddersydd for emnet som skal undersøkes, og på denne måten blir det troverdig. Det kan gjennomføres på bakgrunn av intervjuer, observasjoner, feltarbeid, dokumenter, bilder og videoinnspillinger.

Kvantitativ forskning har som hensikt å teste hypoteser på forhåndsdefinerte fenomener og deres egenskaper, samt hvordan de er fordelt i befolkning eller situasjon. Det er ofte et høyt antall deltakere som gjennomfører undersøkelsene. Datasamlingsmetoden kan foregå som spørreundersøkelse med forskjellig type spørreskjemaer, strukturerte observasjoner og registrering av fakta, og resultatene skal være målbare (Forsberg et al., 2008, s. 68).

For å være kritiske til metodene, skal man være oppmerksomme på at resultatene skal være målbare i tillegg til at de stemmer overens med virkeligheten. Dataene skal være systematisk utvalgt og forskerens førforståelse skal klargjøres. Forskningsvirksomheten skal være kumulativ, det vil si bygge videre på forskning som allerede foreligger, og som vi har tillit til (Dalland, 2008, s. 90-93)

3.3 Praktisk fremgangsmetode

For å komme frem til relevant litteratur har jeg søkt i flere databaser. For å få en god forståelse for emnet startet jeg med å gjøre frisoek på Google Scholar, med å finne artikler på norsk som var likest mulig min problemstilling. Sammen med teorien i bøkene, hjalp disse artiklene å gjøre meg kjent med LAR, holdninger, profesjonell holdning og begrepet recovery. Jeg startet søkeprosessen i de kjente søkemotorene ved å lete etter forskning som handlet om holdninger/profesjonell holdning i forhold til rusmisbruk og rusmiddelavhengige. Ved søk i både CINAHL og Pub Med brukte jeg flere søkeord: «Stigmatising attitudes» «Nursing attitudes», «attitudes towards drug*» «drug abuse» «drug addiction», «Opioid maintenance treatment», «professional nurs*», «education nursing students», «recovery» og flere kombinasjoner av dette. For å konsentrere søket haket jeg i CINAHL av i feltene: Peer Rewied, Research Article og Evidence-based. Jeg fant flere forskningsartikler som kun passet til deler av oppgaven, og måtte lese mange for å finne de som var mest relevante.

Jeg søkte også i søkebasen i Tidsskrift for Norsk Psykologforening, og fant mange artikler om LAR og recovery. Når det gjaldt recovery, endte jeg opp med å søke på norske forfatternavn, da jeg underveis la merke til at det var noen navn som stadig gikk igjen innenfor recovery. Ottar Ness og Bengt Karlsson gav meg treff på flere artikler, også en forskningsartikkel som jeg tok videre som hovedartikkel for oppgaven.

3.4 Forskningsetikk og kildekritikk

Etikken skal gi oss veiledning og grunnlag for vurderinger før vi handler, dette gjelder både i dagliglivet og i sammenheng med forskning. Forskningens mål om å vinne ny innsikt og kunnskap skal ikke gå på bekostning av enkeltpersoners velferd og integritet. I følge Hovedkomiteen for norsk forskning må forskning skje i overensstemmelse med retningslinjer for hva som er akseptabelt. Nürnbergkode og Helsinkideklarasjonen er de viktigste retningslinjene å følge i henhold til forskningsetikk (Dalland, 2008, s. 234-235). I forhold til litteratursøk som metode skal man være kritisk til hvilke artikler man velger å bruke.

Kildekritikk betyr å vurdere og karakterisere den benyttede litteraturen. Man skal så godt som det lar seg gjøre, vurdere i hvilken grad de teoriene og forskningsresultatene vi har funnet, lar seg bruke til å beskrive den aktuelle problemstillingen (Dalland, 2008, s. 72). Søkeprosessen gikk mye ut på å lese gjennom treff, og luke ut alt som ikke var relevant. Underveis tok jeg skjermbilder av søket for å få en oversikt over søkeord og antall treff. Det var veldig få, eller ingen, artikler som svarte direkte på problemstillingen, så jeg har kritisk valgt ut artikler som kan belyse alle sider av saken. Jeg valgte å ikke ta med studier som omhandler pasienter i andre grupper enn mennesker med rusproblemer. Det var for eksempel veldig mange artikler som handlet om recovery og mennesker med en diagnose på psykisk lidelse, eller somatisk lidelse. Når det gjaldt holdninger har jeg tatt med flere grupper enn kun sykepleiere, da jeg også fokuserer på at rusmiddelavhengige blir stigmatisert i både samfunnet generelt, og blant helsepersonell. Jeg valgte å bruke nyest mulig forskning, og hovedfunnene er fra 2010-2014.

4.0 Resultat

4.1 «Staff attitudes and the association with treatment organisation, clinical practices and outcomes in opioid maintenance treatment».

Gjersing, Waal, Caplehorn, Gossop, & Clausen. (2010).

Hensikt: Undersøke om det er forskjeller ved helsepersonellens holdninger innenfor LAR-programmene på et nasjonalt nivå, samt å undersøke de ansatte sine assosiasjoner i forhold til organisering av behandlingsopplegget, kliniske øvelser og resultater.

Metode: Kvantitativ tverrsnittstudie av 140 ansatte ved 14 regionale LAR-sentre. Sentrene ble delt inn i tre grupper basert på hovedmålet med behandlingen på de ulike plassene. De tre gruppene var enten rehabiliteringsorienterte, skadereduksjonsorienterte eller likt fokus på begge de nevnte. Dataene ble samlet over en periode på tre måneder, og det ble brukt spørreskjemaer som ble besvart i etterkant av informasjon gitt på personalmøter. Fraværende personale fikk spørreskjemaet tilsendt på mail.

Resultat/funn: Alle de 140 ansatte avga svar. Det ble ikke påvist ulike holdninger blant personale basert på alder, kjønn eller lengde på erfaring, men det ble påvist forskjellige holdninger fra de ulike sentrene i forhold til hva som var hovedmålet på stedet. Lavest holdnings-score var det på sentrene med hovedfokus på skadereduksjon, og høyest på sentrene som var rehabiliteringsorienterte.

Konklusjon: Innenfor praksisene ble det gjort funn som viste at ansatte ved de rehabiliteringsorienterte sentrene hadde ulike holdninger til behandlingsopplegget, i forhold til hvor de jobbet, og hvilket fokus det var på den gitte arbeidsplassen.

4.2 «Effects of Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) Education and Training on Nursing Students` Attitudes Toward Working With Patients Who Use Alcohol and Drugs».

Puskar, Gotham, Terhost, Hagle, Mitchell, Braxter,...Burns. (2013).

Hensikt: Å undersøke om studenters holdninger mot det å arbeide med rusmiddelavhengige kan forandres ved at de blir undervist i metoden «SBIRT». SBIRT har som hensikt å identifisere mennesker i risikogruppen for å utvikle rusmiddelavhengighet.

Metode: Kvantitativ metode ved bruk av spørreskjemaene AAPPQ og DDPPQ like før undervisning, og 30 dager etter gjennomført undervisning. Deltakerne var 319 sykepleierstudenter. Disse måleredskapene er utviklet for å måle holdningene til det å jobbe med mennesker med enten alkoholmisbruk (AAPPQ), eller mennesker med rusmisbruk (DDPPQ).

Resultat/funn: SBIRT er en systematisk undersøkelse som blir brukt for å avdekke mennesker i risikogrupper og fange dem opp på et tidlig stadium. Neste steg er en intervensjon etterfulgt av henvisning til behandling. Resultatene viste at studentene i etterkant av undervisning om SBIRT så på seg selv som mer kapable til å arbeide med rusmiddelavhengige, og følte en større ansvarsfølelse med hensyn til å forstå denne gruppen.

Konklusjon: Studien belyser viktigheten av holdninger, og hvilke oppfatning av rolle man har, i arbeid med rusmiddelavhengige. Undervisning om hvordan man kan bruke metoder som fremmer god helse, vil øke muligheten for at det faktisk blir brukt, og på denne måten være helsefremmende. Mer kunnskap bidrar til at negative oppfatninger minker.

4.3 «Comparing stigmatising attitudes towards people with substance use disorders between the general public, GP`s, mental health and addiction specialists and clients».

Van Boekel, Brouwers, Van Weeghel, & Garretsen. (2014).

Hensikt: Å sammenligne stigmatiserende holdninger mot rusmiddelavhengige blant allmennheten, allmennleger, psykisk helsearbeidere, spesialister på område og pasienter.

Metode: Kvantitativ metode. 3326 deltakere i undersøkelsen. Tverrsnittstudie med hensikt å måle og sammenligne stereotype oppfatninger om denne gruppen, oppfatninger om hvorvidt

den rusmiddelavhengige selv var skyld i og i stand til å kontrollere sitt misbruk, sosiale forskjeller, og forventningene til rehabiliteringsmulighetene til disse pasientene.

Resultater/funn: Sosiale forskjeller ble sett på tvers av alle gruppene. Oppfatningene om stereotyper var ikke annerledes blant de forskjellige aktørene, men hvorvidt de avhengige hadde kontroll på seg selv og sitt misbruk, var det ulike oppfatninger om.

Konklusjon: Allmennheten og allmennlegene gav mer uttrykk for at ruslidelse fremkalte sosiale forskjeller enn de andre, og viste i tillegg mer negativ holdning i forhold til forventningene til selve rehabiliteringen. Det framkom ingen store forskjeller når det gjaldt stigmatiserende holdninger på tvers av de gruppene som deltok.

4.4 «Working with substance use: Levels and predictors of positive therapeutic attitudes across social care practitioners in England».

Hutchinson, Galvani, & Dance. (2013).

Hensikt: Å måle sosialarbeideres holdning til det å arbeide med mennesker med rusmiddelavhengighet, samt å identifisere faktorer som kan virke styrkende for engasjement.

Metode: Kvantitativ metode, ved bruk av en elektronisk tverrsnittsundersøkelse av 646 sosialarbeidere, lokalisert i 11 forskjellige engelske kommuner. Undersøkelsen inkluderte en tilpasset versjon av alkohol og alkoholproblemer Perceptions Questionnaire for å måle samlede terapeutiske holdninger. Fire holdningskomponenter ble brukt i undersøkelsen: rolletilstrekkelighet, rollestøtte, rollelegitimitet og rolleengasjement.

Resultater/funn: Flesteparten av deltakerne var hverken positivt eller negativt engasjert når det kom til å jobbe med rusmiddelavhengige. Responser var mer positiv når det gjaldt oppfatninger av rollestøtte og legitimitet, enn for rolletilstrekkelighet og engasjement.

Konklusjon: Hverken positive eller negative holdninger blant sosialarbeiderne dominerte, men studien identifiserer flere faktorer som kan være viktige for å konvertere de ambivalente holdningene til denne gruppen, om til et positivt engasjement.

4.5 «The core of love when caring for patients suffering from addiction».

Thorkildsen, Eriksson, & Råholm. (2014).

Hensikt: Målet med denne studien var å få en forståelse av hvilken betydning «kjærlighet» har når man arbeider med å yte omsorg til pasienter som lider av avhengighet.

Metode: Kvalitativ metode ved bruk av hermeneutisk tolkning av tekst. Undersøkelsen er gjennomført på en avrusingsavdeling, basert på intervju av 4 kvinnelige sykepleiere fra 30 til 55 år, som hadde fra 5 til 25 års erfaring. Studiens tilnærming er basert på «Gadamer`s hermeneutikk», og fulgte retningslinjene for Norges nasjonale forskningsetiske komité.

Resultater/funn: Resultatene viste at man kan se på kjærlighetens kjerne i fire dimensjoner: kjærlighet som en indre drivkraft, søken etter mennesket bak avhengigheten, troen på den indre kraften i mennesker, og kjærlighet som en måte å bli følelsesmessig beveget og involvert, ved at man både tar og gir i relasjon med den avhengige.

Konklusjon: Man bør som omsorgsyter til avhengige, inneha en høy moralsk holdning, og ofre deler av oss selv for å vise karakter og holdning som er til det beste for den man skal hjelpe. Man må dedikere seg til å se pasienten som ett menneske, og ikke som en diagnose. Motivasjonen for å arbeide med avhengige, kommer av indre belønning, og en lyst til å hjelpe denne gruppen mennesker, selv om man ikke oppnår ønskede resultater umiddelbart.

4.6 «Å delta med det du kan: Betydningen av meningsfulle aktiviteter i recoveryprosesser».

Ness, Borg, Karlsson, Almåsbakk, Solberg, & Torkelsen. (2013).

Hensikt: Å få kunnskap om hvordan Steg for Steg (SFS), et lavterskeltilbud til mennesker med rusproblemer, bidrar til sosial deltakelse, nettverk, aktivitet og mestring.

Metode: Kvalitativ datasamlingsmetode, hermeneutisk innholdsanalyse. Studien ble gjennomført med samarbeids- og deltakerbasert forskningsdesign, og ved bruk av flerstegs fokusgruppeintervju av 15 aktivitetsledere i SFS. Studien pågikk i hele 2011, og ble godkjent i Regional Komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK).

Resultater/funn: Funnene viste at deltakerne ved SFS fikk en mulighet til å være seg selv, og bli akseptert som bra nok. Det gav personlig og sosial utvikling, kontinuitet og stabilitet i livet. Det følte meningsfullt å være velkommen på en rusfri arena, hvor man ble møtt med respekt og verdighet.

Konklusjon: SFS har lyktes i å skape et aktivitetstilbud til denne gruppen mennesker, og gitt dem mulighet til vekst og utvikling. Ved et anerkjennende og inviterende særpreg, bidrar dette til at mennesker med rusproblemer føler seg hjemme, og har lyst til å delta og å bidra.

4.7 Oppsummering

Hovedartiklene bekrefter at rusmiddelavhengige er en av de mest stigmatiserte gruppene i samfunnet. Det er delte meninger innad i feltet angående det å arbeide med denne gruppen. Funn viser at det er nødvendig for helsepersonell å gi av seg selv, og være åpne og imøtekommende for å yte helsehjelp til denne gruppen. Det er mange faktorer som spiller inn når det gjelder å fremme eller hemme recovery, og de avhengige mener det er vesentlig for deres tilfriskning å bli møtt med likeverd og respekt.

5.0 Drøfting

Her vil problemstillingen «Hvilken betydning har helsepersonalets profesjonelle holdning for recovery hos pasienter i legemiddelassistert rehabilitering?» drøftes opp mot hovedfunn, teori, forskningslitteratur og annen relevant litteratur jeg har tatt i bruk.

5.1 Å danne holdning som sykepleier

Både teori og forskning viser at det er mange som har stigmatiserende og negative holdninger til mennesker med rusproblemer (Gjersing et al., 2010; Van Boekel et al., 2014; Thorkildsen et al., 2014). Årsakene er mange, blant annet påvirkning fra media, samt et ellers dårlig rykte for å være ustabile og lite samarbeidsvillige (Lossius, 2012, s. 29). At helsepersonell danner seg negative og dømmende holdninger er ifølge Travelbee (2003) menneskelig, og noe alle i yrket vil oppleve fra tid til annen. Det er først når holdningene viser igjen i yrkesutøvelsen, at det blir et problem (Travelbee, 2003, s. 198). Som sykepleierstudent er man i en læringsfase, og man vil underveis danne seg holdninger innenfor de ulike emnene man blir undervist i. Etersom rusmiddelavhengige er en stigmatisert gruppe i samfunnet, vil det følgende være naturlig at mange har fordommer mot denne gruppen. Renolen (2008) sier at holdninger, positive eller negative, skapes basert på enten følelser eller tanker man har om et objekt/tema (Renolen, 2008, s. 207).

Så hvordan kan man unngå at det dannes negative holdninger ovenfor en allerede stigmatisert gruppe i samfunnet?

I studien av Puskar et al. (2013), ble det gjort et forsøk på nettopp å endre sykepleiestudenters syn på det å jobbe med rusmiddelavhengige. Det ble iverksatt et tiltak i form av ekstraundervisning, som omhandlet en metode (SBIRT) for å kartlegge individer som var i faresonen for å utvikle avhengighet av alkohol eller narkotika. Metoden er laget som et sykdomsforebyggende tiltak i, og viser seg å ha god effekt på flere ønskede områder. Studentene ble spurt om hvilke holdninger de hadde før undervisningen, og i etterkant ble det undersøkt om undervisningen hadde effekt. Resultat viste at studentene følte seg bedre rustet til å jobbe med rusmiddelavhengige etter at de hadde fått mer kunnskap om denne metoden (Puskar et al., 2013). Dette indikerer at undervisning og mer kunnskap, i dette tilfellet om metoder man kan anvende i yrket, bidrar til at holdningen til å arbeide med denne gruppen blir mer positiv.

5.2 Holdninger i arbeid med rusmiddelavhengige

Å arbeide med rusmiddelavhengige kan by på problemer for mange. Som nevnt tidligere er denne gruppen kjent for å kunne være ustabile i temperamentet og ha dårlig impuls kontroll, og dette kan medføre at det oppstår ubehagelige situasjoner. Det vekkes sterke, negative følelser i samhandling med denne pasientgruppen, på bakgrunn av slik atferd (Losiuss, 2012, s. 30). En del av det å være profesjonell, handler om å takle disse situasjonene på en måte som gjør at utfallet blir så bra som mulig, først og fremst for pasienten sitt vedkommende.

Damsgaard (2010) nevner viktigheten av at man opparbeider seg evnen til å tenke kritisk, slik at man på avstand kan reflektere over hvorfor en situasjon oppstod. På denne måten kan man betrakte og overveie situasjonen. Både etisk og praktisk kunnskap, samt teori må ligge i bunn når man skal velge og begrunne handling (Damsgaard, 2010, s. 98).

I studien til Van Boekel et al. (2014) ble det avdekket at mange av deltakerne i undersøkelsen hadde liten tro på at pasientene kunne rehabiliteres. Det var også negative holdninger og liten tro på at de ville klare å finne seg et sted å bo, holde på en jobb eller klare å være i ett forhold. Gjersing et al. (2014) oppdaget i sin studie at det var markerte forskjeller på ansattes holdninger innenfor de 14 ulike LAR-sentre i undersøkelsen. Forskjellen på de ulike sentrene gikk ut på hvilke mål som var i fokus. Sentrene som hovedsakelig fokuserte på skadereduksjon, var de med minst negative holdninger. Disse sentrene hadde også en gjennomsnittlig høyere dose av medikamenter i behandlingen enn de andre (Gjersing et al., 2014). Her ser man at holdninger om behandlingsresultat spiller en rolle. Det kan tyde på at de ansatte har en oppfatning av at pasientene kan få tilbakefall, uten at det vil prege deres vilje til å behandle dem. Videre kan det tenkes at de er innforstått med at pasientene selv har et tilfredsstillende liv, på tross av at de bruker medikamenter. Å forstå og støtte pasientens oppfatning av et tilfredsstillende liv er forenelig med recovery-tenkning.

Personlig erfaring sier at det er flere, både ansatte i rusomsorgen, sykepleiere og mennesker i samfunnet generelt, som har en mening om dette. Dømmende spørsmål fra «samfunnet» kan lyde: «Skal staten betale for at en narkomane skal få gratis stoff?». Slike utsagn vitner om uvitenhet. Mangel på kunnskap fører til negative holdninger og stigma. Hutchinson et al. (2014) sier at noen helsearbeider utviser en holdning om at pasienten selv har skyld i rusmisbruket sitt, og at de selv kan kontrollere det. Dette underbygges av Van Boekel et al. (2014) som har studert stigmatiserende holdninger mot rusmiddelavhengige, både blant forskjellige yrkesgrupper innenfor feltet, og mennesker generelt i samfunnet. Travelbee

(2003) sier noe om dette når det gjelder studenter. Hun mener at man i løpet av utdanningen skal tilegne seg en disiplinert, intellektuell tilnæringsmetode til pasientenes problemer. Et annet moment er at man skal bruke seg selv terapeutisk. Det vil komme mye an på personlighet, hvorvidt man klarer å gjennomføre dette på en måte som kommer pasientene til gode. Med andre ord er det ikke alle som klarer å være profesjonelle, fordi holdningene vil være for godt integrerte i personligheten.

5.3 Etiske dilemmaer ved LAR som behandlingsform

Foruten fysiske situasjoner som kan oppstå, vil man i møte med LAR-pasienter innse at det ikke er alle som har som hensikt å slutte med medikamenter, men ser på LAR som en langtidsløsning. Dette kan virke uforståelig for de på utsiden, og man må ta et oppgjør med sine egne meninger rundt dette temaet. Gjersing et al. (2010) studerte hvilke faktorer som påvirket holdningene til ansatte ved LAR-avdelinger. Det ble ikke funnet ulikheter i forhold til alder, arbeidserfaring, eller kjønn, men selve avdelingens hovedfokus, gjorde utslaget i forhold til hvilke holdninger de ansatte hadde.

Haga (2012) sier at behandlingen i Norge har vært bygget på medikamentfri tilnærming og at dette er mye grunnet skepsisen til det å anvende vanedannende medikamenter, og metadon ble møtt med stor motstand i fagmiljøet. Dette underbygges av Hole (2014) som sier at problemstillingene har vært mange under utviklingen og fremveksten av LAR i Norge. Blant annet stilles det spørsmål om dette er å gi opp mennesker, og om det er etisk riktig å erstatte et narkotisk stoff med ett annet. Dilemmaet om hvor man skulle sette den nedre aldersgrensen, hvem som var tungt nok belastet, og hvilke kriterier som skulle oppfylles med tanke på tidligere erfaringer med behandling (Hole, 2014, s. 151).

I en artikkel av McKegany (2014) blir argumenter for og imot LAR belyst. På den ene siden menes det at LAR kan bli en «oppbevaringsplass» for rusmiddelavhengige, og at penger bevilget til denne behandlingen kunne vært brukt på å rehabilitere pasientene fullstendig, istedenfor «bare» skadereduksjon. På den andre siden argumenteres det for at LAR gir rom for at alle typer mennesker kan få hjelp, og at én løsning ikke nødvendigvis passer alle.

Haga (2014) skriver at det er spesielt viktig å sikre at unge får muligheten til å prøve ut annen behandlingsform før man igangsetter LAR. Det kan være snakk om behandling over lengre tid

i institusjon eller kollektiv og poliklinisk oppfølging. Det er også viktig at pasienten har et realistisk syn på behandlingen han står ovenfor, og dette kan man tilegne seg ved nettopp å ha vært i behandling før. Man blir da kjent med sine egne reaksjoner på det å være rusfri, og kan bygge videre på dette i LAR. Dilemmaet er om man skal gi jevnlig tilførsel av avhengighetsskapende legemiddel til mennesker under 25, hvor hjernen ennå ikke er ferdig utviklet, og det kan oppstå nevrologiske endringer. Det er heller ikke godt nok utredet hvor store skadevirkninger langtidsbruk av buprenorfin eller metadon kan medføre (Haga, 2012, s. 371).

Ved streng kontroll ved utlevering av legemiddelet, vil dette medføre en inngripen i pasientens frihet, særlig i startfasen hvor det er viktig at pasienten oppnår stabil rusmestring. Det at legemiddelet skal utleveres under streng kontroll daglig, vil føles som en begrensning av autonomi. Det blir lite rom for spontane gjøremål (Haga, 2012, s. 371). En annen side er at pasientene må si seg villige til å ta urinprøver under tilsyn, og dette kan føles krenkende på pasientens integritet hvis det ikke gjennomføres på en respektfull måte. Bruk av spytt er en metode som nå utforskes som en mindre inngripende metode (Haga, 2012, s. 372).

Sett i fra en brukers perspektiv som er motstander av LAR, belyses det flere dilemmaer. Bekymring for at flere og yngre brukere vil få tilgang til metadon og subutex, og at det blir for lett å velge feil vei. Det finnes for få avrusnings- og rehabiliteringsinstitusjoner, og ettervernet svikter ved at de ikke har ressurser til å følge opp i lang nok tid etter endte behandling. Det blir vanskelig å komme ut i samfunnet hvis man ikke har endret seg selv og sin livsstil, og man lærer ikke å mestre tilværelsen igjen. Mange blir plassert på institusjoner lang vekk fra hjemstedet, og det vil være håpløst å komme tilbake igjen uten noen form for aktivitet eller støtte i hjembyen. Det blir for lett å havne i samme miljø igjen hvis det ikke finnes godt nok oppfølgingsnettverk i hjembyen (Risan, 2011, s. 182). Dette er et utsagn fra ett enkelt menneske, men man kan gå ut ifra at det er mange som mener det samme.

5.4 Profesjonell holdning som gir næring til, eller forhindrer recovery

I hverdagen finnes det miljøer og relasjoner som enten kan gi næring til, eller forhindre recovery. Noen faktorer gir mulighet for utvikling og vekst, andre på sin side, som stigma og diskriminering, vil være begrensede faktorer (Borg et al., 2013). På bakgrunn av dette kan man spørre;

5.4.1 Hvilke faktorer bidrar til å gi næring til recovery med tanke på miljø og relasjoner?

I studien gjennomført av Ness et al. (2013), blir den rusmiddelavhengiges mening vektlagt og presentert i ett miljø som fremmer recovery. Deltakerne i studien er med i et lavterskel aktivitetsprogram for mennesker med rusproblemer, hvor målet er å skape nettverk, livskvalitet og mestring i ett rusfritt miljø. Utsagn som gikk igjen blant deltakerne, var det å kunne komme å være sammen med andre i et rusfritt miljø, hvor ingen hadde dømmende holdninger. Om de hadde hatt seg «en sprekk» og vært borte over lengre tid, så var de like velkomne tilbake. Det å være en del av et felleskap, bidrog til at de fikk bedre livskvalitet. De knyttet bånd til de andre deltakerne, og de kunne være en støtte for hverandre. Alle i gruppen er, eller har vært, i lik eller lignende situasjon, og vil derfor ikke oppføre seg dømmende (Ness et al., 2013). Dette belyser at mennesker med rusproblemer trenger å blir møtt med forståelse for situasjonen og sitt misbruk, og ikke med en dømmende holdning. Å få støtte fra likesinnede vil kunne sees på som en faktor som gir næring til recovery. Som sykepleier er det en del av oppgavene å legge til rette for at pasientene kan føle tilhørighet med likesinnede, om det er i form av å bidra på arbeidsplassen med å arrangere aktiviteter, eller opplyse om hva som finnes av tilbud i nærmiljøet. Karlsson og Borg (2013) forklarer hvor viktig det er at ingen skal defineres som for «psykisk lidende» til å leve et meningsfullt og verdig liv i sitt lokalmiljø.

5.4.2 Hvordan kan sykepleiers holdninger påvirke recovery?

Hutchinsons et al. (2013) sier at forskning viser at det er behov for at «de profesjonelle» må være engasjerte og motiverende i deres tilnæringsmåte, for å støtte pasientene i det å endre sine vaner når det kommer til rusproblemet. Det blir også sagt at personale uten spesialisering, sannsynligvis vil la seg påvirke av de profesjonelles holdninger i arbeidet med rusmiddelavhengige (Hutchinson et al., 2013). Van Boekel et al. (2014) sin studie viser at enkelte som jobber med rusmiddelavhengige, mener at pasientene har kontroll på seg selv og sitt misbruk. Det sier seg selv at denne typen holdning vil være ødeleggende for en bedringsprosess.

Det er et grunnleggende behov hos alle mennesker å bli møtt med respekt og verdighet (Ness et al., 2013). Karlsson og Borg (2013) fastslår at recovery dreier seg om å ha en grunnleggende holdning om at vi alle er en del av den samme menneskeheten. Vi har alle like rettigheter og alle har kompetanse, ressurser og et potensiale for vekst (Karlsson & Borg, 2013, s. 65).

Slik jeg ser det, vil det å ha en grunnleggende holdning, kan sies å være en del av det å ha en profesjonell holdning. Man må møte denne gruppen som likeverdige, på tross av at man har ambivalente følelser. Dette vil skape mindre usikkerhet blant personalgruppen, og mindre usikkerhet og lav selvfølelse hos pasientene. Dette vil angivelig gjelde for både studenter i praksis, nyansatte og ellers andre uten spesialisering innenfor feltet. Det er viktig å fokusere på forståelsen for hva som bidrar til recovery for pasienten, og hvordan våre holdninger kan bidra til å styrke det. Å måtte handle på en annen måte enn hva dine tanker og følelser sier om et objekt eller en situasjon, vil kreve mye av deg som person. Mennesker er forskjellige, helsearbeidere ingen unntak, og man bør tilstrebe så godt man klarer å skille mellom indre negative følelser, for å kunne hjelpe pasienten. Dette vil være en del av det å være profesjonell i yrkesutøvelsen.

5.5 Recovery i LAR

Som nevnt ved i LAR-forskriften er et av formålene med LAR «rusfrihet». Sidemerknad til denne forskriften sier likevel at pasientene ikke må oppnå en faktisk medikamentfrihet eller rusmestring for å få bli i behandlingen. For at pasientene i LAR, skal føle at de blir møtt med respekt og verdighet, må man sette seg inn i hva lovverk og forskrifter sier, samt at man må godta de regler som faktisk gjelder.

Man kan ikke yte god helsehjelp til en pasient, hvis man mener at det han gjøre er «feil». Det er nettopp din medmenneskelighet som kan støtte personenes utvikling og vekst. En god egenskap er at man kan ha i tankene hele tiden at hvert menneske er unikt, og det er ikke diagnosen som definerer hvem en person er (Karlsson & Borg, 2013, s. 73). I studien til Thorkildsen et al. (2014) fokuseres det på begrepet kjærlyhet, og hvilken innvirkning kjærlyhet vil ha i møte med rusmiddelavhengige. Avhengighet gir grobunn til følelsen av kaos ensomhet, skyldfølelse, skam, og ikke minst stigmatisering. Kjærlyhet kan sees på som en kilde til uselvvisk å gi av seg selv for å hjelpe andre. Som sykepleier har man «ansvar» for andre menneskers liv, og det vil være av stor betydning at man klarer å sette seg inn i pasientens situasjon, og å se verdens fra deres øyne. De understrekes også viktigheten av å gi av seg selv, og være et medmenneske og behandle pasientene likeverdig for å støtte den i en bedringsprosess (Thorkildsen et al., 2014). Deltakerne i studien til Ness et al. (2013) bekrefter at å bli behandlet som likeverdige mennesker er av stor betydning for deres recovery.

Recovery handler ikke om å bli kvitt alle problemene, men heller om å utvikle aksept for sine egne begrensninger, og oppdage nye muligheter i den situasjonen man er i. Det er en levemåte og prosess, en tilnæringsmåte og holdning til de daglige utfordringene. Man må lære og overkomme stigma, delta i samfunnet, håndtere symptomer og plager som kan oppstå underveis, og finne støtte i nære relasjoner, både blant likesinnede, familie og profesjonelle (Borg et al., 2013). En personlig innsats fra pasienten som må ligge til grunn for bedring. Å overkomme stigma vil være en viktig del av prosessen. Mckeganey (2014) nevner at det vil være nødvendig at recovery er et alternativ for pasienter i LAR, at det vil være pasienter som kan ha stor nytte av dette tankesettet. Uansett må de behandlingsstedene hvor recovery er i fokus, være opplyst om hva det innebærer, og kunne gi denne informasjonen til pasientene, slik at de kan ta det i bruk.

Recovery som en sosial prosess innbefatter et dynamisk forhold mellom omgivelsene og mennesket. Det er ikke bare de individuelle problemene og funksjonsbegrensningene som skal arbeides med, det skal også arbeides like mye med de begrensende omgivelsene. Deltakelse på samfunnsarenaer og sosiale relasjoner er forhold som i økende grad vektlegges. En recoveryorientert tjeneste innebærer også arbeid for holdningsendringer i samfunnet, både på det faglige og det borgerlige nivå, samt fokus på menneskerettigheter og avstand fra diskriminering (Borg et al., 2013). Helsepersonell kan sees på som en del av omgivelsene til rusmiddelavhengige i behandling, og følgende kan man som sykepleier bidra til å fremme recovery. Vårt syn og våre holdninger vil ha en betydning for bedringsprosessen. Å komme med pekefingeren den dagen noen gjør en feil, vil ikke føre annet med seg enn krenkelse og skam. Medmenneskelighet, forståelse for situasjonen, og det å ha et åpent sinn, vil støtte pasienten. McKegany (2014) påpeker at man må innse at pasientene har ulike behov, og sitt eget tempo å fungere i. Man kan ikke forvente at alle skal ta til seg recovery-teknikken på samme måte, og det må helsepersonell godta. Videre sies det at man som personale på en LAR-avdeling med recovery i fokus, må ha en egenskap til å samarbeide med de andre involverte partene, både familie, nettverk, og de profesjonelle som leger og sosialkontorer (McKegany, 2014). Å ha en evne til å samarbeide med andre parter kan sees på som en viktig del av det å være profesjonell.

6.0 Avslutning

Denne litteraturstudien viser at det finnes negative og stigmatiserende holdninger mot rusmiddelavhengige i samfunnet og i helsevesenet. Både teori og forskning bekrefter at ansatte i rusomsorgen synes dette er en vanskelig gruppe å jobbe med. Det byr på utfordringer med tanke på hvordan man skal forholde seg til dem. Holdninger skapes, og ikke alltid i en positiv forstand. Forskning viser at det å la studenter gjennomgå undervisning rettet mot arbeid med rusmiddelavhengige, vil kunne gi dem mer selvtillit, og angivelig styrke deres yrkesutøvelse på et senere tidspunkt. Mangel på kunnskap, om både lidelsen og behandlingsopplegget, vil føre til usikkerhet om hvordan man skal takle forskjellige situasjoner. Noen på sin side har antakeligvis så sterke iboende holdninger, at det vil være vanskelig for dem å legge dem til side. De bør da revurdere om de virkelig vil jobbe med denne gruppen mennesker. Det vil ikke være rettferdig for disse pasientene, å skulle bli møtt med negative holdninger.

For både studenter, helsepersonell og medmenneske, er det viktig å tilegne seg kunnskap om denne gruppen mennesker, samt hvordan behandlingsopplegget fungerer. Det finnes faktorer i både miljø og relasjoner som kan forhindre, eller bidra til en god bedringsprosess. Å inneha en profesjonell holdning kan sees på som en faktor som gir næring til recovery hos denne gruppen mennesker. Å bruke recoverytenkning aktiv i samarbeid med mennesker med rusproblemer, vil være grunnleggende for at de skal lykkes. Å lykkes betyr ikke å bli rusfri, få seg en jobb, eller bli fullintegret i samfunnet - å lykkes er en definisjon som bare den det gjelder kan definere. Om pasientene føler at de lever et tilfredsstillende og meningsfullt liv i LAR-behandling og ved bruk av medikamenter, så er det deres rett å mene dette. Om noen pasienter har som mål å bli rusfri, så skal de støttes i dette på veien. Selv om de har tilbakefall, skal de bli tatt imot på samme grunnlag som første gang de søkte hjelp. Om ikke sykepleiere behandler disse pasientene med respekt og verdighet, hvem vil så gjøre det?

Referanseliste

- Borg, M., Karlsson, B. & Stenhammer, A. (2013). *Recoveryorienterte praksiser: En systematisk kunnskapssammenstilling* (NAPHA-rapport nr. 04/13). Drammen: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid
- Dalland, O. (2008). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Damsgaard, H. L. (2010). *Den profesjonelle sykepleier*. Cappelen Akademisk Forlag
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *At göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Författarna og Bokförlaget Natur och Kultur
- Gjersing, L., Waal, H., Caplehorn, J. R. M., Gossop, M., & Clausen, T. (2010). Staff attitudes and the associations with treatment organisation, clinical practices and outcomes in opioid maintenance treatment. *BMC Health Services Research*, 10:194.
doi:10.1186/1472-6963-10-194
- Haga, W. (2012). Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ved opioidavhengighet. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling: Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (2. utg., s. 360-380). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Helsedirektoratet. (2011). *Nasjonale retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet*. Hentet 14. januar 2015 fra

<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-retningslinje-for-legemiddelassistert-rehabilitering-ved-opioidavhengighet/Sider/default.aspx>

Hole, R. (2013). *Forebygging og behandling av rusproblemer: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Hutchinson, A. J., Galvani, S., & Dance, C. (2013). Working with substance use: Levels and predictors of positive therapeutic attitudes across social care practitioners in England. *Drugs: education, prevention and policy*, 20(4), 312-321, doi:10.3109/09687637.2013.765385

Karlsson, B. & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid: Humane og sosiale perspektiv og praksiser*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, N. J., & Nordtvedt, F. (2011). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, & E.-A., Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (s. 83-134). Oslo: Gyldendal Akademisk

LAR-forskriften. (2009). *Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering*. Hentet 24. januar 2015 fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2009-12-18-1641>

Lossius, K. (2012). Om å ruse seg. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling: Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (2. utg., s. 23-46). Oslo: Gyldendal Akademisk

McKeganey, N. (2014). Clear rhetoric and blurred reality: The development of a recovery focus in UK drug treatment policy and practice. *International Journal of Drug Policy* 25(5), 957-963. doi 10.1016/j.drugpo.2014.01.014

Ness, O., Borg, M., Karlsson, B., Almåsbygg, L., Solberg, P., & Torkelsen, I. H. (2013). «Å delta med det du kan»: Betydningen av meningsfulle aktiviteter i recoveryprosesser. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10(3). Hentet fra http://www.researchgate.net/publication/264317693_delta_med_det_du_kan_Betydningen_av_meningsfulle_aktiviteter_i_recoveryprosesser

Puskar, K., Gotham, H. J., Terhost, L., Hagle, H., Mitchell, A. M., Braxter, B.,...Burns, H. K. (2013). Effects of Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) Education and Training on Nursing Students` Attitudes Toward Working With Patients Who Use Alcohol and Drugs. *Substance abuse: Journal of the Assosiation for Medical Education and Research in Substance Abuse*, 34(2):122-8. doi:10.1080/08897077.2012.715621.

Renolen, Å. (2008). *Forståelsen av mennesker – innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: fagbokforlaget

Risan, M. A. (2011). Gylne skritt på veien tilbake til samfunnet. I A. J. W. Andersen & B. Karlsson (Red.), *Variasjon og dialog: perspektiver på psykisk helsearbeid*. Oslo: Universitetsforlaget AS

Thorkildsen, K. M., Eriksson, K., & Råholm, M.-B. (2014). The core of love when caring for patients suffering from addiction. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, doi:10.1111/scs.12171

Travelbee, J. (2003). *Mellommenneskelige forhold i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Van Boekel, L. C., Brouwers, E. P. M., Van Weeghel, J., & Garretsen, H. F L. (2014).

Comparing stigmatising attitudes towards people with substance use disorders between the general public, GP`s, mental health and addiction specialists and clients. *International Journal of Social Psychiatry*. doi:10.1177/0020764014562051

Øverness, K. & Bøgwald, K-P. (2007). *Behandlers syn på rusproblemer i psykisk helsevern og i rusfeltet* (prosjektoppgave, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Lovisenberg DPS).

Hentet fra <file:///C:/Users/Eier/Downloads/Sluttrapport%20original%2028-11-07.pdf>