



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Menneske bak rusen

The person behind the addiction

Kandidatnummer: 432

Bachelor i sjukepleie

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato: 07.06.22

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle

kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. *Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.*

Samandrag

Tema: Menneske bak rusen

Problemstilling: Korleis kan sjukepleiars haldningar og handlingar bidra til at pasientar med rusmiddelavhengigheit opplever tryggleik når dei er innlagt på sjukehus?

Bakgrunn for val av tema: Eg har valt dette temaet på bakgrunn av erfaringar eg har opplevd i praksis der sjukepleiarar ikkje har behandla pasientar med rusmiddelavhengigheit på same måte som andre. Som uttrykker negative haldningar og ikkje ser på dei som likeverdige menneske. I tillegg har eg ein interesse for temaet. Eg ønskjer å belyse dette temaet og finne ut meir om kva som skal til for at denne pasientgruppa skal føle tryggleik ved sjukehusinnlegging.

Metode: Oppgåva er ein litteraturstudie basert på relevant forskingslitteratur og pensumlitteratur. Artikkane er basert på både kvalitative og kvantitativ forskning og metode. Har funne forskning gjennom databasane Cinahl og Academic search elite.

Oppsummering av funn og konklusjon: Gjennom forskning ser ein at det er mangel på kunnskap om rusmiddelavhengigheit. Helsepersonell føler seg usikre i møte med pasientgruppa, og dette kan føre til stigmatiserande haldningar og ein stereotypisk tankegang. For å yte god sjukepleie, er det viktig med god kunnskap om rusmiddel, samt korleis handtere abstinenssymptom. I tillegg var haldningsendring viktig, og at me klarte å sjå menneske bak pasienten, altså eit unikt individ. Gjennom god kommunikasjon kunne ein skape ein god relasjon, som er med på å gjere at pasientane føler seg trygge og ivareteken under sjukehusopphaldet.

Nøkkelord: Sjukepleiar, Rusmiddelavhengigheit, Relasjon, Haldning

Abstract

Theme: The person behind the addiction

Objective: How can nurse's attitudes and actions contribute to making sure that people with a drug addiction experience safety when admitted to a hospital?

Why this theme: I chose this theme because of experience through my education. Nurses didn't treat people with a drug addiction the same way as other patients, or they expressed negative attitudes and didn't look at them as equals. I want to enlighten this theme and find out how we can help people with a drug addiction to feel safe when hospitalized and figure out through the research why there is negative attitude among nurses. Figure out how we can change this to make them feel safe.

Method: My literature study is based on relevant research literature. The articles are based on qualitative and quantitative methods. I found my articles through the databases Cinahl and Academic search elite.

Summary of conclusion and findings: Through my research, there is proven to be a lack of knowledge, as well as nurses feel insecure in their abilities to provide good care to people suffering a drug addiction. This can lead to a stigmatizing attitude and a stereotypical mindset. There is an importance with knowledge about drugs, and how to handle withdrawals. Also, there is an importance in attitude-change, and being able to see the person behind the patient, as a unique individual. Through good communication there is possible to help people suffering from a drug addiction, to feel safe when hospitalized.

Keywords: Nurse, Drug addiction, Relationship, Attitude

Innholdsfortegnelse

1. Innleiing.....	1
2. Problemstilling, formål.....	1
2.1 Avgrensing og presisering.....	1
3. Teoretisk grunnlag.....	2
3.1. Rus.....	2
3.2. Rusmiddelavhengigheit.....	2
3.3. Kva er haldningar?.....	2
3.3.1 Positive haldningar.....	3
3.3.2. Negative haldningar.....	3
3.4. Menneskesyn og lovverk.....	4
3.5. Joyce Travelbee sin sjukepleieteori om det mellommenneskelege forholdet.....	5
3.5.1. Travelbee om terapeutisk bruk av seg sjølv.....	7
3.6. Kommunikasjon og relasjonsarbeid.....	7
3.6.1 Nonverbal kommunikasjon.....	7
3.6.2. Dobbelkommunikasjon.....	8
4. Metode.....	8
4.1. Val av metode.....	9
4.2. Inkluderingskriteriar.....	9
4.3. Framgangsmåte.....	9
4.4. Kvalitetsvurdering.....	10
4.5. Metode for analyse av tema i artiklane.....	10
4.6. Korleis kom eg fram til litteratur som er nytta?.....	11
4.7. Etske overveiiingar.....	11
4.8. Styrker og svakheitar ved litteraturen som er nytta.....	12
5. Forskingsresultat.....	12
5.1. Mangel på kunnskap.....	12
5.2. Negative og stereotypiske haldningar.....	13
5.3. Kjensle av usikkerheit og mistillit.....	13
6. Drøfting.....	14
6.1. Kunnskap er nøkkelen.....	14
6.2. Bevisstgjeriing av eigne haldningar.....	16
6.3. Gjennom kommunikasjon kan relasjonen styrkast.....	19

7. Konklusjon	21
Litteraturliste	22
Vedlegg.....	
Vedlegg nr 1: Søkeprosessen som gav resultat	
Vedlegg nr 2: Litteraturmatrise	
Vedlegg nr 3: Sjekkliste for kritisk vurdering av kvalitativ studie	

1. Innleiing

Menneske med ein rusmiddelavhengigheit blir i dag tatt fram som ei av dei gruppene i samfunnet som har behov for samansette tenester over ein lang tidsperiode. Denne gruppa er utsett for å ha ein somatisk og/eller psykisk lidning i tillegg, både på grunn av deira rusmiddelbruk, men også på grunn av livsstilen som kan prege helsa. Dette kan føre til at dei kan ha behov hyppigare sjukehusbesøk, og er ein av folkehelseutfordringane som ein i dag må ha større fokus på. Helsedirektoratet slår fast at ulike faggrupper må jobbe saman for å skape eit godt tenestetilbod for denne pasientgruppa (Biong & Ytrehus, 2018, s. 13).

I følgje opptrappingsplanen for rusfeltet 2016-2020 ser ein at feltet er styrka med aukande resursar. Eit av hovudmåla er at alle som har ein rusmiddelavhengigheit skal møte eit tilgjengeleg, variert og heilheitleg tenesteapparat (Biong & Ytrehus, 2018, s. 13). Tilgangen til behandling, hjelp og støtte for denne pasientgruppa har tidlegare vore mangelfull.

Menneske som har ein rusmiddelavhengigheit møter ofte på store konsekvensar relatert til rusmiddelbruken, og det er fortsatt stor sosial ulikheit innan helsehjelp. Sjølv om rusmiddelavhengigheit kan skape helseproblem, blir det fortsatt ikkje sett på som eit problem samfunnet har ansvar for. Det er enda svakheita innan helsehjelp til denne gruppa. Det er knytt stigmatisering til problemet, derfor er det enda auka sjans for at dei som har ein rusmiddelavhengigheit blir utsett for diskriminering av helse- og omsorgstenesta (Biong & Ytrehus, 2018, s. 17).

2. Problemstilling, formål

I bakgrunn for mitt val av tema har eg valt følgande problemstilling: «Korleis kan sjukepleiars haldningar og handlingar bidra til at pasientar med rusmiddelavhengigheit opplever tryggleik når dei er innlagt på sjukehus?»

2.1 Avgrensing og presisering

I min oppgåve ønskjer eg å legge vekt på menneske med ein rusmiddelavhengigheit som er innlagt på sjukehus. Eg ønskjer ikkje å legge vekt på behandling av rusmiddelavhengigheit eller behandling av det dei er innlagt for. I oppgåve vil eg ta for meg haldningar sjukepleiarar

har, og kva som er viktig når sjukepleiarar møter menneske med rusmiddelavhengigheit på sjukehus. Gjennom dette vil eg undersøke kva som skal til for at denne pasientgruppa føler trygge og ivaretatt når dei er innlagt. Sidan eg tar for meg haldningar og handlingar er det av lite relevans å ta med kva rusmidlar som blir brukt eller korleis desse verka på kroppen. Eg vil sjå på kva som kjenneteiknar gode og dårlege haldningar hos sjukepleiarar i møte med menneske med rusmiddelavhengigheit. Derav menneske som injiserer heroin, dei som har ein blandingsavhengigheit eller som bruka stoff. Eg har valt å ikkje legge fokus på behandling av pasienten sin eventuelle psykiske lidning for å avgrense oppgåva

3. Teoretisk grunnlag

3.1. Rus

Begrepet rus blir brukt om ein tilstand der ein opplever ei kjensle av eufori (oppstemtheit), på grunn av eit kjemisk stoff som gir ein verknad på kroppen (Nesvåg, 2018, s. 22). Rusmiddel kan bli delt opp i tre hovudgrupper utifrå måten dei påverka hjernen: dempande, stimulerande og hallusinogene (Bretteville-Jensen, A. L. & Bachs, L., 2022).

3.2. Rusmiddelavhengigheit

Folkehelseinstituttet beskrive rusmiddelavhengigheit ved at personen har eit sterkt ønske om å innta rusmiddelet, og vanskar med å klare å kontrollere bruken. Personen bruka rusmiddelet til tross for at det oppstår skadelege konsekvensar, og vel å prioritere rusmiddelinntaket framfor andre forpliktingar eller aktivitetar. Det kan innebere at personen har behov for større dosar etter kvart på grunn av toleranseutvikling og i nokon tilfelle at personen opplever abstinenssymptom (Skogen, J. C. et al. 2014).

3.3. Kva er haldningar?

Det finst fleire ulike definisjonar på omgrepet «haldning». Kva ein haldning direkte er, kan bli uttrykt gjennom ein modell som blir kalla for ABC-modellen. A står for «affect» (kjensle), B står for «behavior» (åtferd) og C står for «cognition» (tankar) (Renolen, 2008, s. 231).

Haldningane me har kan formast av eigenerfaring, eller basert på kunnskap (Svartdal, F, 2020). Alle menneske har ulike haldningar i møte med forskjellige menneske eller forhold i samfunnet. Desse haldningane kan vere positive eller negative. Det finst fleire ulike perspektiv på korleis haldningar blir danna og utvikla. I eit læringsteoretisk perspektiv blir

våre haldningar lært gjennom indirekte eller direkte erfaringar (Renolen, 2008, s. 232). Å vere profesjonell blir ofte assosiert med å skulle ha ein objektiv og nøytral haldning, der ein skal skilje mellom profesjonelle og personlege meiningar (Hummelvoll, 2012, s. 476). Som helsepersonell er det viktig at ein reflektera over sitt eige menneskesyn og kva haldningar ein har i møte med andre. Når ein snakkar saman med pasientar kan personalet sine haldingar ha stor betydning for korleis pasientane respondera (Christiansen, 2018, s. 162).

3.3.1 Positive haldningar

Hummelvoll føretok ein undersøking på psykiatrisk dagsavdeling der han spurt pasientar om kva haldingar dei opplevde hos personalet som var positive for deira betringsprosess (Hummelvoll, 1990). Det kom fram at blant anna håp og optimisme, likeverdighet, openheit og evne til å vise seg som person var viktig, samt skaping av tryggleik og kjensle av støtte. I tillegg var det viktig å vere open for nytenking, vere fleksibel, vise omsorg og til slutt ha ein humoristisk sans (Hummelvoll, 2012, s. 476). Ifølge yrkesetiske retningslinjer for sjukepleiarar står det: «Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene» (Norsk sykepleieforbund, 2019). Dette er sjølve grunnlaget for all sjukepleie, og det består av gode haldningar i møte med andre menneske.

3.3.2 Negative haldningar

Mange menneske med ein rusmiddelavhengigheit opplever å bli stigmatisert på sjukehus (Skoglund & Biong, 2018, s. 183). Dei kan oppleve å bli møtt med dårlege haldningar og avvising grunna rusmiddelbruk. Måten me ser på og omtaler andre på, kan påverke korleis våre haldningar kjem til uttrykk, og korleis me oppfattar andre menneske på. Derfor er det viktig å vere bevisst på kva ord me brukar om andre menneske. Dette gjelder spesielt for dei som jobbar innan helse, då dei er rollemodellar for god og riktig terminologi (Simonsen, 2016, s. 30). Stigmatisering er å sette andre personar i ein bestemt «bås» ved å beskrive dei med negative eigenskapar og generelle kjenneteikn. Når ein person med rusmiddelavhengigheit møter på slike haldningar frå samfunnet, kan det påverka denne personen sitt sjølvbilete på ein negativ måte. Dersom slike haldingar blir uttrykt av helsetenesta, kan det skapa ein ubalanse mellom pasienten og tenestetilbodet. Dette kan skape ein motvilje hos pasienten med tanke på å nytte seg av helsetenesta. Det er viktig at helsepersonell er bevisst på sine eigne haldningar i møte med denne pasientgruppa (Simonsen,

2016, s. 111). Stigma kan vere ein viktig årsak til at det er negative haldningar hos hjelpeapparatet (Ytrehus, 2018, s. 224).

3.4. Menneskesyn og lovverk

Innanfor helsevesenet påverka menneskesynet vårt måten ein utøve yrket. Dette kan påverke helsepersonell sitt syn på behandling og pleie, helse og sjukdom, og pasientane sin rett til brukarmedverknad i helsetenesta. Det kan også påverka kva pasientgruppe som blir sett på som verdige menneske. Det profesjonelle menneskesynet kan ha innverknad på den enkelte sine handlingar og dette kan dermed prege omsorga som pasienten møter (Nordtvedt og Grimen, 2004, referert i Odland 2016, s. 27). Sjukepleiarane sitt menneskesyn blir avgjerande for korleis dei utøver yrket.

Menneskesynet har endra seg opp gjennom åra, og med FN's erklæring om menneskerettigheter er det blitt ein stor einigheit om eit menneskesyn som bygge på alle menneske sin *iboende verdighet*. Dette omgrepet tar for seg det som gjer kvart menneske unikt. Menneske sin verdighet skal ikkje bli forstått som eit resultat av omgjevnadane, men som ein kvalitet i kraft av å vere menneske. I dette ligger eit menneskesyn som seier at alle menneske har ein *iboende, ukrenkelig verdi*. Dette skal vere uavhengig av rase, livssyn, nasjonalitet, alder, kjønn, hudfarge og seksuell legning (FN-Sambandet, 2020).

Brukaren si røyst bør vere sentral i utforminga av helsetenesta for å sikre god brukarmedverknad og at tiltak skal ha effekt. Ein bør fokusere på pasientane sine ressursar, for å skape endring. Dette vil styrke pasienten og gjere pasienten betre i stand til å ta vare på eiga helse (Simonsen, 2016, s. 105-106). I tillegg har sjukepleiar ei juridisk plikt til å hjelpe. Helsepersonell har ein plikt til å sørge for å legge til rette for at brukarmedverknad skal bli praktisert (Simonsen, 2016, s. 107). I følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 1-1.) er det klart beskrive at alle har rett til lik tilgang på tenestar av god kvalitet. Vidare skal lova bidra til at pasienten blir sosialt trygg og den skal vere med på å fremje eit tillitsforhold mellom pasienten og helsetenesta.

3.5. Joyce Travelbee sin sjukepleieteori om det mellommenneskelege forholdet

Joyce Travelbee sin teori har fokus på sjukepleiaren sin mellommenneskelege prosess. Ho definerer sjukepleie slik: «Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene».

Joyce Travelbee sin siste utgåve av boka «Interpersonal Aspects in Nursing» kom ut i 1971, og hennas teori har fortsatt ein påverknad i sjukepleiefaget i dag. Den har i seinare tider blitt oversatt til norsk. I boka presenterer ho sin teori om sjukepleia sitt mellommenneskelege aspekt, og om å sjå menneske bak pasienten. I boka presenterer ho sjukepleie som ein interaksjonsprosess der sjukepleiaren har fokus på å utvikle ein relasjon til pasientane. Ho er opptatt av at alle menneske er eit unike, like, men og ulike frå alle andre (Travelbee, 2001, s. 5).

Ho har delt det mellommenneskelege forholdet opp i ulike fasar. Desse er som følgjande:

- Det innleiande møtet
- Framvekst av identitetar
- Empati-fasen
- Sympati og medkjensle
- Gjensidig forståing og kontakt

Den første fasen er det innleiande møtet. I denne fasen vil sjukepleiaren observere, gjere seg opp meiningar om vedkommande og byggje opp diverse antakelsar. I dette møtet er det ikkje berre sjukepleiar som gjer seg opp tankar og meiningar, men også pasienten. Utifrå dette vil det oppstå ulike haldningar og kjensler som berer preg av stereotypi. Den profesjonelle sjukepleiaren si oppgåve er å sjå på alle som ein har omsorg for, som ulike individ. Dette ansvaret bør ikkje bli endra på fordi sjukepleiar oppfattar menneske som fråstøytande eller lite attraktiv. Dei som ein oppfatta som fråstøytande, er ofte dei som har størst behov for å oppleve anerkjenning og å bli behandla som eit menneske. «Det er bare mennesker som kan bygge opp forhold til hverandre, ikke kategorier eller merkelapper». Det ho meina her er at

viss ein ikkje kan komme forbi den stereotypiske tankegangen, kan ein heller ikkje komme seg vidare til den neste fasen, som er framvekst av identitetar (Travelbee, 2001, s. 186-188).

Framvekst av identitetar blir karakterisert ved at ein har evne til å sette pris på den andre som eit unikt individ, i tillegg til å kunne etablere ein relasjon eller tilknytning til den andre. Det handlar om at begge partar må knyta seg til kvarandre, og sjå på kvarandre som individ og ikkje som kategoriar. Ein må legge vekk tidlegare erfaringar, og sjå på kvarandre som unike individ. Dette vil gjere at begge sine identitetar vil vekse fram (Travelbee, 2001, s. 188-192).

Den neste fasen er empati-fasen. I denne fasen handlar det om å klare å setje seg inn i eller ta del i og forstå den andre sin psykiske tilstand. Dette er ein prosess der ein er i stand til å komme forbi ytre åtferd og fornemme den andre sine tankar og opplevingar på eit bestemt tidspunkt. Denne prosessen kan hjelpe deg til å forstå kva den andre tenker og føler. Slik kan ein ta del i den andre sin sinnstilstand, men ikkje så stor grad at ein tenker og føler som den andre, men at det er ein balanse mellom å distansere og involvere seg (Travelbee, 2001, s. 193).

Evna til sympati og medkjensle heng saman med empati-fasen, men er eit skritt vidare fordi det ligger til grunn at ein ønskjer å lindre personen sine plaga. Dette er ikkje noko ein ser i empati-fasen, og er eit karakteristisk trekk i denne fasen. Gjennom sympati og medkjensle føler ein oppriktig det den andre føler, kombinert med eit ønskje om å hjelpe. Ved å dele på kjenslene kan det mellommenneskelege forholdet bli betre. Det kan også risikere å vere ein påkjenning for sjukepleiaren (Travelbee, 2001, s. 200-201).

Den siste fasen i Travelbee sin sjukepleieteori, er «Gjensidig forståing og kontakt». Fasen er satt saman av tankar, kjensler og haldningar, og desse blir delt i møte mellom to menneske. Etablering av menneske-til-menneske-forhold, og kjensla av ein gjensidig forståing og kontakt, er målet for all sjukepleie. Dette er noko som blir opplevd når begge partane har gått gjennom dei fire tidlegare stadia. For å komme til det siste stadiet må dei handlingane som sjukepleiaren utførere verke lindrande for den sjuke. Ein underliggande føresetnad er at sjukepleiaren ikkje gjere situasjonen noko verre for den sjuke. Menneskesynet til

sjukepleiaren spelar inn, det vil sei kva ein eigentleg meina om andre, ikkje kva som blir sagt. Menneskesynet vil bli avspegla i sjukepleiaren sine handlingar ovanfor den sjuke og andre. Ein sjukepleiar kan identifisere og ta vare på andre menneske utan å oppleve gjensidig forståing og kontakt. Gjensidig forståing og kontakt er knytt til sjukepleiaren sin eigen livsfilosofi og er ein del av sjukepleiaren sitt verdssystem. Evna til å bry seg om andre menneske og føle omsorg, og å omsetje denne omsorga til handling – er kjernen i fasen «Gjensidig forståing og kontakt». Det er ein prosess som legg til grunn for god kommunikasjon, og som bidreg til å skape ein god relasjon (Travelbee, 2001, s. 211-214).

3.5.1. Travelbee om terapeutisk bruk av seg sjølv

Gjennom å ha evne til å bruke seg sjølv terapeutisk blir ein framstilt som profesjonell i yrkesutøvinga. Teoretisk innsikt er verdifullt, men den største delen av læring skjer når ein får anledning til å studere sin eigen innverknad på andre menneske. Når ein får gradvis aukande sjølvinnsikt, vil ein etter kvart bli i stand til å legge vekk automatiske og stereotypiske reaksjonar. Då kan ein klare å etablere gode relasjonar til andre menneske. Det blir betrakta som terapeutisk då relasjonen lindrar vedkommande sine plager. I forsøk på å etablere ein relasjon til den sjuke, handlar det om å bruke seg sjølv terapeutisk ved å ha evna til å bruke sin eigen personlegdom og kunnskap bevisst og målretta. Dette krev god sjølvinnsikt, sjølvforståing, kunnskap om menneskeleg åtferd og evna til å tolke si eiga åtferd (Travelbee, 2001, s. 44-45).

3.6. Kommunikasjon og relasjonsarbeid

Alle kan kommunisere (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 9). «Kommunikasjon» kjem frå det latinske ordet *communicare*, som betyr å gjere noko felles (Eide & Eide, 2007, s. 17). Alle menneske har ein grunnleggjande, medfødt eigenskap til å kommunisere med andre. Som ein yrkesutøvar skal ein bruke det ein kan av kunnskap om kommunikasjon, på ein ny måte. Som helsepersonell kan ein møte på fleire kommunikasjonsutfordringar på arbeid enn det ein kanskje gjer i sitt daglege liv (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 9).

3.6.1 Nonverbal kommunikasjon

Nonverbale former for å utrykke seg blir ofte avslørt av spontane reaksjonar, og desse kan anten vere bevisst, eller ubevisst. Dette kan blant anna vere stemmeleie, mimikk, kremt,

haldning – alt som blir formidla til den andre utan bruk av ord, er nonverbal kommunikasjon. Denne måten å kommunisere på er ofte meir tydeleg og meir direkte enn ord. Ein relativt stor del av kommunikasjonen er nonverbal, men nonverbale uttrykk og meiningar må tolkast (Eide & Eide, 2007, s. 198). Den viktigaste eigenskapen innan nonverbal kommunikasjon, er å kunne møte andre på ein oppmuntrande, bestyrkande og bekreftande måte. Desse faktorane er med på å skape tryggleik og tillit, noko som den andre kan trenge for å opne seg og dele tankar og kjensler. På denne måten kan nonverbal kommunikasjon vere med på å bygge opp ein relasjon og skape motivasjon (Eide & Eide, 2007, s. 199).

3.6.2. Dobbelkommunikasjon

Dersom ein ser det i samanheng med det me uttrykker verbalt, kan det nonverbale språket fungera på to måtar, og det er kongruent eller inkongruent. Kongruens betyr at samspelet mellom det verbale og det nonverbale stemmer overeins, og at det ikkje er ein konflikt mellom desse to. Inkongruent kommunikasjon er det motsette. Dette handlar om at det ein formidlar verbalt og nonverbalt ikkje heng saman, altså det er eit stort sprik mellom det som blir kommunisert. Inkongruens kan skyldast at det er forskjell mellom det som er forventa og kjenslene ein har sjølv. Inkongruent kommunikasjon frå helsepersonell sin side blir ikkje oppfatta som bekreftande. Dette kan difor skape stor mistillit og utryggleik hos den andre, og dermed kan det skade relasjonen. Difor er det viktig å vere merksam på inkongruens i eigen kommunikasjon. Å observere, kjenne igjen og gjere noko med denne forma for kommunikasjon hos seg sjølv er eit viktig skritt på vegen mot å styrke evna til å danne gode relasjonar (Eide & Eide, 2007, s. 199-200).

4. Metode

I undersøkingar er metoden, eit reiskap som blir brukt (Dalland, 2020, s. 56). Sosiologen Vilhelm Aubert blir sitert i boka til Dalland, der han definera metode slik: «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Aubert 1985, referert i Dalland, 2020, s. 53).

4.1. Val av metode

I denne oppgåva har eg valt å bruke litteraturstudie som metode. Ein litteraturstudie blir beskriven som ein metode der ein beskriver kunnskap og analyserer eksisterande studiar som ein finne innanfor eit bestemt område (Forsberg & Wengstrøm, referert i Thidemann, 2019, s. 79). Det er ein metode der ein skapar system utifrå den kunnskapen du hentar frå ulike skriftlege kjelder. Systematisering handlar om å hente litteratur, gå kritisk gjennom den, og til slutt sette dette saman (Magnus & Bakketeig, referert i Thidemann, 2019, s. 77). Det som er hensikta med metoden er å gi lesaren ein god forståing av oppdatert kunnskap av det som er relevant for problemstillinga. Det tar for seg og beskriver korleis ein har komme fram til den aktuelle kunnskapen (Thidemann, 2019, s. 78).

Artiklane bygger på både kvalitativ og kvantitativ metode. Eg har tre artiklar som har ein kvalitativ tilnærming og ein kvantitativ artikkel. Kvantitativ tilnærming bygger på at ein får data gjennom målbare einheiter. Tala gjer det mogeleg å gjennomføre rekneoperasjonar. Ein kvalitativ tilnærming derimot sikta seg inn på å få fram ulike meningar og opplevingar som ein ikkje direkte kan talfeste eller måle. Både kvalitativ og kvantitativ tilnærming bidreg til å skape ein betre forståing for korleis samfunnet er, og korleis menneske, grupper og ulike institusjonar handlar og samhandlar (Dalland, 2020, s. 54).

4.2. Inkluderingskriteriar

Då eg valte ut forskingsartiklar la eg vekt på når artikkelen blei gitt ut, tittel og samandraget for å vurdere vidare om studien passa mitt tema og mi problemstilling. I søka mine begrensa eg til dei siste ti åra for å sikre at forskinga og deira resultat er oppdatert. Då eg skulle velje forskingsartiklar la eg hovudvekt på å finne artiklar som omhandla sjukepleiar sine haldningar og handlingar i møte med rusmiddelavhengigheit. Eg valde å ta for meg ein studie som ikkje er av same kultur som Noreg, men som har overføringsverdi til korleis situasjonen er i Noreg.

4.3. Framgangsmåte

Det første eg gjorde var å ta for meg PICO-skjema (population/problem, intervention, comparison & outcome) for å finne fram til ei god problemstilling og søkeord. PICO blir brukt som eit verktøy for å gjere problemstillinga tydeleg og presis. I tillegg er PICO med på å gi struktur i problemstillinga som gjer det enklare for litteratursøket med tanke på utgjeving.

Når ein har fått ei god problemstilling er det enklare å finne fram til gode søkeord (Helsebiblioteket, 2016). Då eg hadde funne søkeorda valte eg å bruke svemed+ for å oversette desse søkeorda til engelsk.

For å gå fram i søkeprosessen valte eg å bruke Academic search elite og Cinahl for å finne aktuell forskning. Eg valte ut følgande søkeord: *Drug addiction, opioid use, substance abuse, nurse's attitude, nurse patient relations, quality nursing care and medical ward*. Eg valte å bruke ordet OR for å kombinere fleire søkeord, der ein får treff på anten eit av orda eller fleire. Dette gjorde eg med alle dei ulike søkeorda. Ulike kombinasjonar med OR gir meg fleire treff og utvidar søket. Deretter brukte eg AND for å kombinere søkeorda, slik at eg fekk opp forskning som omhandla begge. De boolske operatorene AND, OR og NOT er mest brukt (Thidemann, 2019, s. 87). Dette resulterte i artiklane eg har valt å ta for meg i denne oppgåva. Eg dokumenterte søkeprosessen i ein tabell som ligg vedlagt som vedlegg nr 1.

Eg har inkludert fire forskingsartiklar som eg skal nytte i oppgåva. Under kap. 5 har eg valt å presentere dei i form av tema relatert til hovudfunna i artiklane. Eg har i tillegg valt å sette desse inn i ein litteraturmatrise. Her skreiv eg inn viktig informasjon om artiklane for å få ein god oversikt over hovudelement (Thidemann, 2019, s. 95). Denne tabellen ligger som eit vedlegg nedst i dokumentet, Vedlegg nr 2.

4.4. Kvalitetsvurdering

Då eg hadde valt ut artiklar, las eg grundig gjennom desse. Når eg las brukte eg eit kritisk blikk over artiklane. For å vurdere om artiklane var av god kvalitet brukte eg ei sjekkliste til å vurdere informasjonen i studiane (Helsebiblioteket, 2016). Gjennom helsebiblioteket fann eg CASP-modellen (Critical Appraisal Skills Programme) som er ei anerkjent sjekkliste for å kritisk vurdere forskning (Thidemann, 2019, s. 91-92). Eit døme på ein vurdering av ein kvalitativ studie ligger vedlagt som vedlegg 3.

4.5. Metode for analyse av tema i artiklane

For å samle resultat frå forskinga har eg valt å bruke Aveyards tematiske analysemodell. Denne gjorde det enklare å dele resultatata inn i tema som er relevant for problemstillinga mi,

og desse har eg valt å bruke når eg skal presentere funna. Etter kvart kunne eg identifisere fleire tema, og sjå ulike poeng og oppsummerande ord, og deretter setje desse inn i ein tabell. Dette gjorde det enklare å sjå om det er samanheng i resultatane og om det er tema som går igjen (Thidemann, 2019, s. 96-97). Desse oversiktene lagde eg for hand, og er derfor ikkje vedlagt i oppgåva. Gjennom denne metoden kom eg fram til hovudtema: mangel på kunnskap, negative og stereotypiske haldningar og kjensle av usikkerheit og mistillit.

4.6. Korleis kom eg fram til litteratur som er nytta?

Eg nytta meg av tidlegare pensum-litteratur frå utdanninga. Dersom det var områder under teoretisk grunnlag eg følte eg mangla teori på, gjekk eg innpå orda for å søke opp relevant faglitteratur som kunne vere nyttige. Gjennom dette fann eg ei bok om rusmiddelavhengigheit og ei om kommunikasjon som var relevant. Gjennom ulike databasar og litteratur fann eg fram sjukepleieteoretikaren, Joyce Travelbee. Etter eg hadde lest på hennas teori og sett det i lys av mi problemstilling, ønskte eg å inkludere sjukepleieteorien sidan den er relevant for oppgåva.

4.7. Ethiske overveiningar

Innan forskingsetikk står det at kravet om informert og frivillig samtykke til å delta i forskinga er i følge Tranøy (1994, s. 7) eit prinsipp ein ikkje kan vike frå. Dei som er med i studien skal bli informert om kva den går ut på, kva som er hensikta med studien og eventuelle risikoar som kan dukke opp undervegs. Det er viktig at deltakarane får informasjon om at det er frivillig å vere med på prosjektet, og at ein har anledning til å trekke seg. Eit informert samtykke er i samsvar med etiske vurderingar i kvalitative studiar (Slettebø, 2016, s. 243-244). I dei yrkesetiske retningslinjene står det følgjande under punkt 2.7: «Sykepleieren ivaretar pasientens rett til vern om fortrolige opplysningar» (Sykepleieforbundet, 2019). Dette er punkt eg har tatt i betraktning når eg valte ut forskingsartiklar, ved å sjekke at etiske omsyn er gjort rede for i artiklane. Når man nyttar andre sin forskning slik eg har gjort i denne oppgåva, er det viktig å vise respekt ovanfor forfattarar og forskarar når eg skal henvise til dei i oppgåva mi. I tillegg er det viktig at artiklane har noko form for etisk overveining i artikkelen for å sikre personvern (Thidemann, 2019, s. 106).

4.8. Styrker og svakheitar ved litteraturen som er nytta

For meg har det tatt ein del tid å analysere artiklane fordi dei var på engelsk og det dukka opp ein del ukjende uttrykk undervegs som eg var nøydd til å finne ut betydninga av. Eit verktøy eg brukte her var blant anna google translate for å søke opp ord. Dette kan moglegens bli sett på som ein svakheit då dette ikkje alltid er ein påliteleg kjelde til gode oversettingar.

Artiklane er ganske spreidd når det kjem til utgjeving, der ein er frå 2013 og ein frå 2021. Eg var nøydd til å utvide årsparemetar fordi eg ikkje fant artiklar som var av relevans for min problemstilling og vinkling. At den eldste artikkelen er ni år gammal, kan bli sett på som ein svakheit i oppgåva.

Eg har funne artiklane gjennom databasar som er anbefalt av Høgskulen på Vestlandet. Etter funn av artiklane brukte eg CASP, som er ei sjekklister for å kvalitetssikre artiklane. Ved å systematisk gå gjennom alle artiklane, og klare å svare ja på desse spørsmåla, kunne eg bruke desse i oppgåva. Slik forsikra eg meg om at artiklane var av god kvalitet. Det var viktig at artiklane var pålitelege og at det var ein tydeleg hensikt med studien (Thidemann, 2019, s. 91-92). Dette kan bli sett på som ein styrke i oppgåva.

5. Forskingsresultat

Hovudfunn i forskingsartiklane blir beskriven under i korte trekk. Vedlegg nr 2 har blitt lagt fram som ein litteraturmatrise der eg belyser det essensielle i forskingsartiklane.

5.1. Mangel på kunnskap

Samtlege studiar fant ut at det var eit stort behov for meir kunnskap innan rusfeltet for å sikre god og trygg utøving av sjukepleie. I Monks et al. (2013) står det at mangelen på kunnskap var kjent i rusmiljøet, og dette gjorde at mange unngjekk naudsynte sjukehusbesøk.

Forskarane fortel i artikkelen at det er eit ønskje om å legge større fokus på dette i utdanninga og eksponere sjukepleiarar for situasjonar som kan oppstå for å gjere dei betre rusta. I Neville & Roan (2014) kom det fram at det burde vere større fokus på situasjonshandteringar. I tillegg burde det vere betre samarbeid med andre ledd i helsetenesta. I Ghaffari et al. (2020) kom det fram at sjukepleiarane opplevde låg sjølvtilitt som følgje av mangel på kunnskap til å hjelpe

eller forstå. Tiltak som blei foreslått av forskarane var blant anna kontinuerleg øving for sjukepleiarar og moglegheit for råd og støtte. Dei meina at manglande undervisning om temaet er rota til kunnskapsmangelen. I Mahmoud et al. (2021) kjem det fram at dersom det blir gitt kontinuerleg undervisning og ein får tileigna seg kunnskap, var dette assosiert med høgare motivasjon for å jobbe med denne pasientgruppa.

5.2. Negative og stereotypiske haldningar

I studiane til Ghaffari et al. (2020), Neville & Roan (2014) og Monks et al (2013) fann dei at det var mykje negative og stereotypiske haldningar i møte med menneske med rusmiddelavhengigheit som er innlagt på sjukehus, og at dette påverka omsorga negativt. I studien til Ghaffari et al. (2020) blei det lagt fram at det var naudsynt å få endre dårlege haldningar for å betre omsorga. Samstundes såg dei at dette kan vere tidkrevjande. Tiltak forskarane foreslo var blant anna å informere og opplyse sjukepleiarane om deira haldning og oppførsel, og fokusere på pasienten sin rett til trygg og god omsorg. I Neville & Roan (2014) stod det at sjukepleiarane var redd for eigen tryggleik og for å møte på vald og aggressiv oppførsel frå pasientane. Forskarane meinte at samarbeid med andre fagfelt i helsetenesta, og å ha eit støttande nettverk ville hjelpe sjukepleiarane til å bli meir trygge. I tillegg la dei vekt på å ha debrif etter hendingar då dette kan vere med på å trygge dei tilsette, redusere frykt og betre omsorga til denne pasientgruppa. I studien til Monks et al. (2013) uttrykte sjukepleiarane at dei ikkje klarte å sjå personen bak pasienten. Forskarane foreslo blant anna betre kontakt med kommunalt rusteam, involvering av menneske som brukar rusmiddel til vanleg, for å klare å sjå personen som eit menneskeleg individ. Dette kan vere med på å fjerne stigma og dårlege haldningar, og betre relasjonen.

5.3. Kjensle av usikkerheit og mistillit

I Monks et al. (2013) kjem det fram at mangelen på tillit gjorde at sjukepleiarane minimerte interaksjonane med denne pasientgruppa. Dette var noko pasientane la merke til og som skapte frustrasjon i møte med sjukepleiarane. Konsekvensen av dette var at det oppstod meir negativ oppførsel, som kunne ende i konflikt. Denne distanseringa gjorde at dei ikkje tok like mykje omsyn til pasienten sine behov og då spesielt relatert til rusmiddelavhengigheita. Mangel på forståing av rusmiddel blei oppgitt som ein årsak til distansering. I Ghaffari et al. (2020) står det at sjukepleiarane kjente på ein usikkerheit, bekymring og uro. Mange av

sjukepleiarane hadde tidlegare opplevd upassande oppførsel frå denne pasientgruppa. Som eit resultat av dette vart interaksjonane korte og oppgåve-orienterte. Nokon opplevde at pasientane var aggressive og valdelege. I Mahmoud et al. (2021) kjem det fram at sjukepleiarane opplevde frykt og fare og dermed distanserte seg frå pasientane, dette blei assosiert med lav motivasjon for å jobbe med denne pasientgruppa. I studien kjem dei fram til at personleg og profesjonell haldning og motivasjonen til å utøve sjukepleie, heng saman.

6. Drøfting

I denne delen skal eg drøfte funn frå forskingsartiklane og teorien opp i mot problemstillinga, samt sjå den i lys av egne erfaringar. Problemstillinga er som følger; «Korleis kan sjukepleiarar haldningar og handlingar bidra til at pasientar med rusmiddelavhengigheit opplever tryggleik når dei er innlagt på sjukehus?»

6.1. Kunnskap er nøkkelen

Det er viktig med eit breitt kunnskapsnivå, slik at ein er betre rusta til å redusere spekulasjonar og antakelsar. Dette kan redusere feilvurderingar i situasjonar (Simonsen, 2016, s. 21). Eit gjennomgåande tema i artiklane er mangel på kunnskap. I studiane beskriver dei at fleire av sjukepleiarane har ulik bakgrunn og jobberfaring, samt mangel på kunnskap om rus og korleis rusmiddel verka på kroppen, blei ofte tatt opp. I Neville & Roan (2014) kjem dei fram til at det er behov for meir spesialisert kunnskap og eventuelt meir fokus på dette gjennom utdanning og gjennom profesjonell støtte når dei arbeider med pasientar med ein rusmiddelavhengigheit på sjukehus. Under intervju blir det avdekka at sjukepleiarane syntest det er ukomfortabelt å jobbe med desse fordi dei ikkje hadde kunnskap nok til å handtere diverse situasjonar som oppstod. Dette førte til ein utryggleik i rolla som sjukepleiar og gjorde at det ikkje blei ein heilheitleg omsorg i møte med pasienten. I Monks et al (2013) kjem det fram at mange føler seg kompetente når dei skal handtere fysiske problem som kjem gjennom rusmiddelbruk, som blant anna djup venetrombose eller sepsis. Når dei derimot skal handtere menneske med rusmiddelavhengigheit og dilemma rundt dette, føle dei at dei ikkje har tilstrekkeleg med kunnskap. Dette er noko pasientane fanga opp, som gjorde dei utrygge i møte med sjukepleiarane. Eit støttande arbeidsmiljø er viktig fordi det er med på å auke kjensla av sjølvsikkerheit og tilpassingsevne blant sjukepleiarar.

Frykten for abstinensar kan vere større enn den somatiske skaden. Dersom sjukepleiarane berre tek omsyn til det somatiske angående innleggelsen, og ikkje rusmiddelavhengigheita, kan dette føre til mangelfull støtte og omsorg. I studien til Monks et al. (2013) kjem det fram at ingen av sjukepleiarane i studien har fått ein formell utdanning innan å gi sjukepleie for komplikasjonar ved rusmiddelbruk. Dei føle seg utrygge på rusmiddelbruk og da spesielt handtering av abstinensar. Det kjem fram frå pasientane sitt synspunkt at det er velkjent i rusmiljøet at sjukepleiarar har lite kunnskap om rusmiddel og abstinenshandtering. Mangel på kunnskap føre ofte til at menneske i rusmiljøet vel å unngå naudsynte sjukehusbesøk.

Sjukepleiarane uttrykke at dei er redde for å bli manipulerte av pasientane. Døme på dette kan vere forsøk på å få større dosar av enkeltmedisinar eller oppnå ei ruskjensle. Dette er noko pasientane kan bruke til sin fordel for å manipulere sjukepleiarane til høgare doser. Sjukepleiarane syns dette er vanskeleg å skilje og at det kan påverke omsorga og behandlinga. Det kan føre til at pasientar blir aggressive dersom dei ikkje vert lindra godt nok, og dette kan resulterer i abstinensar. Som følger av dette kan det oppstå misstillit mellom partane. Det heile kan ende i at pasientar skrive seg ut sjølv. Dette viser at manglande kunnskap frå helsepersonell kan bli ein trussel for personen med rusmiddelavhengigheit. Konsekvensane av dette kan vere at pasientane ikkje får fullføre behandlinga, og kan pådra seg større skadar. Forsking viser at pasientane ønskjer å få respekt frå sjukepleiarar for å kunne uttrykke frustrasjon, føle seg trygg og få uttrykt seg sjølv, men også for å skape ein god relasjon (Monks et al. 2013).

Eit viktig aspekt av denne mangelen på kunnskap, er fagleg forståing. Som sjukepleiar jobbar ein etter dei yrkesetiske retningslinjene. Her skal ein halde seg oppdatert på ny forskning, og sørge for at sjukepleia er etisk og juridisk forsvarleg. Ein skal bruke retningslinjene som eit styringsverktøy for å auke sin eigen kompetanse. Det blir i tillegg presisert at ein skal søke rettleiing dersom sin eigen kunnskap ikkje strekker til. I Monks et al. (2013) kjem det fram at dersom ein inkluderer undervisning av menneske med rusmiddelavhengigheit i utdanninga, kan dette hjelpe til å utfordre sjukepleiarar til å sjå menneske bak rusmiddelavhengigheita. Dette kan bidra til å gi meir kompetent og empatisk omsorg for denne pasientgruppa. I tillegg til dette, er samarbeid med den kommunale rustenesta eit aktuelt tiltak for å bidra til auka kunnskap og støtte. Liknande tiltak blir presisert i Neville & Roan (2014) sin studie også. Der

blir det fortalt at dersom ein samarbeider med andre helsetenester, kan dette vere med på å auke kunnskapen og legge til rette for god og trygg sjukepleie. I Ghaffari et al. (2020) blir det presisert at det er lite kunnskap og dei føle seg ikkje forberedt. Mangel på denne kunnskapen gjer at dei har låg sjølvtrullit og føle seg makteslause. Sjukepleiarar trengje spesialisert utdanning og læringsmogelegheiter for å forme deira profesjonelle haldning og verdiar. Funna viser at ein burde fornye sjukepleiarutdanninga. Dei fleste meina dårleg kunnskap gjennom utdanning er røtene til deira mangel på kunnskap og lav sjølvkjensle i møte med pasientane. I Mahmoud et al. (2021) blir det tatt opp at dersom det blir gitt kontinuerleg undervisning slik at ein får tileigna seg kunnskap, er dette assosiert med høgare motivasjon for å jobbe med denne pasientgruppa.

Gjennom alle artiklane får me eit innblikk på at usikkerheit og frykt kan oppstå når ein ikkje føle seg kompetent nok til å hjelpe, eller når ein ikkje har forståing for situasjonen. Mangel på kunnskap kan difor føre til distansering. Denne usikkerheita kan vere med på å skape stigma og fordommar og kan gjere det vanskeleg å skilje mellom profesjonelle og personlege meiningar. Difor kan kunnskap og forståing vere med på å auke sjukepleiaren sin sjølvsikkerheit i utøving av sjukepleie. Dette kan fremje eit menneske-til-menneske forhold der ein ser på kvarandre som likeverdige. Dette er med på å gjere at pasienten kan føle seg tryggare og meir ivareteken under innlegging.

6.2. Bevisstgjeriing av eigne haldningar

I følgje Travelbee sin første fase er det første møtet viktig for å kunne bygge opp ein god relasjon, og snu om på kategoriane og stereotypiane. Dersom ein ikkje kjem forbi denne fasen, kan ein ikkje komme seg til neste fase, som handlar om framvekst av identitetar (Travelbee, 2001, s. 188). I følgje Simonsen (2016, s. 30) kjem det fram at menneske som har ein rusmiddelavhengigheit opplever stadig å bli møtt med negative haldningar og avvising. I Ghaffari et al. (2020) er det to hovudtema som kontinuerleg dukka opp; «negative og stereotypiske haldningar» og «kjensle av utryggleik og bekymring». I følge deltakarane sine synspunkt kan den stigmatiserande haldninga påverka omsorga negativt. I tillegg kan den negative haldninga føre til ein dårleg relasjon, kjensle av usikkerheit og utryggleik, samt forskjellsbehandling. Mykje beviser at negative haldningar føre til dårlegare omsorgsevne, og mange sjukepleiarar føle på frustrasjon, lite motivasjon og utilfreds. Dette er noko som ofte

kjem til uttrykk i utøving av sjukepleie. Personleg har eg gjennom praksis vore med på støttegruppe for menneske som har hatt ein rusmiddelavhengigheit. Det blei delt mange historia om deira møter med helsevesenet. Når eg ser tilbake på dette er det mykje som samsvara med det forskinga kjem fram til både frå pasientane sitt perspektiv, men også frå sjukepleiarane sitt perspektiv. Dei uttrykte tydeleg at dei ikkje følte seg trygge og ivaretatt, men heller som ein andre prioritet og byrde for sjukepleiarane. Deira behov blei ikkje like sterkt tatt i betraktning, og sjukepleiarane sine verkelege meiningar kom til uttrykk gjennom deira haldningar og handlingar.

Med FN's erklæring om menneskerettigheiter er det blitt stor einigheit om at menneskesynet skal bygge på alle menneske sin *ibuande verdigheit*. Disse samsvara med yrkesetiske retningslinjer sitt grunnlag for sjukepleie. Det vil sei at kvart menneske er unikt og alle har ein ibuande verdigheit. Det er viktig at menneske som jobbar innan helse er bevisst på sine eigne haldningar når ein møter på denne pasientgruppa (Simonsen, 2016, s. 111). I følgje Ghaffari et al. (2020) bør ein informere sjukepleiarar om deira negative haldningar, og korleis dette påverka relasjonen på ein negative måte. I tillegg kan ein også tilby rettleiing, og organisere støtte for sjukepleiarane. Ein burde oppmuntre sjukepleiarar til å fokusere på pasienten sin rett til omsorg og til trygg og god behandling til tross for nasjonalitet, sjukdomsbilete, religion og liknande. Dette samsvarar med dei rettighetene pasientane har. I følgje pasient- og brukerrettighetslova §1-1 (1999) blir det presisert at menneske med rusavhengigheit har like rettigheter som alle andre pasientar. Det betyr at menneske med rusmiddelavhengigheit har rett på lik behandling som alle andre pasientar. Deira behandling skal ikkje vere prega av sjukepleiaren sin haldning.

I Ghaffari et al. (2020) la forskarane fram alternative tiltak og det var blant anna å invitere dei pasientane som hadde opplevd eit dårleg møte når dei var innlagt på sjukehus, til å uttrykke deira synspunkt og opplevingar om effekten av negativ haldning. Dette kan føre til at sjukepleiarane lettare kan sjå på dei som menneske og ikkje berre ein rusmiddelavhengig. Dette kan gje sjukepleiarane ein mogelegheit til å gå inn i seg sjølv og tenke over korleis deira haldningar og handlingar kan påverke andre. I tillegg kunne det vere bra å ha diskusjonsgrupper for sjukepleiarar der ein har som fokus å identifisere, komme med strategiar, og støtte kvarandre i arbeid med rusmiddelavhengigheit. Gjennom desse tiltaka kan

ein hjelpe sjukepleiarane til å sjå personen bak pasienten. Dette kan deretter bidra til å bryte ned negative haldningar, og snu dette om til positive haldningar, som kan bidra til tryggleik for pasientane.

I Monks et al. (2013) kjem det fram at gjensidig mistillit kan gjere til at negative haldingar og oppførsel blir forsterka. Det kan ende i konflikt med verbal eller fysisk vald retta mot sjukepleiarar. Ein liten del av gruppa som består av tre sjukepleiarar blei rekruttert fordi dei hadde utmerka seg gjennom erfaring med rusmiddelavhengigheit gjennom familie eller venner og hadde kunnskap om arbeid med rusmiddelavhengigheit og danne relasjonar til menneske som hadde brukt rusmiddel. Denne personlege erfaringa, i motsetnad til profesjonell forståing, gav dei eit anna perspektiv. Dette gjorde at dei fekk betre haldningar og dermed gje betre pleie og omsorg til pasientgruppa. Desse sjukepleiarane såg pasientane som menneske og ikkje som rusmiddelavhengige, og virka meir innstilt på å skape ein god relasjon og å gje støtte. Pasientgruppa la merke til kven av sjukepleiarane som visste empati og støtte, framfor dei som ikkje gjorde det. Travelbee beskriver empati som ein evne til å sette seg inn i eller ta del i og forstå den andre sin psykiske tilstand i augeblikket. Empati er den tredje fasen i hennas sjukepleieteori. Empati er viktig fordi det er med på å skape god omsorgsutøving, gjennom at sjukepleiaren setter seg inn i den andre sin situasjon og viser omtanke. Dette kan bidra til at pasienten kjenner seg sett og ivaretatt av sjukepleiarane. Derimot, i Ghaffari et al. (2020) fortel sjukepleiarane at dei hadde opplevd upassande oppførsel frå denne pasientgruppa, noko som gjorde dei bekymra. I Mahmoud et al. (2021) opplevde sjukepleiarane at motivasjonen til å jobbe med denne pasientgruppa er relatert til tidlegare personlege erfaringar dersom dei hadde det gjennom venar eller familie. Dei som har slike erfaringar frå før, kan ha ein høgare motivasjon til å jobbe med denne pasientgruppa. Dei inkluderte forskingsartiklane har difor vist at det er ulike meiningar om tidlegare erfaring prega sjukepleia som blir utført. I følge Hummelvoll (2012) er det å vere profesjonell assosiert med å ha ei nøytral og objektiv haldning. Som helsepersonell skal ein skilje mellom profesjonell og personleg meining. Likevel viser Mahmoud et al. (2021) at det er ein signifikant samanheng mellom personlege og profesjonelle haldningar i møte denne pasientgruppa.

6.3. Gjennom kommunikasjon kan relasjonen styrkast

I følge Røkenes & Hanssen (2012, s. 9) har alle menneske ein evne til å kommunisere med andre. Dette er ein grunnleggande, medfødt eigenskap. I Neville & Roan (2014) kjem det fram at sjukepleiarane oppleve frykt, manipulasjon og kjensle av å vere utrygg. Dette kan påverke korleis dei kommunisera med pasientar med rusmiddelavhengigheit. Det kan blant anna utspele seg med at dei unngår pasientane mest mogeleg og begrense interaksjonane til berre det naudsynte. Dette blir også tatt opp i Monks et al. (2013) og Ghaffari et al. (2020), det står at sjukepleiarane minimerer interaksjonar til det mest naudsynte, noko som kan medføre at pasienten sine behov ikkje blir sett på som like viktige som hos andre pasientar. Dette viser dei tydeleg gjennom den nonverbale kommunikasjonen. I Monks et al. (2013) viser det seg at pasientane klara å tyde dette kroppsspråket og haldningane til sjukepleiarane og begynte difor å bli fiendtlege mot sjukepleiarane. Denne gjensidige fiendtlegheta kan føre til verbalt eller fysisk konflikt. Her er det tydeleg sprik mellom det som blir kommunisert verbalt og det som blir kommunisert nonverbalt. Som nemnt tidlegare blir kalla for inkongruent kommunikasjon. Inkongruent kommunikasjon frå helsepersonell blir ikkje oppfatta som bekreftande av pasientane. Dette kan difor skape stor mistillit og utryggleik for pasientane, og dermed kan relasjonen bli skada. Som nemnt tidlegare blei det i Ghaffari et al. (2020) funne ut at å få respekt frå sjukepleiarar er viktig fordi det er med på å hjelpe pasientane til å uttrykke frustrasjon, føle seg trygg og uttrykke seg sjølv. Som kan bidra til at dei føler seg godt ivaretatt under sjukehusinnlegging. Negative haldningar kan altså skade relasjonar, skape utryggleik og påverke behandlingssløpet.

Gjennom min praksis var eg innom ei støttegruppe for menneske med tidlegare rusmiddelavhengigheit. Dei fortalde om opplevingar i møte med helsevesenet. Dei følte seg ikkje sett av personalet, og i tillegg at dei ikkje tok omsyn til deira tankar og behov. Dei følte ikkje at personalet ville ha ein relasjon. Dette førte til ein utrygg oppleving for desse på sjukehuset, som prega deira syn på helsevesenet. Dersom personalet har fokus på korleis dei innverka på andre menneske og er bevisst på sin eigen kommunikasjon, kan dette betre relasjonen mellom desse. Travelbee fortel at dersom ein evnar å bruke seg sjølv terapeutisk blir ein framstilt som profesjonell i yrkesutøvinga. Når ein brukar seg sjølv terapeutisk, brukar ein bevisst sin eigen personlegdom og kunnskapar for å hjelpe den sjuke (Travelbee, 2001, s 44-45.). Desse sjukepleiarane verka ikkje til å bruke seg sjølv aktivt i utøvinga av sjukepleia fordi gjennom terapeutisk bruk av seg sjølv skal ein lindre vedkommande sine plagar og ein

skal klare å etablere relasjon til menneske. Ein brukar sin eigen personlegdom og kunnskap for å hjelpe menneske, og dette var ikkje noko som blei oppfylt i følge menneska i støttegruppa.

Igjennom forskinga til Monks et al. (2013) blir det avdekka at mange av sjukepleiarane har vanskar med å sjå menneske bak pasienten. Det er eit fåtal som klara å sjå menneske, og det er hovudsakleg dei som hadde tidlegare erfaringar med menneske med rusmiddelavhengigheit. Dette er noko pasientane legge merke til. Når dei blir sett på som menneske og ikkje pasientar med rusmiddelavhengigheit, blir det ein betre relasjon. Travelbee sin sjukepleieteori tek for seg menneske-til-menneske forhold, og hevda at relasjonen og kommunikasjonen blir mykje betre når begge partar ser på kvarandre som eit unikt individ. Dette kan ein oppnå ved at sjukepleiar viser sympati og medkjensle for personen med rusmiddelavhengigheit. Når pasienten opplever at sjukepleiar ynskjer å hjelpe, kan det opne opp for å dele kjensler og uttrykke seg sjølv. Dette kan betre det mellomenneskelege forholdet, men det kan og risikere å vere ei påkjenning for sjukepleiar (Travelbee, 2001, s. 200-201). Det er viktig at det blir opprettheldt eit profesjonelt forhold mellom pasient og sjukepleiar, og difor vere forsiktig med sympati-perspektivet ved at det ikkje blir for personleg for sjukepleiar, som skal vere profesjonell i yrkesutøvinga. I Monks et al. (2013) kjem fram at det var ein deltakar som klarte å sjå personen bak rusen og behandla dei som likeverdige og møtte dei med sympati. Dette utspelte seg positivt i deira relasjon ved at ein deltakar med rusmiddelavhengigheit sa at sidan denne sjukepleiarstudenten visste ein interesse og såg på han som eit menneske med ein historie, resulterte dette i at han såg på ho til å skulle bli ein god sjukepleiar.

Travelbee sin siste fase (Travelbee, 2001, s. 211) i sjukepleieteorien omhandlar «Gjensidig forståing og kontakt». Det overordna målet for all sjukepleie er å etablere eit menneske-til-menneske-forhold, og oppleve at det er ein forståing og kontakt frå begge partar. Dette er det motsette av dei dei resultata forskinga har vist. Vist ein ser på forskinga til blant anna Monks et al. (2013) & Ghaffari et al. (2020) i samanheng med Travelbee sin sjukepleieteori kan ein sjå at det er mykje mistillit, avstand og skepsis i interaksjon mellom desse. Dette viser til at det ikkje er den gjensidige forståinga og kontakta som trengst for å kunne oppnå ein god relasjon. Dersom alle ser på kvarandre som medmenneske og som unike individ, er dette med

på å skape ein god relasjon. Gjennom god kommunikasjon kan ein hjelpe pasientar med ein rusmiddelavhengigheit til å føle seg trygge under innlegging ved at dei får utrykke seg sjølv og sine tankar.

7. Konklusjon

I denne oppgåva har eg sett på korleis sjukepleiars haldningar og handlingar kan påverke om pasientar med rusmiddelavhengigheit opplever tryggleik når dei er innlagt på sjukehus.

Kontinuerleg gjennom oppgåva nytta eg Travelbee sin sjukepleieteori. Den viser eit «sprik» mellom hennas teori og utføring av sjukepleie i praksis. Sjukepleieteorien hennas om det mellommenneskelege forholdet bygger på at alle menneske er likestilte, og unike individ der det er ei gjensidig forståing og kontakt mellom partane. I praksis er det vanskeleg å sjå at dette blir gjort, då negative haldningar og handlingar utfordra sjukepleieteorien hennas.

Som drøftinga har vist er det mangel på kunnskap om rusmiddel, avhengigheit og handtering av abstinensar. Gjennom auka kunnskap, og tettare samarbeid med andre ledd i helsetenesta kan dette bidra til å hjelpe sjukepleiarane til å sjå menneske bak rusen. I tillegg blei det lagt fram kva som kan vere konsekvensane av dårlege haldningar og korleis me eventuelt kan endre på desse. Gode haldningar betyr mykje for at pasientane føler seg sett og ivaretatt. Dersom dette ikkje blir tilfredsstillt kan det bidra til at pasientane ikkje føler seg trygge. Auka kompetanse om pasientgruppa og gode kommunikasjonsferdigeiter kan bidra til å redusere misstillit, usikkerheit og distansering. Dette kan bidra til å skape ei trygg utøving av sjukepleie i møte med menneske med rusmiddelavhengigheit som er innlagt på sjukehus.

Litteraturliste

- Aakren, M. & Biong, S. (2018). Etske utfordringer og etisk kompetanse – Om makt, verdighet og personlig dømmekraft i rusmiddelomsorgen. I S. Biong & S. Ytrehus. (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (s. 70-88). Cappelen Damm Akademisk.
- Biong, S & Ytrehus, S. (2018). Rusmiddelproblemer – en utfordring for samfunnet, helsetjenesten og den enkelte. I S. Biong. & S. Ytrehus. (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (s. 13 – 20). Cappelen Damm Akademisk.
- Bretteville-Jensen, A. L. & Bachs, L. (2022, 01.april). *Rusmidler*. Store medisinske leksikon <https://sml.snl.no/rusmidler>
- Christiansen, Å. (2018). Tidlig intervensjon ved rusmiddelrelaterte lidelser i sykehus. I S. Biong & S. Ytrehus. (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (s. 159-175). Cappelen Damm Akademisk.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7.utg). Gyldendal.
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk* (2.reviderte og utvidede utg.). Gyldendal akademisk.
- Ghaffari, F., Mohammadi, S., Shamsalinia, A. & Arazi, T. (2020). Shedding Light on the Barriers to Providing Quality Nursing Care for Patients with Substance Abuse: A Qualitative Content Analysis. *Addictive disorders & their treatment*, 2020;19:193-200. <https://www.doi.org/10.1097/ADT.0000000000000226>
- Helsebiblioteket (2016, 03. juni). *PICO*. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>
- Helsebiblioteket (2016, 06. juni). *Sjekklist*. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklist>
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Mahmoud, K. F., Finnell, D. S., Sereika, S. M., Lindsay, D., Schmitt, K., Cipkala-Gaffin, J., Puskar, K. R. & Mitchell, A. M. (2021). Personal and professional attitudes associated with nurses' motivation to work with patients with opioid use and opioid use-related

- problems. *Substance abuse*. 42:4, 780-787.
<https://doi.org/10.1080/08897077.2020.1856287>
- Monks, R., Topping, A. & Newell, R. (2013). The dissonant care management of illicit drug users in medical wars, the views of nurses and patients: A grounded theory study. *Journal of Advanced Nursing*, 69(4), 935-946 <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06088.x>
- Nesvåg, S. (2018). Ulike forståelser og perspektiver på problematisk rusmiddelbruk og avhengighet. I S. Biong & S. Ytrehus. (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (s. 21-43). Cappelen Damm Akademisk.
- Neville, K. & Roan, N. (2014). Challenges in nursing practice: Nurses' perceptions in caring for hospitalized medical-surgical patients with substance abuse/dependence. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 44(6), 339-346.
<https://www.doi.org/10.1097/NNA.0000000000000079>
- Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleie*.
<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Odland, L-H. (2016). Menneskesyn. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleie* (s. 24-42). Gyldendal Akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_2
- Renolen, Å. (2008). *Forståelse av mennesker – innføring i psykologi for helsefag* (2.utg). Fagbokforlaget
- Røkenes, O. H. & Hanssen, P-H. (2012). *Bære eller bryte – kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (6.utg). Fagbokforlaget.
- Simonsen, T. (2016). *Rusmiddelavhengighet – Lærebok for helse- og sosialfag*. Fagbokforlaget.
- Skogen, J. C., Torvik, F. A., Hauge, L. J. & Reneflot, A. (2019, 06.desember). *Rusmisbrukslidelser i Norge*. Folkehelseinstituttet
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/ruslidelser/>

- Skoglund, A. & Biong, S. (2018). Sykepleie til personer med rusmiddelavhengighet i somatisk sykehus. I S. Biong & S. Ytrehus. (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (s. 178-194). Cappelen Damm Akademisk.
- Slettebø, Å. (2016). Forskningsetikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleie* (s. 241-257). Gyldendal Akademisk.
- Svartdal, F. (2020, 03.november). *Holdning*. Store norske leksikon <https://snl.no/holdning>
- Thidemann, I-J. (2019). *Bachelor-oppgaven for sykepleier-studenter – Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2.utg). Universitetsforlaget
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal Akademisk.
- Ytrehus, S. (2018). Familiens situasjon. I S. Biong & S. Ytrehus. (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (s. 215-233). Cappelen Damm Akademisk.

Vedlegg

Vedlegg nr 1: Søkeprosessen som gav resultat

Søkebase	Søkeord	Kombinasjonar	Begrensningar	Treff	Følgande artiklar er relevante og derfor inkludert i denne oppgåva
EBSCO (Academic search Elite)	Opioid use, drug addiction, nurse's attitude, nurse- patient relations	Opioid use OR drug addiction AND nurse's attitude OR nurse-patient relations	Publisert i perioden mellom 01.01.19 – 12.04.22 Peer Rewieved	21 treff	Personal and professional attitudes associated with nurses' motivation to work with patients with opioid use and opioid use-related problems (2021) (Artikkel nr 1)
EBSCO (CINAHL)	Substance abuse, quality nursing care	Substance abuse AND quality nursing care	Publisert i perioden mellom 01.01.12 – 12.04.22	3 treff	Challenges in nursing practice: nurses' perceptions in caring for hospitalized medical-surgical patients with substance abuse/dependence (2014) (Artikkel nr 2)
EBSCO (CINAHL)	Substance abuse, quality nursing care,	Substance abuse AND quality nursing care	Publisert i perioden mellom	3 treff	Shedding Light on the barriers to providing quality nursing care for

			01.01.12 – 12.04.22		patients with substance abuse: A qualitative content analysis (2020) (Artikkel nr 3)
EBSCO (CHINAL)	Nurse-patient relation, medical ward, substance abuse	Nurse-patient relations AND medical ward AND substance abuse	Publisert i perioden mellom 01.01.13 – 12.04.22	1 treff	The dissonant care management of illicit drug users in medical wards, the views of nurses and patients: a grounded theory study (2013) (Artikkel nr 4)

Vedlegg nr 2: Litteratormatrise

Forfatter År Land	Tittel	Studiens hensikt	Design/Intervensjon Deltakarar/bortfall	Resultat/Konklusjon	Relevans for oppgåva?
Mahmoud et al. (2021) USA	Personal and professional attitudes associated with nurses' motivation to work with patients with opioid use and opioid use-related problems.	Studiens hensikt var å utforske sjukepleiarane sine personlege og profesjonelle haldningar og deira motivasjon til å jobbe med rusmiddelavhengige.	<p>Dette er ein kvantitativ forskingsartikkel.</p> <p>Dette er ein artikkel der det blei rekruttert sjukepleiarar frå 4 sjukehus i Sørvest-Pennsylvania. Data om sjukepleiarane blei samla inn via spørreundersøking og det blei bruk ein lineær regresjon for å analysere resultatet. Det var totalt 234 sjukepleiarar som tok del i studien heilt til slutt.</p>	Denne studien kom fram til at det er viktig med informasjon om forholdet mellom sjukepleiar sin personlege haldning, profesjonell haldning, og motivasjon til å jobbe med denne pasientgruppa. Studien gir eit grunnlag for framtidige studiar som har som formål å utvikle og forbetre sjukepleiarane sin motivasjon til å jobbe med denne pasientgruppa, og spesielt relatert til å forhindre utviklinga av rusmiddelavhengigheit.	Denne artikkelen blei tatt med fordi den viser korleis personlege og profesjonelle haldningar påverka deira motivasjon til å skulle jobbe med rusmiddelavhengige.

<p>Ghaffari et al. (2020)</p> <p>Iran</p>	<p>Shedding light on the barriers to providing quality nursing care for patients with substance abuse: a qualitative content analysis</p>	<p>Studiens hensikt var å undersøke kva problem iranske sjukepleiarar møte på i omsyn til å utføre god sjukepleie i møte med pasientar med ein rusmiddelavhengigheit.</p>	<p>Dette var ein kvalitativ studie og blei gjennomført av 38 sjukepleiarar som jobba på sjukehus.</p>	<p>Dei kom fram til 3 hovudtema utifrå analysen, og det var: «negative og stereotypiske haldningar», «følelse av usikkerheit og bekymring» og «for lite kunnskap og forberedelse». Studien belyser behovet for meir kunnskap om pasientar med eit rusmiddelavhengigheit, i tillegg til å forbetre profesjonell haldning, moralsk bevisstheit og verdigheita av menneske i møte med desse pasientane til tross for deira bakgrunn. Det er og eit behov for meir kvalitetssikker omsorg for pasientar med rusmiddelavhengighet, gjennom eit meir ressursfult og positivt arbeidsmiljø.</p>	<p>Denne artikkelen blei tatt med fordi den viser sjukepleiarane sine haldingar i møte med rusmiddelavhengige, og den er frå ein anna kultur, og får fram haldingar som er relativt like i andre kulturar og.</p>
---	---	---	---	--	---

<p>Neville & Roan (2014)</p> <p>USA</p>	<p>Challenges in nursing practice – Nurses’ perceptions in caring for hospitalized medical-surgical patients with substance abuse/dependence</p>	<p>Målet med denne studien var å undersøke sjukepleiarans oppfatning av omsorg for innlagte pasientar på medisinsk-kirurgisk avdeling med stoffavhengigheit og/eller alkoholbruk.</p>	<p>Dette var ein kvalitativ studie som blei gjennomført av 24 sjukepleiarar som fullførte undersøkinga.</p>	<p>Resultatet viste at sjukepleiarane følte på ein etisk plikt til å vise omsorg, hadde negative oppfatningar/haldningar, mangel på kunnskap og sympati og problem med å smertelindre tilstrekkeleg. Behovet for meir utdanning ble uttrykt.</p>	<p>Denne artikkelen blei tatt med fordi den viser sjukepleiarane sine opplevingar med å gi omsorg til rusmiddelavhengige.</p>
<p>Monks et al. (2013)</p> <p>England</p>	<p>The dissonant care management of illicit drug users in medical wards, the view of nurses and patients: a grounded theory study</p>	<p>Studiens hensikt var å utforske korleis sjukepleiarar gav omsorg til pasientar som er innlagt på ein medisinsk avdeling og medisinske behandlingssenter med ein rusmiddelavhengigheit</p>	<p>Dette er ein kvalitativ forskingsartikkel. Det blei gjennomført datainnsamling og analyse av 9 medisinske sengepostar. Den bestod av 29 sjukepleiarar og 12 pasientar.</p>	<p>Undersøkinga visste ein gjennomgåande negativ haldning. Dei hadde vanskar med å sjå pasienten bak rusen.</p>	<p>Den får fram ulike negative faktorar med relasjon mellom sjukepleiar og pasient, og legge i tillegg vekt på negative haldningar mellom desse.</p>

		og utforske opplevingar og synspunkt frå dei som mottar helsehjelp.			
--	--	---	--	--	--

..

6. Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input checked="" type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- If the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during (a) formulation of the research questions (b) data collection, including sample recruitment and choice of location
 - How the researcher responded to events during the study and whether they considered the implications of any changes in the research design

Comments: Det kom ikkje tydelig fram i artikkelen. Det står at det blei gjennomført individuelle intervju og fokusgrupper i ein setting som var komfortabel for deltakarane. Kom ikkje tydeleg fram om forholdet mellom desse var kritisk vurdert.

Section B: What are the results?

7. Have ethical issues been taken into consideration?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- If there are sufficient details of how the research was explained to participants for the reader to assess whether ethical standards were maintained
 - If the researcher has discussed issues raised by the study (e.g. issues around informed consent or confidentiality or how they have handled the effects of the study on the participants during and after the study)
 - If approval has been sought from the ethics committee

Comments: Studien blei godkjent av "Ethics Committee of Babol University of Medical Sciences". Deltakarane blei informert om hensikten med studien, at den var frivillig og dei skreiv under på avtale. Alt var anonymt og teieplikt var skriven under på. Alt av data blei lagra trygt , og det var kun forskarane som hadde adgang til informasjonen.

8. Was the data analysis sufficiently rigorous?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- If there is an in-depth description of the analysis process
 - If thematic analysis is used. If so, is it clear how the categories/themes were derived from the data
 - Whether the researcher explains how the data presented were selected from the original sample to demonstrate the analysis process
 - If sufficient data are presented to support the findings
 - To what extent contradictory data are taken into account
 - Whether the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during analysis and selection of data for presentation

Comments: Dei brukte "The Granheim and Lundeman" sin metode for å analysere data. Lincoln og Guba's tillitskriterier var brukt i denne studien, og dette inkluderte troverdigheit, pålitelgheit, overførbarheit og bekreftelse.

9. Is there a clear statement of findings?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider whether
- If the findings are explicit
 - If there is adequate discussion of the evidence both for and against the researcher's arguments
 - If the researcher has discussed the credibility of their findings (e.g. triangulation, respondent validation, more than one analyst)
 - If the findings are discussed in relation to the original research question

Comments: Under resultat kjem det tydelig fram kva hovudtema som dukka opp: "negative and stereotypical attitudes", "feelings of unease and worry" og "insufficient knowledge and lack of preparation".

Section C: Will the results help locally?

10. How valuable is the research?

HINT: Consider

- If the researcher discusses the contribution the study makes to existing knowledge or understanding (e.g. do they consider the findings in relation to current practice or policy, or relevant research-based literature
- If they identify new areas where research is necessary
- If the researchers have discussed whether or how the findings can be transferred to other populations or considered other ways the research may be used

Comments: Denne studien er veldig verdifull fordi den får fram mykje nødvendig informasjon om korleis sjukepleiere møter rusmiddelavhengige mennesker. Den avdekkjer mykje viktig informasjon og viser at det er eit forbedringspotensialet.



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave i sykepleie

SK152-O-2022-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	03-06-2022 09:00	Termin:	2022 VÅR
Sluttdato:	07-06-2022 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave i sykepleie		
Flowkode:	203 SK152 1 O 2022 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	432
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7919
----------------------	------

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:	3
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven 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