



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Fra håp til fortvilelse- kan du ikke se meg?

From hope to despair- can you not see
me?

Kandidatnummer: 319

Bachelor i sykepleie

Høgskolen på Vestlandet

19.12.2022

Sammendrag

Tittel: Fra håp til fortvilelse- kan du ikke se meg?

Bakgrunn: Det er vanskelig å tallfeste hvor mange i Norge som har et problembruk av alkohol og narkotika. Det er sannsynligvis mange mørketall. I 2021 var det 241 narkotikautløste dødsfall. Problembruk har flere negative helsefølger for pasientene. Hvordan mennesker med ruslidelser blir møtt av helsepersonell er av stor betydning for pasientens behandlingsprosess. Ruspasienter opplever likevel å bli utsatt for stigmatisering av sykepleiere og annet helsepersonell. Dette kan føre til en kritisk barriere for kvaliteten i helsetjenestene.

Problemstilling: «Hvordan opplever mennesker med rusavhengighet å bli møtt av sykepleiere og øvrig helsepersonell i rus- og psykiatritjenesten?»

Metode: Litteraturstudie er anvendt som metode for oppgaven. Syv vitenskapelige artikler er inkludert og analysert. Samtlige artikler består av kvalitativ metode.

Funn og konklusjon: Mine funn viste at rusavhengige hadde erfaring med betydelig stigmatiserende atferd fra sykepleiere og annet helsepersonell. Dette medførte flere negative helsekonsekvenser og svekket pasientenes tillit til å få hjelp. Det er viktig at sykepleieren er bevisst på sin rolle og egen makt overfor pasienten. Stigmatiserende atferd er misbruk av makt og uetisk i yrkesutøvelsen. Sykepleiere som møtte pasientene med åpenhet, empati, respekt og tillit styrket den terapeutiske relasjonen og bidro til at pasientene følte seg ivaretatt.

Nøkkelord: Rusavhengighet, stigma, etikk, sykepleie, relasjonsarbeid.

Abstract

Title: From hope to despair, can you not see me?

Background: It is difficult to quantify how many people there are in Norway with a problematic drug use. There are probably many unrecorded figures. In 2021, there were 241 drug-related deaths. Problem use has several negative health consequences for patients. How people with substance use disorders are met by healthcare workers is of great importance for the patient's treatment process. Nevertheless, substance abuse patients experience stigmatization by nurses and other health personnel. This can lead to a critical barrier to the quality of health services.

Research question: ' How do people with substance dependence experience being met by nurses and other health workers in SUD treatment and mental health services?

Method: Literature study is used as a method for the thesis. Seven scientific articles have been included and analyzed. All articles consist of qualitative methods.

Findings and conclusion: My findings showed that substance abusers had experience of significantly stigmatizing behavior from nurses and other health personnel. This led to several negative health consequences and weakened the patients' confidence in receiving help. It is important that the nurse is aware of her role and power vis-à-vis the patient. Stigmatizing behavior is an abuse of power and unethical in professional practice. Nurses who met the patients with openness, empathy, respect and trust strengthened the therapeutic relationship and helped the patients feel cared for.

Keywords: Drug addiction, stigma, ethics, nursing, relationship work.

Innholdsfortegnelse

1.0. Innledning.....	1
1.1. Samfunnsperspektivet	1
1.2. Bakgrunn for valg	2
1.3. Ruspolitikken.....	2
2.0. Teoretisk ramme	3
2.1. Utvikling av rusavhengighet og konsekvenser.....	3
2.2. Stigmatisering	4
2.2.1. Stemplingsteori.....	5
2.2.2. Holdninger	5
2.3. Sykepleieres holdninger til mennesker med ruslidelse	6
2.3.1. Sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer	7
2.3.2. Nærhetsetikken.....	7
2.4. Brukermedvirkning	8
2.4.1. Makt og avmakt	8
2.5. Betydningen av relasjonsarbeidet	9
2.6. Problemstilling med avgrensning.....	10
3.0. Metode.....	11
3.1. Valg av metode	11
3.2. Praktisk gjennomføring.....	12

3.2.1. Valg av databaser	12
3.2.2. Valg av søkeord og søkeprosess	12
3.2.3. Valg av artikler	13
3.2.4. Tematisk analyse	13
3.3. Kildekritikk.....	14
3.3.1. Valg av artikler	14
3.3.2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier	14
3.3.3. Forskernes bakgrunn og etiske hensyn	15
4.0. Resultat.....	16
4.1. Opplevelsen av møtet: Følelse av mindreverdiget.....	16
4.2. Mistillit: Når grunnfundamentet i den terapeutiske relasjonen bryter sammen.....	17
4.3. Manglende anerkjennelse og empati- veien til å gi opp	18
4.4. Fra manglende brukermedvirkning til: sammen mot et felles mål	19
5. Diskusjon	20
5.1. Opplevd mistillit	21
5.2. Stigmaets makt og hvordan den kommer til uttrykk.....	22
5.3. Fra fortvilelse til håp: Brukermedvirkning i praksis	24
5.4. Implikasjoner for praksis.....	25
Litteraturliste.....	26
Vedlegg 1- Oversiktstabell.....	32
Vedlegg 2.....	40

1.0. Innledning

Rusavhengighet kan omtales som en tilstand hvor en person prioriterer en bestemt atferd i slik høy grad at det fortrenger annen atferd av betydning. Atferden er tvangspregget og vanskelig å kontrollere på tross av negative følgekonskvenser (Simonsen, 2016, s. 38–39). Mennesker med rusavhengighet blir kontinuerlig utsatt for stigmatisering, også av helsevesenet (Biong & Ytrehus, 2018, s. 183). For pasienter med ruslidelser er den terapeutiske relasjonen mellom behandler og pasient av stor betydning for livskvalitet, motivasjon og behandlingsforløp (Mørland og Waal, 2016, s. 322). Møte med stigmatiserende atferd vil kunne føre til kritisk barriere for kvaliteten i helsetjenestene.

1.1. Samfunnsperspektivet

Det er vanskelig å tallfeste hvor mange i Norge som har et problembruk av rusmidler. Dette skyldes delvis høye mørketall, men også ulike begrepsavklaringer og definisjoner. I 2021 ble det registrert 241 narkotikautløste dødsfall (Amundsen, 2022). Estimert tall for skadelig forbruk av alkohol er mellom 175 000- 350 000 (Bramness, 2022). Beregnet antall brukere i 2019 som injiserer narkotika er estimert til å være ca. 8500 personer med et usikkerhetsintervall fra 7100- 10 000 personer (Burdzovic & Amundsen, 2022). Det er brukeren selv som blir hardest rammet av sin rusavhengighet, men det har ringvirkninger for omgivelsene og det øvrige samfunn. Konsekvensene av rusavhengighet er store samfunnsøkonomiske kostnader som følge av høy ressursbruk og belastninger på ulike instanser som blant annet politi, helsevesen, rettsvesen og sosialtjenesten (Fekjær, 2016, s. 208)

Rusavhengighet som samfunnsproblem er et omdiskutert tema i mediebildet og politiske debatter. Medienes fremstilling av mennesker med rusavhengighet er dog lite nyansert. Bildet vi får på tv skjermen illustrerer en marginalisert gruppe som opererer på utsiden av normative forventninger. De tildeles ofte lite flatterende karaktertrekk, som lever under uverdige forhold og fremtoner sosial ulikhet (Lossius, 2012, s. 28).

1.2. Bakgrunn for valg

Fra min bakgrunn som fengselsbetjent har jeg arbeidet tett med rusavhengige i et tverrfaglig samarbeidsmiljø som inkluderer NAV, helse- og spesialisthelsetjenesten og andre eksterne samarbeidspartnere. I den forbindelse har jeg opplevd forutinntatte holdninger og stigmatiserende atferd fra samtlige instanser i møte med rusavhengige. Lignende observasjoner gjorde jeg også i praksis ved avdeling for avrusning. Dette er noe som engasjerer meg sterkt, da jeg finner det uetisk. Jeg ønsker å sette søkelys på dette problemet og mener det har høy relevans ettersom sykepleiere vil møte denne pasientgruppen innenfor flere fagområder i helsevesenet, men også fordi pasienter med rusavhengighet skal møtes med samme respekt og åpenhet som andre pasientgrupper. Til sammenligning har jeg erfart hvordan genuin omsorg og tillit i relasjonsarbeidet vil ha betydning for vekst og positiv utvikling hos pasienten. I helse- og omsorgstjenesteloven (2011), § 4-1 stilles det krav til forsvarlig behandling av pasient gjennom et helhetlig og koordinert tjenestetilbud, hvor pasienten behandles med verdighet og tilstrekkelig fagkompetanse.

1.3. Ruspolitikken

Med årene har det skjedd en positiv utvikling i ruspolitikken som har bidratt til større åpenhet og forståelse for rus- og psykiske lidelser i samfunnet. Virkemidlene som blir brukt i kampen for rusfrihet er i større grad evidensbasert og ikke basert på normative holdninger (Mørland & Waal, 2016, s. 352).

Stortingsmeldingen «Se meg!» fra 2012 ble utarbeidet av regjeringen med formål om å forebygge og redusere negative konsekvenser av rusmiddelproblematikk. Stortingsmeldingen fremmer mål og tiltak som tar sikte på å tilrettelegge, forebygge og sette inn tidlige tiltak med hensikt om å hjelpe mennesker med alvorlig rusproblematikk, fremfor å bruke sanksjoner og straff (omsorgsdepartementet, 2012). Dette var også hensikten med den nye rusreformen som ble utformet i 2021. Forslaget var å avkriminalisere bruk og besittelse av mindre mengder narkotika som var til eget bruk. Det vil si at det fortsatt er forbudt, men at det ikke straffefølges. Som alternativ til straff skulle det settes inn hjelpetiltak. Det ble lagt til grunn

at straffeforfølgning har bidratt til økt stigma som gir flere negative følger og barrierer mot å nå et overordnet mål om å redusere bruk av illegale rusmidler (Prop.92 L (2020-2021), s. 1-2). Innføring av gjeldende rusreform fra 2004 var også sentral i kampen mot stigma da mennesker med ruslidelser fikk samme pasientrettigheter som andre pasientgrupper og dermed fikk pasient status. Dette hadde betydning for behandlingen og tjenestetilbudene, da ansvaret i større grad ble tillagt helsevesenet og ga mennesker med ruslidelser rett til tverrfaglig spesialisert behandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2004, s. 4–5). Til tross for rusreformens intensjon om å gjøre rusavhengighet til et helserelatert spørsmål, er rusproblematikk fortsatt lite anerkjent som sykdom (Van Boekel et al., 2013).

2.0. Teoretisk ramme

Med bakgrunn i oppgavens hensikt blir det gitt en kort innføring i risiko faktorer for utvikling av rusavhengighet. Det blir forklart hva stigma er og hvordan det virker, etterfulgt av sykepleiernes holdninger til rusavhengige for å få et nyansert perspektiv. Avslutningsvis vil jeg beskrive brukermedvirkning og betydningen av relasjonsarbeidet da dette er essensielle faktorer for å styrke behandlingskvalitet og motvirke stigma.

2.1. Utvikling av rusavhengighet og konsekvenser

Rusavhengighet er en kompleks lidelse som krever helsehjelp og samtidig må forstås fra flere perspektiver (Mørland & Waal, 2016, s. 25). Rusavhengighet er nevrobiologisk, psykologisk og sosiokulturelt betinget (Simonsen, 2016, s. 44). Barn som vokser opp med flere risikofaktorer i livet, har en økt sjanse for å utvikle problemer knyttet til rusbruk eller for å utvikle psykiske lidelser. Undersøkelser viser at de fleste rusbrukere har hatt store utfordringer i livet før de ble avhengig.

Misbruk av rusmidler er genetisk overførbart i den forstand at barnet kan ha en disposisjon for utvikling av samme lidelse (Simonsen, 2016, s. 78). Det er flere forhold som er viktig for barnets utvikling og for å danne et grunnlag for trygghet og livsglede. Opplevd omsorgssvikt,

forekomst av psykiske lidelser, rusbruk, vold og trusler i hjemmet er alle faktorer som bidrar til at barnet kan utvikle dårlig selvbilde, tilknytningsproblemer, dårlig regulering av følelser og dårlige mestringsstrategier. Negative opplevelser og belastninger påvirker hjernen både kognitivt og emosjonelt og kan gi barnet flere problemer senere i livet (Simonsen, 2016a, s. 82–85). Konsekvensene sees ofte i voksenlivet til en som er rusbruker. Forekomsten av angst, depresjon, stresslidelser (PTSD) og personlighetsforstyrrelser er hyppig observert hos denne pasientgruppen (Simonsen, 2016a, s. 88–89). Det er vanlig at mennesker som har ruslidelser føler mye skyld og skam (Mørland & Waal, 2016, s. 65).

Rusbruk i seg selv, kan føre til flere indirekte eller direkte følgekonskvenser, som blant annet psykiske og somatiske helseutfordringer. Det er høy forekomst av akutte skader og sykdom. For familie og nettverket rundt kan det oppleves svært belastende, og det igjen kan føre til at personer i nettverket til den som er rusavhengig tar avstand og bryter kontakten. En annen kjent konsekvens for brukeren er møte med stigma (Biong & Ytrehus, 2018, s. 183).

2.2. Stigmatisering

Mennesker med ruslidelser blir gjentatte ganger utsatt for stigmatisering i møte med helsevesenet (Biong & Ytrehus, 2018, s. 183) Stigmatisering er en prosess hvor et eller flere individ, basert på deres gruppetilhørighet blir plassert i en bestemt kategori ved å tilskrive dem diskrediterende egenskaper. Stigma er knyttet til mennesker sett som avvik grunnet handlingsmønster som bryter med normative regler (Renolen, 2015, s. 224). Kategorisering og stereotypiske holdninger bidrar til å degradere en pasientgruppe som igjen er med på å skape distanse og derav et «oss» og «dem»-perspektiv.

Ifølge Ekeland vil objektivisering av individet utgjøre en mulig trussel mot etisk praksis. Objektivisering vil fremmedgjøre og svekke pasientens subjekt status og slik skape en avstand mellom pasient og behandler. Manglende subjektiv tilnærming påvirker kommunikasjonsformen, øker sjansen for gale oppfattelser og hemmer den empatiske forståelsen av pasientens situasjon. Blant sårbare pasientgrupper vil det være flere som har

dårlige forutsetninger for å være en god representant for seg selv. Viktigheten av å se og behandle pasienten som et medmenneske er betydelig, og er samtidig et viktig forsvar mot våre inhumane tilbøyeligheter (Ekeland, 2021, s. 19–20).

2.2.1. Stemplingsteori

Stemplingsteorien legger vekt på konsekvensene av stigmatisering og hvordan det fører til forsterkning av tendensen til avvik hos mennesker som er stemplet av samfunnet som allerede eksisterende avvik. Det vil si at mennesker som ikke innfrir samfunnets normative forventningskrav og blir ansett som avvikere, vil påvirkes av andres negative holdninger og oppfatte seg selv med de egenskaper som samfunnet har tillagt de. Dette fører igjen til at de kan bli fanget i bildet som er samfunnsskapt og skapt av stigma, som da blir en selvoppfyllende profeti. Avviket forsterkes og fortsetter. Denne teorien fører til at ansvaret også tillegges den som stigmatiserer og dømmer, i større grad enn den avvikende som opplever stigma (Goffman, 1922-1982, sitert i UtforskSinnet, 2022) . Stemplingsteorien er aktuell for å belyse hvordan stigma virker og dens følgekonskvenser. For de menneskene som blir utsatt for stigma vil dette kunne ha ulike negative konsekvenser. Deres reaksjoner på dette vil videre kunne gi ytterligere følger som gir dem et dårligere utgangspunkt for helsebedring.

2.2.2. Holdninger

Holdningene våre kommer av tanker og følelser vi knytter til noen eller noe, og det igjen påvirker hvordan vi handler. Det er personintegreerte innstillinger eller oppfatninger som skapes gjennom grunnverdier, erfaringer og ut fra den kunnskapsbasen vi har. Holdninger kan enten være likegyldig, overveiende positive eller overveiende negative. I tilfeller hvor fremmedfrykt og ubehag oppstår, kan negative holdninger sees som tillærte mestringsstrategier (Renolen, 2015, s. 231-232). For en sårbar pasient som bærer på vonde tanker og følelser, som allerede føler seg liten og svak, så er det ytterst viktig at pasienten blir behandlet med varhet og respekt. Det er avgjørende for den terapeutiske relasjonen til pasienten at personalet er bevisst på egne holdninger og hvordan de kommer til syne. En

studie fra Colorado viste hvordan sykepleiestudenters holdninger til pasienter med rusavhengighet, ble positivt forsterket ved kompetanseløft (Biong & Ytrehus, 2018, s. 161–162).

2.3. Sykepleieres holdninger til mennesker med ruslidelse

I forbindelse med rusreformen som kom i 2004 ble det gjort en undersøkelse av helsepersonell i somatisk og psykisk helsevern på Vestlandet. Formålet var å kartlegge kunnskap og holdninger knyttet til pasienter med ruslidelser. Den avdekket utilfredsstillende resultater. Helsearbeidere erkjente å ha negative holdninger til pasientgruppen og begrunnet det blant annet med at de ikke visste hvordan de skulle forholde seg til rus pasienter. Det kom frem at flere hadde meninger om pasientenes atferd som ble beskrevet som kriminell eller belastende, og at de av den grunn ikke ønsket å ha dem inneliggende i avdeling. Noen av intervjuobjektene mente at det var ruspasienter som iscenesatte selvmordsforsøk med intensjon om å få medikamenter. Ellers ble det også avdekket manglende kompetanse blant personalet som skulle behandle pasienter med rusavhengighet (Lossius, 2012, s. 30).

En kvalitativ litteraturstudie innhentet erfaringer og opplevelser fra helsepersonalets perspektiv i møte med rusavhengige (Van Boekel et al., 2013). Flere beskrev emosjonelle utfordringer som frustrasjon, maktesløshet og sinne. Oppfattelser av pasientgruppen var for mange negative og ble knyttet til opplevelse av manipulerende, aggressiv og uansvarlig atferd. Pasienter med rusproblematikk ble også sett på som ansvarlig for egen sykdom i større grad enn andre pasientgrupper, samt at de ofte var lite motivert for behandling. Psykiske lidelser er hyppig sett i kombinasjon med ruslidelse og pasienter med dobbeltdiagnoser opplevdes som komplekse og stressende å jobbe med. Mange følte av de manglet nødvendig spisskompetanse. Helsearbeidere i psykisk helsevern så kompetanseløft som nyttig tiltak, men fortalte også at nytteverdien var liten dersom kollegastøtten var lav. God støtte fra kollegaer og ledelse, tilgjengelighet, tid, veiledning og nødvendig kapasitet ble trukket frem som betydelige faktorer for å opprettholde et engasjement i møte med overnevnte pasientgruppe (Van Boekel et al., 2013).

Rossberg fant sammenheng mellom gjensidig påvirkning i pasient og behandler-relasjonen og hvordan det påvirket utfallet av behandlingen. Behandlere kjente ofte på negative følelser i møte med pasienter som opplevdes utfordrende, avvisende eller aggressive. Motsatt vekket det positive følelser hos behandler dersom pasienten uttrykte ønske om hjelp, var engstelig og takknemlig. Av pasientene var det flere som fullførte behandlingen av dem som vekket positive følelser hos behandler kontra de som vekket negative følelser hos behandler (Lossius, 2012, s. 30).

2.3.1. Sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer

Sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer sier at sykepleieren har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig. Det står også blant annet at sykepleieren har ansvar for å fremme helse, for å ivareta den enkelte pasients sitt behov for helhetlig omsorg, skal respektere pasienten sin integritet, ivareta pasientens verdighet og bidra til at pasientens stemme blir hørt (Norsk sykepleierforbund, u.å.).

2.3.2. Nærhetsetikken

Nærhetsetikken ser det nære jeg- og- du forholdet som et grunnleggende etisk forhold. Det er den mellommenneskelige relasjonen hvor menneskets subjektive opplevelse av selvet og de etiske grunnverdiene finner sted. Det handler om å se den andre som et medmenneske, hvor samspillet baserer seg på gjensidig empatisk og emosjonell forståelse. Å være var for den andre sine emosjoner og tanker er hensiktsmessig for å kunne oppfatte dersom faglige eller moralske verdier er truet. Nærhetsetikken stiller krav til emosjonelle, men også kognitive evner. Den tar utgangspunkt i at man skal handle riktig og gjøre fornuftige valg, men med følsomhet og nærhet. Et sentralt hovedpoeng er at tenkningen om etikk må starte i praksis, ikke fra et system styrt av regler og normative forventninger (Brinchmann, 2016, s. 115-116).

2.4. Brukermedvirkning

Det er en forståelse av at pasienten sitt bidrag er av størst betydning i behandlingssammenheng. Pasienten sine oppfatninger og meninger skal derfor tas hensyn til og inkluderes i prosessen (Simonsen, 2016, s. 106). Derav medbestemmelsesretten som er nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Hensikten er å styrke pasientens motivasjon til å ta ansvar for egen helse, og slik fremme selvstendighet og mestring. Helsepersonelloven (1999) beskriver behandleren sin plikt til å tilrettelegge for gjennomføring av brukermedvirkning i praksis. Brukermedvirkning bidrar til bedre individuell oppfølging og tilpasset behandling. Når pasientens ønsker og behov blir ivare tatt øker sjansen for bedring (Simonsen, 2016, s. 106).

Økt brukerinnflytelse og individuell mestringsorientert behandling er vektlagt også i stortingsmeldingen «Se meg! En helhetlig ruspolitikk» Meld. St. 30 (2011-2012), samt i veilederen «Sammen om mestring», som i henhold til Meld. St. 30 ble utarbeidet som et veiledningsverktøy i 2014 for kommune- og spesialisthelsetjenestene. Veilederen «sammen om mestring» synliggjør brukergruppens behov og legger føringer for psykisk helsearbeid og rusarbeid med utgangspunkt i gjeldende lovverk og nasjonale retningslinjer (Helsedepartementet, 2014).

2.4.1. Makt og avmakt

Makt er et begrep som anvendes for å belyse ulikheter mellom grupper. Det kan omtales som en aktør sin evne til å oppnå ønsket mål til tross for motstand fra andre. Makt tilskrives en person ut fra innehavende posisjon eller status. I sykepleierens yrkesutøvelse er det viktig å være kritisk til bruk av makt, da den både kan brukes til pasientens beste, men også misbrukes (Ingstad, 2013, s. 152). Maktmisbruk kan blant annet komme til uttrykk gjennom ulike kommunikasjonsformer, hvor stemmeleie, valg av ord og kroppsspråk har størst betydning for pasientens oppfattelse av situasjonen (Ingstad, 2013, s. 157). Bruk av hersketeknikker er også en måte å misbruke makt på. Eksempelvis kan dette være tilfeller

hvor pasienter blir overkjørt, ignorert, latterliggjort, fordømt og påført skyld- og skamfølelse (Ingstad, 2013, s. 176). En pasient som er avhengig av å få hjelp fra helsepersonell og i tillegg har begrensede ressurser vil stå i en svak og sårbar situasjon (Ingstad, 2013, s. 154). I en relasjon med ujevn maktfordeling kan den tapende part føle på avmakt (Ingstad, 2013, s. 150). Følelsen av avmakt oppstår når personen opplever at situasjonen er utenfor eget kontrollområde (Ingstad, 2013, s. 164). Dette kan blant annet skyldes manglende brukermedvirkning og muligheten til å ha innflytelse over egen behandlingsprosess (Ingstad, 2013, s. 169). En av helsepersonalets oppgaver er å styrke pasientens posisjon blant annet ved å ta pasientens perspektiv på alvor. Undersøkelser viser at brukerinvolvering i praksis er begrenset, som kan tyde på at pasienten ikke får medbestemme dersom synspunktene ikke samstemmer med helsepersonellens perspektiv. Som fagansvarlig skal man tilstrebe en likeverdig relasjon til pasienten og sikre at pasienten har større innflytelse og påvirkningskraft i egen situasjon. Dette kalles Empowerment og utjevner maktforholdet mellom pasient og personal (Ingstad, 2013, s. 174-175).

2.5. Betydningen av relasjonsarbeidet

Relasjonen mellom pleier og pasient er helt avgjørende for pasientens tillit til å få hjelp og for behandlingsprosessen (Gonzalez, 2020, s.58). Blant mennesker med rusproblematikk er det mange som har opplevd omsorgssvikt og vokst opp i dysfunksjonelle hjem (Gonzalez, 2020, s.277). Manglende omsorgserfaring vil kunne påvirke selvfølelsen negativt, som kan resultere i lav mestringstro og selvkritiske holdninger. Selvfølelse er vår egen oppfattelse av egenverdi, og utvikles ved empatisk anerkjennelse og forståelse over tid (Gonzalez, 2020, s. 277). Ved å møte med åpenhet og behandle pasienten verdig og hensynsfullt uavhengig av pasientens væremåte, viser sykepleieren respekt, som er grunnleggende for å styrke pasientens selvfølelse (Gonzalez, 2020, s.60).

Det er viktig at personalet anerkjenner at det kan oppleves vanskelig for pasienten å være åpen om egen situasjon og at det kan være en tidkrevende prosess å få innsikt i pasientens utfordringer. Møte med varme, omsorg og empati vil bidra til at pasienten i større grad føler

seg forstått og mindre alene (Gonzalez, 2020, s. 58-59). Empatisk gjensvar betyr å vise forståelse og anerkjennelse for pasientens opplevelser og følelser, og ha evnen til å vise dette gjennom følelsesmessig respons. Det er også viktig å skape rom for pasientens sårbarheter gjennom å etablere tillit og trygghet. Tillit er grunnfundamentet i enhver pasient- og behandler relasjon og skapes gjennom åpen kommunikasjon, tilstedeværelse, omsorg og empati. Å se hele pasienten med en genuin og ektefølt interesse for å hjelpe er tillitsskapende og gir et godt utgangspunkt for god samhandling (Gonzalez, 2020, s.59, 60, 61).

Empati virker også motivasjonsfremmende (Gonzalez, 2020, s.60), som igjen er viktig for pasienten sin tilfriskningsprosess. Motivasjon er et samlebegrep av ulike faktorer som setter i gang en prosess for å nå et mål (Renolen, 2015, s. 65), men for å klare å forplikte seg til et mål, og for å gjøre den innsatsen som kreves av pasienten er mestringstro nødvendig. Tillit til egne ferdigheter styrkes av gode erfaringer med mestring og ved at andre viser tiltro til at pasienten har de nødvendige ressurser som kreves (Gonzalez, 2020, s.48). Og når handlingene til pleier eller behandler gjenspeiler tro på pasienten styrkes den terapeutiske relasjonen (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 27). Mange mennesker har opplevd relasjonelle belastninger i løpet av livet og har behov for nye og trygge relasjoner. Dårlige eller manglende relasjoner påvirker hvordan pasienten ser seg selv og opplever å bli sett av andre, samt tilliten til det gode i andre mennesker. Relasjonsbygging kan derfor være terapeutisk i seg selv og er en sentral del i utøvelse av sykepleie (Gonzalez, 2020, s. 58).

2.6. Problemstilling med avgrensning

«Hvordan opplever mennesker med rusavhengighet å bli møtt av sykepleiere og øvrig helsepersonell i rus- og psykiatritjenesten?»

I oppgaven har jeg valgt å fokusere rusavhengige som er over 18 år. Dette fordi man som oftest møter den voksne pasienten som sykepleier i ulike sektorer, med mindre man jobber spesifikt med barn og ungdom. Beskrivelser av ulike rusmidler er ekskludert fra oppgaven da det blir for omfattende i forhold til begrensning av antall ord, samt at stigma er opplevd knyttet til samtlige substanser. Videre har jeg valgt å ikke avgrense til kjønn, sosial status eller

individuelle forskjeller, fordi det var utfordrende å finne nok relevant forskning som besvarte problemstillingen. Oppgavens innhold vil ikke gi beskrivelser eller dybdeforståelse av ulike psykiske lidelser eller personlighetsforstyrrelser på grunn av omfang. Det vil likevel være nevnt og blir ikke ekskludert da samtidig rus- og psykiske lidelser er hyppig representert hos denne pasientgruppen. Ulike terapiformer er brukt i behandling av rusavhengighet, men er ikke beskrevet på grunn av omfang. Hovedfokuset er lagt til pasientens opplevelser og erfaringer i møte med sykepleiere og annet helsepersonell i rusbehandlingstilgjør, samt psykiatritjenesten. Hensikten med oppgaven er også å sette lys på mulige følgekonskvenser av opplevd stigma.

3.0. Metode

I første del vil jeg presentere valg av metode. Deretter følger beskrivelser av søkeprosess og framgangsmåte for å finne relevante artikler for oppgaven og hvordan de så ble analysert.

3.1. Valg av metode

Metode er en systematisk framgangsmåte for å innhente kunnskap og informasjon, og brukes som et verktøy for å belyse og løse en problemstilling. Valg av metode bestemmes ut fra problemstillingen og hvilken tilnærming som egner seg best til å besvare den. For å begrunne valg av metode vil det være av betydning å beskrive de ulike framgangsmåtene og hva som kjennetegner dem (Dalland, 2020, s. 53). Kvantitativ metode kan være nyttig å anvende dersom man ønsker å tallfeste noe og få frem breddeperspektivet og omfanget av det man undersøker. Det er såkalte "harde" data som er målbare og ofte brukes i statistikker. Kvalitativ tilnærming omtales som "myke" data og skal innhente erfaringer og opplevelser som ikke kan måles i tall eller utregninger. Kvalitativ metode har en mykere og mer intim tilnærming til datakildene og skal gi leseren en bedre dybdeforståelse (Dalland, 2020, s. 54–55).

Valg av artikler faller på de som har en kvalitativt orientert tilnærming. Dette begrunnes med

at oppgavens hensikt er å få frem pasientperspektivet og samle inn viktige detaljer fra ulike individuelle opplevelser og erfaringer fra møter med helsevesenet. Kvalitative artikler med bruk av fokusgruppeintervjuer og dybdeintervjuer vil kunne gi gode beskrivelser av menneskers erfaringer. Dette kan bidra til å skape en bedre forståelse for pasientgruppen som er inkludert i oppgaven (Dalland, 2020, s. 55). Oppgaven bygger på data og kunnskap som er hentet fra litteratur og forskning. Det er derfor en litteraturstudie, som innebærer systematisk søk og innsamling av data, kritisk granskning av materialet og tilslutt en sammenfatning for å skape en helhet (Thidemann, 2019, s. 77).

3.2. Praktisk gjennomføring

I dette underkapittelet vil jeg redegjøre for metodiske valg i oppgaven.

3.2.1. Valg av databaser

For å finne og få tilgang til sykepleiefaglige og vitenskapelige forskningsartikler, benyttet jeg HVL sitt nettbaserte bibliotek. Der avgrenset jeg databasene ved å velge kategorien helse- og sosialfag, deretter sykepleie. Databaser jeg brukte var Academic Search Elite, PubMed, CINAHL, SweMed+ og MEDLINE. For å finne flere artikler, og de artiklene som hadde høy relevans gjorde jeg flere varierende søk med ulike kombinasjoner av søkeord. Artiklene jeg brukte var fra databasen PubMed ettersom det var her jeg fant relevante artikler som samsvarte med problemstilling og hensikten med oppgaven.

3.2.2. Valg av søkeord og søkeprosess

Med utgangspunkt i problemstilling, skrev jeg ned en oversikt over ulike søkeord på norsk og engelsk. I løpet av prosessen brukte jeg også flere søkeord oversatt til dansk og svensk for å finne relevante artikler fra Skandinavia. Det viste seg å være utfordrende å finne artikler på norsk, svensk og dansk. Noen artikler omtalte relevant tema, men var ikke spisset opp mot problemstilling. Jeg valgte derfor å fortsette søket med engelske søkeord. Underveis i prosessen hentet jeg inspirasjon til nye søkeord fra artikler jeg fant relatert til søketreff i

database samt artikler fra nettsider. Ved bruk av databasene kom det også opp forslag til søkeord, samt at jeg også benyttet meg av nøkkelord som jeg fant i ulike artikler som var treffende på tematikk. Se vedlegg 1 for oversikt over brukte søkeord (Vedlegg 1. Oversiktstabell). Søkestrategier som ble benyttet for å finne relevante artikler var *trunkering* og tegnsetting. Ved å sette «*» bak søkeordet «nurse» ble flere bøyingsformer av ordet bli inkludert i søkeresultatet. Boolske operatører som AND og OR ble brukt ved søk i databasene for å finne artikler. Dette er en søketeknikk som ble brukt for å få flere treff med ulike søkeord og synonymord (Thidemann, 2019, s. 87).

3.2.3. Valg av artikler

Formålet var å finne artikler som omhandlet mennesker med rusavhengighet og deres møte med sykepleiere i rus- og psykiatritjenesten. Det var primært ønskelig å finne artikler som tok utgangspunkt i pasientperspektivet. I oppgaven har jeg valgt kvalitative artikler som var mest mulig spisset opp mot problemstilling. Artikler som ikke var relevant ble forkastet. Et kriterium for å sikre god kvalitet av oppgavene var at artiklene skulle være fagfellevurdert. Alle artikler ble sjekket via kanalregisteret.no, samt sjekket via HVL bibliotek sin nettside. Jeg så også etter artikler som fulgte en IMRAD struktur, som betyr å strukturere artiklene med følgende oppsett; introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Dalland, 2020, s. 157).

3.2.4. Tematisk analyse

Prosessen ble gjennomført ved bruk av Clarke & Braun sin artikkel om tematisk analyse ved hjelp av 6 steg (Braun & Clarke, 2006, s. 87-93). Jeg leste på tvers av artiklene og brukte fargekoder i tre runder for å finne likheter og ulikheter. Det ble laget foreløpig tema og deretter gjennomlest på nytt. Underveis ble det skrevet notater og vurdert opp mot problemstilling. Det ble laget tabeller som ga bedre oversikt over funndeler i valgte artikler. Foreløpige funn var gjengående temaer som ble hentet ut fra artiklene. Deretter gjorde jeg vurderinger av disse og sammenfattet dem under nye tematikker.

3.3. Kildekritikk

I siste del av metodekapittelet vil jeg diskutere anvendt metode i oppgaven og belyse styrker og svakheter.

3.3.1. Valg av artikler

Jeg valgte å ta i bruk syv forskningsartikler på bakgrunn av ønske om større bredde, da flere artikler har få deltakere i studien (se vedlegg 1). Min vurdering var tydelig samsvar og likhetstrekk mellom hensikt og funn i artiklene, med unntak av noen individuelle forskjeller. Det opplevdes utfordrende å finne forskning som kun inkluderte sykepleiere av personalet. Flere av inkluderte studier inneholder derfor også annet helsepersonell. En av artiklene var rettet mot psykiatritjenesten, men også somatikken. Her ble funn plukket ut, som var forenlig og sammenlignbar med øvrige funn fra andre artikler. Mener at pasienterfaringene kan anvendes og at det likevel har overføringsverdi til sykepleiere sett i lys av oppgavens hensikt. Meningen var å utforske omfanget av stigma fra et pasientperspektiv, men også belyse positive interaksjonsopplevelser opp mot teori og sykepleiernes erfaringer. Dette med ønske om å bidra til forbedring i pasient- og sykepleierinteraksjonen og økt forståelse ved identifisering av problem. Min førforståelse kan ha påvirket tolkning og analyse av funn, samt strukturering av innhold i oppgaven. Det er derfor mulig at oppgaven kunne vært bedre løst med andre funn enn det som her blir fremstilt.

3.3.2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Rammeverket PICO er benyttet i søkeprosessen. PICO betegner følgende elementer; P- patient, I- intervention, C- comparison og O- Outcome. Rammeverket har vært nyttig for å konkretisere og avgrense informasjonssøket. Blant annet ved å definere ulike inklusjons- og eksklusjonskriterier. Noen inklusjon- og eksklusjonskriterier er allerede presentert i problemstillingens avgrensning, og øvrige kriterier vil derfor presenteres i tabell (Thidemann, 2019, s. 83).

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Land i verdensdeler som har lignende helsevesen som Norge; Skandinavia, Europa, USA, Australia	Geografiske områder som ikke er sammenlignbare med Norge.
Engelsk eller skandinavisk språk for å unngå språkbarrierer.	Personer under atten år.
Artikler publisert mellom 2012-2022, med søkelys på ny og oppdatert forskning da forskning er ferskvare.	Artikler eldre enn ti år.
Forskning utført i: Psykiatritjenesten, spesialisthelsetjenesten, øvrige rusbehandlingsmiljøer.	Forskning som er utført utelukkende i somatisk avd.
Artikler med utgangspunkt i pasientperspektiv.	Artikler som kun fremmet sykepleieperspektivet.

3.3.3. Forskernes bakgrunn og etiske hensyn

I studien av Wangensteen & Hystad (2022) spesifiseres ikke yrkestittelen til forskerne, men det det kommer frem at begge forskerne var ansatt i Tyrilistiftelsen og hadde inngående kunnskap om rusbehandling. Dette ses som en styrke da de hadde relevant kompetanse for studiens hensikt. Forskerne bak studien McCallum et al., (2016) hadde utdanning innenfor psykologifeltet, en hadde medisinsk bakgrunn og en var leder for rusbehandlingssklinikken hvor studiene ble gjennomført. Forskerteamet bestod da av fem forskere med samlet bred kunnskapsbase og kompetanse. I artikkelen av Sleeper & Bochain (2013) kommer det frem at en av forskerne har doktorgrad i sykepleie. I øvrige artikler spesifiseres ikke forskernes faglige bakgrunn, men hvor de er ansatt. Dette er en mulig svakhet da det mangler informasjon om forskernes fagkompetanse og dermed førforståelse for temaet. Samtlige er ansatt ved ulike helseinstitusjoner eller forskningsavdelinger innenfor helsefag. I alle artiklene ble det presisert at etiske hensyn og personvern var ivaretatt. Forskningsetiske krav skal sikre ivaretagelse av

pasientens/deltakernes integritet, velferd og personvern. De skal heller ikke belastes eller påføres skader som følge av deltakelse i studien (Dalland, 2020, s. 168).

4.0. Resultat

Hensikten med oppgaven var å utforske hvordan pasienter med ruslidelser opplevde å bli møtt av helsepersonell i hovedsakelig rus- og psykiske helsetjenester. For å besvare problemstillingen, ble syv artikler inkludert og analysert. Utvalgte resultater fra artiklene ble deretter sammenfattet under fire nye Meta-temaer. Funnene indikerte at majoriteten av pasientene i artiklene har hatt flere negative erfaringer fra møter med helsepersonell som direkte og/eller indirekte har ført til flere negative helsekonsekvenser. Derimot viste funn på bakgrunn av positive relasjonserfaringer at dette bidro til muligheter for personlig vekst og positiv utvikling. Funnene presenteres fortløpende fra et pasientperspektiv.

4.1. Opplevelsen av møtet: Følelse av mindreverdighet.

Det fremgår i samtlige artikler at mennesker med ruslidelser har opplevd stigma i møte med helsepersonell i rusomsorgen, psykiatrien, men også somatikken. Stigmatiserende atferd kom til uttrykk i flere former, både verbalt, nonverbalt, gjennom handlinger eller fravær av dem (Garpenhag & Dahlman, 2021; Granerud & Toft, 2015; Klingemann, 2017; McCallum et al., 2016; Rance & Treloar, 2015; Sleeper & Bochain, 2013; Wangensteen & Hystad, 2022). I en studie fra USA rapporterte pasienter om tilfeller hvor deres fysiske og emosjonelle behov ble ignorert av personalet, om avvisning, hensynsløshet og mistenkeliggjøring (Sleeper & Bochain, 2013, s. 95). Felles for flere pasienter var opplevelsen av å bli møtt med negative holdninger og uhøflighet. Det var blant annet opplevde sarkastiske eller nedlatende bemerkninger som «du ser ikke så bra ut i dag, kanskje vi skal sende deg til en urinanalyse». En annen fortalte at en lege hadde sagt «åh, du er fortsatt i live?» (Garpenhag & Dahlman, 2021), (Klingemann, 2017).

Kontrolltiltak og prosedyrer kunne også oppleves ydmykende, som for eksempel at ansatte flere steder i rusomsorgen kan pålegge pasientene å avgi urinprøve under tilsyn opptil flere ganger i uken. Hvordan prosedyrene ble utført, om det ble vist hensyn til og respekt for pasienten var av betydning for verdighetsfølelsen (Klingemann, 2017; Granerud & Toft, 2015, s. 6). Selv med usikkerhet om oppfattet stigma var intendert eller ikke, så opplevdes det likevel emosjonelt sett svært belastende. Flere pasienter følte seg umenneskeliggjort og mindreverdig i møte med stigmatiserende atferd (Garpenhag & Dahlman, 2021). Det hadde også en stor betydning for motivasjonen til å fortsette behandlingen og for kvaliteten i relasjonen mellom pasient og pleier (McCallum et al., 2016).

Imidlertid kommer det frem at flere pasienter også har gjort seg positive erfaringer i møte med helsepersonell. Betydningen av den gode relasjonen blir fremsnakket, hvor helsepersonalets personlige egenskaper og evne til å utvise respekt, empati, forståelse, omsorg og tillit vektlegges. (Wangensteen & Hystad, 2022; McCallum et al., 2016; Sleeper & Bochain, 2013; Garpenhag & Dahlman, 2021). Hvordan pasienten ble mottatt av personalet var nært knyttet til hvordan pasienten så seg selv, sin egen verdi og for hvilke følelser som manifesterte seg hos pasienten under oppholdet (McCallum et al., 2016; Wangensteen & Hystad, 2022).

4.2. Mistillit: Når grunnfundamentet i den terapeutiske relasjonen bryter sammen

Opplevd mistillit og mistenkeliggjøring var gjentatte ganger et tema i ulike studier. Eksempelvis var det flere pasienter som beskrev vanskeligheter med å overbevise personalet om at de var tillitsverdig og snakket sant (Klingemann, 2017). Det var vanlig blant flere pasienter å føle seg forhånds dømt og noen mente at personalet ofte oppfattet dem som manipulerende. En pasient sa følgende; «Vel, du vet. De tror deg ikke. De antar at du lyver om det meste». Det var en enighet blant pasientene i studien om at opplevd mistillit var emosjonelt belastende, og at det samtidig påvirket pasientenes holdninger og tillit til helsepersonellet. Effekten av mistenkeliggjøring manifesterte seg som psykiske plager og kunne være skadelig for et terapeutisk samarbeid og motivasjonen til å fortsette

behandlingen (Garpenhag & Dahlman, 2021).

En pasient insinuerte at mange pasienter prøver å lure ansatte, «men du kan ikke bare anta at alle lyver, vet du. Inntil det motsatte er bevist, bør du behandles på samme måte som ethvert annet menneske» (Garpenhag & Dahlman, 2021). En annen pasient uttrykte sin mening ved å si; «du føler deg som en kriminell. Det er som at de antar at du vil prøve å lure og jukse. Som om de tror at du tross alt bare er en narkoman, så de kan ikke stole helt på deg!» (Granerud & Toft, 2015, s. 6). I følge flere pasienter kan manglende tillit og pålitelighet potensielt føre til tilbakefall (McCallum et al., 2016).

4.3. Manglende anerkjennelse og empati- veien til å gi opp

Seks studier beskrev episoder med nedverdiggende behandling og manglende anerkjennelse i møte med helsepersonell. Tilfeller hvor flere pasienter har følt seg sviktet og glemt av personalet som de mente hadde hatt negative og skadelige konsekvenser for behandlingsutbyttet (Garpenhag & Dahlman, 2021; Granerud & Toft, 2015; McCallum et al., 2016; Rance & Treloar, 2015; Sleeper & Bochain, 2013; Wangensteen & Hystad, 2022).

Funn indikerer tilfeller hvor flere pasienter opplever at helsepersonell har feil fokus, og at psykologiske og emosjonelle behov blir forsømt. Fremfor å se det helhetlige sykdomsbildet har flere pasienter erfart at helsepersonellet legger hovedvekt på rusmiddelbruken (Garpenhag & Dahlman, 2021). Psykologiske faktorer spiller en viktig rolle når en skal forstå sin egen avhengighet, og flere pasienter ytret behov for å lære seg mer omkring dette. De så nytteverdien i å lære seg ulike mestringsstrategier som kan være hensiktsmessige for å regulere følelser og stress bedre (McCallum et al., 2016). En tidligere pasient sa det slik «Du vet, de bare fokuserer på alkoholen og ikke psykologien. Hvis de satte søkelys på psykologien, ville ikke alkohol vært noe problem. Jeg trenger rådgivning. Jeg trenger noen å snakke med» (McCallum et al., 2016). Samme oppfatningen ble delt av flere andre pasienter. De opplevde at ansatte i behandlingssammenheng hadde sitt hovedfokus på det som var rusrelatert og at de i liten grad ga anerkjennelse til pasientene for de oppgavene de mestret eller dersom de hadde hatt en positiv utvikling på andre områder (Granerud & Toft, 2015).

Handlinger gjort av personalet som viste manglende forståelse for pasienten opplevdes for mange som svært sårende og belastende. Det førte til forsterking av skam og skyldfølelse, samt at tilliten til egne ferdigheter ble redusert. Pasienter gjengir følelsen av å bli sett som en diagnose og ikke som et menneske, hvor fokus på diagnosen fører til forutinntatte antakelser og meninger som kommer til uttrykk gjennom personalets handlinger og ytringer (McCallum et al., 2016; Rance & Treloar, 2015; Sleeper & Bochain, 2013). Flere pasienter beskrev hvordan møtet med pleier har en overføringsverdi for tiden etter behandling. Erfaringer som hadde hatt en positiv innvirkning på pasientenes utvikling var knyttet til opplevd genuin omsorg, hvor omsorgen som gis er ektefølt og gjenspeiler personalets tro på pasienten sine personlige ressurser og evner til å klare å nå et mål. Personalets omsorg og tillit til pasienten bidro til forsterking av tillit og muligheter for økt motivasjon og mestringsfølelse (McCallum et al., 2016; Wangensteen & Hystad, 2022).

4.4. Fra manglende brukermedvirkning til: sammen mot et felles mål

Flere pasienterfaringer var at deres meninger ikke ble tatt hensyn til eller vektlagt i egen behandlingsprosess (Granerud & Toft, 2015, s. 4; McCallum et al., 2016, s. 834–835). Tre ulike LAR pasienter fortalte om negative opplevelser eller opplevd ubehag i forbindelse med ansvarsgruppemøter (Tverrfaglige samhandlingsmøter). Fellesnevner i historiene deres var manglende innflytelse og medbestemmelsesrett i samhandlingsmøter, og følelsen av at de temaer som skulle diskuteres og hvordan møtet skulle struktureres var forutbestemt av personalet. Beskrivelsene gitt av pasientene i studien ga en forståelse av opplevd maktesløshet og liten anerkjennelse av pasientens tanker og meninger (Granerud & Toft, 2015, s. 4).

En av pasientene presiserte viktigheten av å være delaktig og ha innsyn i hva som blir besluttet, da det tross alt er pasienten sitt liv det handler om (McCallum et al., 2016, s. 834–835). En studie hadde som formål å undersøke betydningen av implementert brukermedvirkning og hvordan det påvirket den terapeutiske alliansen mellom pasient og helsepersonell (Rance & Treloar, 2015). Erfaringer som pasienter hadde gjort seg fra tidligere

støttet opp under funn gjort i overnevnte artikler, men nye erfaringer gjort ved implementert brukermedvirkning hadde flere positive utslag. Å få medvirke i egen behandlingsprosess virket motiverende og fremmet følelsen av å bli forstått og behandlet ut ifra egne individuelle behov. For mange av pasientene var det forenlig med å få sin menneskelighet anerkjent, og ha en stemme. Det åpnet også opp for en ny kommunikasjonsform som opplevdes mer genuin fremfor kommunikasjon styrt av rutinespørsmål og kunstige samtaleteknikker. Brukermedvirkning hadde en positiv forsterkning av tilliten og den terapeutiske relasjonen. Brukermedvirkning ble også sett som et middel for å motvirke stigma ved å gi stemme til en gruppe som tidligere ikke har blitt hørt. Det utfordret tidligere «oss» og «dem» perspektivet. I stedet satt pasientene igjen med følelsen av å være likeverdige og spille på lag med personalet. De følte de ble sett som mennesker (Rance & Treloar, 2015).

5. Diskusjon

Mine funn indikerer at rusavhengige erfarer betydelig stigmatiserende atferd fra sykepleiere og annet helsepersonell. Majoriteten av pasientene formidler negative emosjonelle følger og helsekonsekvenser av opplevd stigma (Garpenhag & Dahlman, 2021; Granerud & Toft, 2015; Klingemann, 2017; McCallum et al., 2016; Rance & Treloar, 2015; Sleeper & Bochain, 2013; Wangensteen & Hystad, 2022). Pasientenes beskrivelser støttes av uttalelser gitt fra et sykepleieperspektiv (Van Boekel et al., 2013), samt av boken til (Biong & Ytrehus, 2018, s. 183). Formålet med oppgaven er et håp om å endre perspektivet på mennesker med rusavhengighet til et mer etisk perspektiv. Det er viktig å se mennesket bak diagnosen og anerkjenne deres verdi på lik linje med andre pasientgrupper. Ved å drøfte funn opp mot teori ønsker jeg å fremme betydningen av det etiske møtet mellom pasient og pleier (ekeland, 2021, s.19-20; Brinchmann, 2016, s. 115–116).

5.1. Opplevd mistillit

Mistillit fra personalet truer opplevelsen av trygghet og er svært skadelig for den terapeutiske relasjonen. Når selve fundamentet i relasjonsarbeidet bryter sammen, vil det få negative følger for samhandling mellom pasient og pleier (Gonzalez, 2020, s. 59, 60). Det bekreftes av pasientenes beretninger. Flere oppgir at opplevelsen av å bli forhånds dømt og mistrodd fører til emosjonelle belastninger og svekker motivasjonen i stor grad. Det øker faren for tilbakefall (Garpenhag & Dahlman, 2021; Granerud & Toft, 2015, s. 6; McCallum et al., 2016). Å møte pasienten med fordommer og mistillit er misbruk av makt som vil svekke pasientens stemme. Maktmisbruk bryter med etiske prinsipper og kan aldri vurderes som forsvarlig i utøvelse av sykepleie. Tro på at det da finnes en løsning kan føles håpløst for pasienten, som er uheldig for behandlingsprosessen. Misbruk av sin maktposisjon er en trussel mot faglige og etiske verdier (Brinchmann, 2016, s. 115-116; Ingstad, 2013, s. 150-175). For å sikre at pasientens behov blir ivaretatt er det helt avgjørende å etablere tillit tidlig i relasjonsarbeidet. Det bekreftes også av en stor andel pasienter at omsorg som er ektefølt og gjenspeiler personalets tro på pasienten bidro til forsterkning av tillit og muligheter for økt motivasjon og mestringsfølelse (McCallum et al., 2016; Wangensteen & Hystad, 2022). Dette vil skape bedre forutsetninger for tilfriskning og vil samtidig styrke relasjonen mellom pasient og helsepersonell (Gonzalez, 2020, s.58).

Helsearbeidere bekreftet tilfeller av forhånds dømming og mistillit til ruspasienter (Lossius, 2012, s. 30). På grunn av emosjonelle og psykiske skader kan det være vanskelig å komme i posisjon til å samhandle med pasienten (Lossius, 2012, s. 30). Eksempelvis kan relasjonsskader bidra til at pasienten oppfattes avvisende i sin atferd. Av samme grunn kan pasienten har vansker med å etablere tillit til nye omsorgspersoner. Det er viktig å huske på at det er sykepleieren som skal fortjene og jobbe for pasientens tillit (Gonzalez, 2020, s.48). Med mål om å forstå pasientens situasjon, kan det være hensiktsmessig å la tvilen komme pasienten til gode og være varsom med å gjøre egne meninger til vedtatte sannheter. Gjensidig tillit styrkes av en medmenneskelig tilnærming ved å anerkjenne pasientens opplevelser og behov (Gonzalez, 2020, s.58; McCallum et al., 2016; Wangensteen & Hystad, 2022).

5.2. Stigmaets makt og hvordan den kommer til uttrykk

Følelsen av skam og mindreverdighet er et resultat av stigma (Goffman, 1922-1982, sitert i UtforskSinnet, 2022). Det samsvarer med mine funn fra pasienters perspektiv (Garpenhag & Dahlman, 2021; Granerud & Toft, 2015; Klingemann, 2017; McCallum et al., 2016; Rance & Treloar, 2015; Sleeper & Bochain, 2013; Wangensteen & Hystad, 2022). Manglende anerkjennelse opplevdes psykisk belastende og gjorde at flere pasienter følte seg umenneskeligjort (Garpenhag & Dahlman, 2021; McCallum et al., 2016).

Opplevd devaluering i interaksjon med helsepersonell setter pasienten i en posisjon som krever bruk av mestringsstrategier for å håndtere situasjonen. Som følge av psykiske belastningsskader, derav dårlig følelsesregulering kan ofte mestringsstrategiene bli destruktive eller lite hensiktsmessige (Simonsen, 2016, s. 82–85). Situasjonen krever da ressurser som pasienten kanskje ikke har. Den stigmatiserte pasienten vil dermed kunne reagere med selvforsvar. Det kan forklare hvorfor flere helsearbeidere oppfattet ruspasienter som atferdsmessig utfordrende (Lossius, 2012, s. 30; Van Boekel et al., 2013). Pasientens bruk av forsvarsmekanismer kan igjen bidra til å opprettholde stigma. Slik kan det bli mulig for noen å rettfærdiggjøre en negativ behandling av pasienten. Alternativ mestringsstrategi i pasientens møte med stigma kommer til uttrykk i en mer resignerende holdning. Mine funn viser til pasienters beskrivelser av hvordan stigma påvirket holdningene og tilliten til personalet, samt hvordan det var skadelig for relasjonen og motivasjonen til å fortsette behandlingen (Garpenhag & Dahlman, 2021). Stigma vil dermed kunne bli en kritisk barriere for kvalitet i helsehjelpen som gis.

Fra egen erfaring i praksis i psykiatritjenesten ble jeg vitne til et tilfelle av stigma som har gjort varig inntrykk på meg. Det var en pasient som var somatisk syk, abstinent, psykisk sliten og i sorg da han brått og nylig hadde mistet nære pårørende. Da han ble innlagt ble det tatt lite hensyn til hans situasjon. Han ble plassert på en rom og måtte «lide ut» smerten uten tilfredsstillende emosjonell støtte. Dette var en pasient som har mange relasjonsskader og vanskeligheter med å etablere tillit, spesielt til autoriteter og psykiatritjenesten. Han var

nedbrutt og hadde vanskeligheter med å være høflig og tilgjengelig for dialog. Flere i personalgruppen valgte å møte ham med samme holdning og det så ut til at de nærmest straffet ham for hans dårlige fremtoning. Han ble utsatt for hyppige kontrolltiltak i slik høy grad sammenlignet med andre pasienter i avdelingen at det virket påfallende. På bakgrunn av dette forsterket de motstanden hos pasienten. Hans selvforsvar rammet til slutt nesten alle som prøvde å komme i posisjon til samtale, selv de som prøvde å møte med forståelse. Tilliten var brutt. Atferden hans ble stadig tatt opp på møter og informasjonen gikk på tvers av avdelinger. Det hele endte med at han ble tvangsflyttet til en annen avdeling. Dette er et eksempel på gjensidig forsterkning av negative holdninger. Fra mitt ståsted er det sykepleierens eller fagpersonens ansvar å forsøke å bryte dette mønsteret.

Funn viser at flere helsearbeidere i stor grad er usikre i sin tilnærming til pasienter med rusavhengighet (Lossius, 2012, s. 30; Van Boekel et al., 2013). Usikkerhet kan skape negative følelser, og være årsaksmedvirkende til utvikling av negative holdninger (Renolen, 2015, s. 231-232). Å møte pasienter med fordommer vil påvirke relasjonen negativt og mulig styrke personalets usikkerhet. På den andre siden vil et etisk møte mellom to likeverdige parter kunne føre til at opplevelser med utfordrende atferd vil ses i langt mindre grad.

Objektivisering utgjør en risiko for negativ eller dårligere behandling av pasienten (Ekeland, 2021, s.19-20). Flere funn indikerte at manglende anerkjennelse og forståelse var et gjengående problem, som kan være medvirkende til at flere pasienter følte at deres psykologiske og emosjonelle behov ble ignorert av personalet (Garpenhag & Dahlman, 2021; Granerud & Toft, 2015; McCallum et al., 2016; Rance & Treloar, 2015; Sleeper & Bochain, 2013; Wangensteen & Hystad, 2022) Når den menneskelige tilnærmingen blir svekket påvirker det kommunikasjonsformen og den empatiske forståelsen av pasientens situasjon (Ekeland, 2021, s. 19-20).

Lav selvfølelse og selvforståelse er hyppig sett hos pasienter med ruslidelser som konsekvens av dysfunksjonelle forhold i oppveksten (Gonzalez, 2020, s. 277). Sykepleierens rolle har stor betydning i arbeidet med å styrke pasientens selvfølelse og tro på egne ferdigheter ved vise respekt og anerkjennelse. I behandlingssammenheng er pasientens egeninnsats avgjørende

for bedring, og det kan være vanskelig å finne motivasjon til å gjøre den innsatsen som kreves uten opplevd støtte fra pleier (Gonzalez, 2020, s.60). Pasientene fortalte at de følte seg ivaretatt dersom de ble behandlet som likeverdige, med empati, respekt, åpenhet og tillit (Garpenhag & Dahlman, 2021; McCallum et al., 2016; Sleeper & Bochain, 2013; Wangensteen & Hystad, 2022).

5.3. Fra fortvilelse til håp: Brukermedvirkning i praksis

Det kom frem av helsearbeideres oppfatninger at mange pasienter med rusproblematikk var lite motivert for behandling (Van Boekel et al., 2013). Sett i lys av funn og teori er det mulig å forstå at de forholdene som har vært til stede i mange tilfeller ikke skaper motivasjon. Funn i tre av studiene viser manglende erfaring med brukermedvirkning i praksis. Pasientene beskrev hvordan de ble tilsidesatt og overhørt (Granerud & Toft, 2015, s. 4; McCallum et al., 2016, s. 834–835; Rance & Treloar, 2015).

Slik brukermedvirkningens hensikt er beskrevet i teorien burde dette fremme et engasjement for implementering i praksis (Simonsen, 2016, s. 106). Effekten av brukerinvolvering summeres opp i en av studiene. På tvers av 3 ulike behandlingsmiljøer var resultatene utelukkende positive (Rance & Treloar, 2015). Et mål i enhver behandlingssammenheng bør være å fremme selvstendighet og motivasjon for at pasienten i størst mulig grad kan ta ansvar for egen helse. Helt sentralt vil det da være å inkludere pasienten i eget behandlingsforløp. Det forutsetter at personalet gir pasienten tillit og viser tro på pasientens egne ressurser og ferdigheter. Dette er forsterkende faktorer som også underbygges av teorien (Simonsen, 2016, s. 106). Likeverdighet i pasient- og behandler relasjonen vil forstås som avgjørende for mestring og utvikling. I studien hvor brukermedvirkning var iverksatt i praksis opplevde pasientene å bli sett, hørt og anerkjent. De opplevde å være en del av et team. Et team hvor behandler, og pasient var likestilt og jobbet sammen mot et felles mål (Rance & Treloar, 2015). Implementering av brukermedvirkning gir håp, fordi det styrker pasientens posisjon og utfordrer «oss» og «dem» perspektivet. Brukermedvirkning er et middel i kampen mot stigma fordi det utjevner maktforholdet mellom pasient og behandler (Ingstad, 2013, s. 174-175).

5.4. Implikasjoner for praksis.

Denne oppgaven ser nærmere på hvordan pasienter med rusavhengighet opplever møtet med sykepleiere og øvrige helsepersonell med vekt på rus- og psykiatritjenesten. Gode relasjoner mellom pasient og behandler ble beskrevet som mer verdifulle enn terapiformene i seg selv. Til tross for flere positive opplevelser, viser funnene at stigma er et betydelig problem som fører til flere negative helsekonsekvenser. Gjentakende møter med mistillit og manglende anerkjennelse fra helsepersonell innvirker i stor grad på pasientens psykiske helse. Flere av pasientene følte seg umenneskeligjort og mindreverdige i møte med fordommer. Når vi som helsepersonell møter pasienten med empati, omsorg, tillit og respekt kan vi beskytte oss mot negative holdninger (Ekeland, 2021, s.19-20). Vi kan ikke dømme enkeltindivider basert på gruppetilhørighet eller diagnose. Det har vi ingen forutsetning for å gjøre. Bak hvert valg finnes mange underliggende årsaksfaktorer. Uten kunnskapen for hvilke faktorer det dreier seg om, blir det vanskelig å forstå valgene. Stigma er misbruk av makt og kan aldri forsvares. Det strider mot grunnleggende etiske verdier og er destruktiv i sin uttrykksform. Negative holdninger er svært skadelig for relasjonsarbeidet og behandlingsprosessen. Når tilliten til helsepersonellet svekkes, når motivasjonen til å fortsette tar slutt og når de psykiske påkjenningene blir for store kan følgene i verste fall bli fatale.

Etikk starter i praksis, og som helsepersonell har vi et kollektivt ansvar for å skape en god holdningskultur. Hvordan vi formidler informasjon har betydning for hvordan den blir mottatt. For å forstå må man lytte til pasienten. Det betinger at vi har et ikke-dømmende forhold til informasjonen som gis. Heller stille spørsmål for å prøve å forstå meningen bak det pasienten formidler. I det nære møtet mellom to mennesker vil det være lettere å se hverandre. Kanskje det åpner opp for å se mennesker med ruslidelser fra et annet perspektiv. Et nytt perspektiv kan gi oss ny mening og forståelse og et bedre utgangspunkt for samhandling. Gode relasjoner er verdifulle for oss alle, men spesielt for dem som ikke har så mange andre gode relasjoner i livet og tillegg trenger helsehjelp. Så skal vi huske det, at vi alle er mennesker og trenger andre mennesker. Vi er mye mer like enn ulike. Vi har alle samme grunnleggende behov.

Litteraturliste

- Amundsen, E.-J. (2022). *Narkotikautløste dødsfall 2021*. Folkehelseinstituttet. Hentet 16. desember 2022, fra <https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/konsekvenser-av-narkotikabruk/narkotikautloste-dodsfall/>
- Lossius, K. (2012). Om å ruse seg. I K. Lossius (RED.), *Håndbok i rusbehandling: Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (2. utg., s.23-38). Gyldendal Norsk Forlag.
- Biong, S., & Ytrehus, S. (2018). *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2. utg.). Cappelen Damm akademisk.
- Bramness, J. G. (u.å.). *Rusmiddellidelser*. Folkehelseinstituttet. Hentet 25. november 2022, fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/rusmiddellidelser/>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brinchmann, B. S. (2016). Nærhetsetikk. I B.S. Brinchmann (RED.), *Etikk i sykepleien* (4. utg., s.115-129). Gyldendal akademisk.

Burdzovic, J., & Amundsen, E. J. (2022). *Problembruk av narkotika*. Folkehelseinstituttet.

Hentet 7. desember 2022, fra <https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/bruk-av-narkotika/problembruk-av-narkotika/>

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.

Ekeland, T. -J. (2021). *Psykisk helsevern-En kunnskapsplattform*. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse. <https://erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2021/03/Psykisk-helsevern-En-kunnskapsplattform-2021.pdf>

Fekjær, H. O. (2016). *Rus: Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk* (4. utg.). Gyldendal akademisk.

Garpenhag, L., & Dahlman, D. (2021). Perceived healthcare stigma among patients in opioid substitution treatment: A qualitative study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 16(1), 81. <https://doi.org/10.1186/s13011-021-00417-3>

Gonzalez, M. T. (2020). Relasjonsarbeid-sykepleieprosessens mellommenneskelige del. I M. T. Gonzalez (RED.), *Psykiske lidelser - faglig forståelse og terapeutisk tilnærming: Sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver* (1. utg., s.57-66). Gyldendal Norsk Forlag.

Gonzalez, M. T. (2020). Selvfølelse: Utviklingsrelatert teori og forståelse av selvfølelsen. I M. T. Gonzalez (RED.), *Psykiske lidelser - faglig forståelse og terapeutisk tilnærming: Sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver* (1. utg., s.275-280). Gyldendal Norsk Forlag.

- Gonzalez, M. T. (2020). Sykepleiefaglige perspektiver ved psykiske lidelser: Mestring, mestringstro og stress. I M. T. Gonzalez (RED.), *Psykiske lidelser - faglig forståelse og terapeutisk tilnærming: Sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver* (1. utg., s.44-54). Gyldendal Norsk Forlag.
- Granerud, A., & Toft, H. (2015). Opioid dependency rehabilitation with the opioid maintenance treatment programme—A qualitative study from the clients' perspective. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 10(1), 35. <https://doi.org/10.1186/s13011-015-0031-4>
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring: veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenester*. (IS-2076). <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2004). *Rusreformen—Pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven* (Nr. 1-8/2004) [Rundskriv]. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/i-82004/id445634/>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Ingstad, K. (2013). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid* (1. utg.). Gyldendal akademisk.

Klingemann, J. (2017). The rights of drug treatment patients: Experience of addiction treatment in Poland from a human rights perspective. *International Journal of Drug Policy*, 43, 67–73. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2017.01.015>

McCallum, S. L., Mikocka-Walus, A. A., Gaughwin, M. D., Andrews, J. M., & Turnbull, D. A. (2016). 'I'm a sick person, not a bad person': Patient experiences of treatments for alcohol use disorders. *Health Expectations*, 19(4), 828–841. <https://doi.org/10.1111/hex.12379>

Mørland, J., & Waal, H. (2016). *Rus og avhengighet*. Universitetsforlaget.

Meld. St. 30 (2011–2012). *Se meg!: En helhetlig ruspolitikk*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-30-20112012/id686014/>

Prop. 92 L (2020–2021). *Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven og straffeloven m.m. (rusreform- opphevelse av straffansvar m.m.)* <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-92-l-20202021/id2835248/>

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>

Rance, J., & Treloar, C. (2015). "We are people too": Consumer participation and the potential transformation of therapeutic relations within drug treatment. *International Journal of Drug Policy*, 26(1), 30–36. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2014.05.002>

Renolen, Å. (2015). *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* (3. utg.). Fagbokforlaget.

Simonsen, T. (2016). *Rusmiddelavhengighet: Lærebok for helse- og sosialfag*. Fagbokforlaget.

Sleeper, J. A., & Bochain, S. S. (2013). Stigmatization by nurses as perceived by substance abuse patients: A phenomenological study. *Journal of Nursing Education and Practice*, 3(7), Art. 7. <https://doi.org/10.5430/jnep.v3n7p92>

Utforsk Sinnet. (2022, 20. juni). *Stemplingsteori: Stigmatiserende merkelapper*. <https://utforsksinnet.no/stemplingsteori-stigmatiserende-merkelapper/>

Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.

van Boekel, L. C., Brouwers, E. P. M., van Weeghel, J., & Garretsen, H. F. L. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 131(1), 23–35. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018>

Wangensteen, T., & Hystad, J. (2022). Trust and collaboration between patients and staff in SUD treatment: A qualitative study of patients' reflections on inpatient SUD treatment four years after discharge. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 39(4), 418–436.
<https://doi.org/10.1177/14550725221082366>

Norsk sykepleierforbund. (u.å.). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 18. oktober 2022, fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Vedlegg 1- Oversiktstabell

Tittel	Stigmatization by nurses as perceived by substance abuse patients: A phenomenological study.
Forfatter	Justin A. Sleeper & Shelley S. Bochain
Publisert av/år/sted	2013/USA
Metode/ Deltakere	Kvalitative intervju 5 voksne i rusbehandling
Hensikt	Utvide forståelsen av sykepleiere som ivaretar ruspasienter ved å avdekke reelle erfaringer med stigma slik de oppfattes av pasienter.
Hovedfunn	<i>Tema 1: stigmatiserende atferd.</i> <i>Tema 2: Manglende frihet.</i> <i>Tema 3: Omsorgsfulle.</i>
Database	Pubmed (2012-2022), (interview), treff:nr 1 av totalt 63
Søkeord	Stigma AND nurses AND substance abuse AND patients
Fagfellevurdert	JA
Artikkel 2	
Tittel	Opioid dependency rehabilitation with the opioid maintenance treatment programme- a qualitative study from the client's perspective
Forfatter	Arild Granerud & Helge Toft

Publisert av/år/sted	Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy/ 2015/Norway
Metode/ Deltakere	Semistrukturert intervju 7 pasienter i LAR program på tvers av ulike avdelinger i landet
Hensikt	Hensikt var å belyse hvordan LAR brukere opplever egen brukerinnflytelse i LAR programmet
Hovedfunn	<i>Tema 1: For å få livet tilbake</i> <i>Tema 2: Den asymmetriske maktbalansen</i> <i>Tema 3: OMT-programmet som demotivator</i> <i>Tema 4: En følelse av krenkelse</i>
Database	Pubmed (2012-2022), (interview), Treff: 10 av totalt 225
Søkeord	Clients perspective AND drug treatment program AND qualitative study
Fagfellevurdert	JA

Artikkel 3	
Tittel	The rights of drug treatment patients: Experience of addiction treatment in Poland from a human rights perspective.
Forfatter	Justyna Klingemann
Publisert av/år/sted	International Journal of Drug Policy/2017/Polen

Metode/ Deltakere	Kvalitativ studie fra 4 ulike spesialiserte rusbehandlingsmiljøer, til sammen 12 rusbehandlingsklinikker. Fokusgruppeintervju med totalt 43 ansatte og 73 pasienter.
Hensikt	Utforske opplevelse av likhet i verdighet og rettigheter beskyttet av polsk lov innenfor 4 rusbehandlingsmiljøer i Polen. Med utgangspunkt i menneskerettigheter i pasient behandling.
Hovedfunn	<p><i>I denne artikkel er det brukt koding som overskrifter med tilhørende sitater under. Spørsmål stilt til intervjugruppene er relatert til verdighet, troverdighet og rettigheter. Ansattes svar og tilbakemeldinger forsterker pasientperspektivet og er derfor inkludert inn under samme koding.</i></p> <p>Koder: (verdighet, troverdighet, rett til privatliv), (verdighet, troverdighet, respekt for pasientens tid), (Troverdighet, rett til personlig tilpasset behandling), (verdighet, rett til konfidensialitet), (Rett til informasjon), (Rett til å klage), (verdighet: stab i døgntilleggsbehandlingsmiljøet), (rett til privatliv, rett til konfidensialitet, rett til samtykke: ansatte ved poliklinisk program), (verdighet, troverdighet: ansatte ved poliklinisk program), (verdighet, troverdighet, rett til privatliv: ansatte i døgntilleggsbehandlingsmiljøet), (troverdighet), (verdighet, rett til privatliv), (verdighet, troverdighet, rett til privatliv, rett til samtykke), verdighet, rett til privatliv, rett til helse), (rett til privatliv:pasienter i innlagt terapeutisk fellesskap), (rett til privatliv, rett til konfidensialitet: pasienter på poliklinisk avdeling).</p>
Database	Pubmed, (2012-2022), (interview), Treff: nr. 6 av totalt 3293
Søkeord	Drug treatment AND patients experiences

Fagfellevurdert	JA
------------------------	----

Artikkel 4	
Tittel	' I'm a sick person, not a bad person': patient experiences of treatments for alcohol use disorder.
Forfatter	Stacey L. McCallum, Antonina A. Mikocka-Walus, Matthew D. Gaughwin, Deborah A. Turnbull og Jane M. Andrews
Publisert av/år/sted	Health Expectations/2015/Australia
Metode/ Deltakere	Tverrsnitts kvalitativ ved bruk av semistrukturerte intervjuetoder og rammeanalysetilnærming. 34 pasienter i behandling for alkoholforstyrrelser.
Hensikt	Bedre forstå opplevelser til pasienter som får behandling for alkoholforstyrrelser og sammenligne opplevelsen til pasienter med og uten alvorlige psykiske helsesyntomer.
Hovedfunn	<p>Tema 1: Behandlingsbehov- Å gjenkjenne, respektere og svare på psykologiske behov.</p> <p>Tema 2: Pasienttilfredshet med behandling</p> <ul style="list-style-type: none"> - Opplevd effektivitet av behandlingsintervensjoner - Effektivitet av medisiner for både psykologiske og alkoholrelaterte symptomer - Støttende forhold til andre - Spesialisert, men helhetlig omsorg - Pasientens autonomi - Psykologiske tilnærminger til behandling

	<p>Tema 3: Kontinuitet i omsorgen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personalets kontinuitet - Et pålitelig forhold til personalet over tid - Tjenestekontinuitet - Tilknytning og koordinering med psykiske tjenester <p>Tema 4: Stigma</p>
Database	Pubmed, (2012-2022), (interview), Treff: nr. 89 av totalt 2727
Søkeord	Patients experiences AND alcohol AND treatment
Fagfellevurdert	JA

Artikkel 5	
Tittel	Trust and collaboration between patients and staff in SUD treatment: A qualitative study of patient's reflections on inpatient SUD treatment four years after discharge.
Forfatter	Turid Wangensteen
Publisert av/år/sted	Nordic Studies on Alcohol and Drugs/2022/Norway
Metode/ Deltakere	Kvalitativ studie med dybdeintervjuer. 11 pasienter 4 år etter utskrivelse fra Tyrilistiftelsen (langvarig døgnbehandling for rusavhengighet)
Hensikt	Utforske pasienters refleksjoner rundt behandlinginnholdet
Hovedfunn	<p>Tema 1: Behandlingsinnhold og relasjoner som ble ansett som verdifulle</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utvikle selvtillit og optimisme om fremtiden - Utvikle strategier for å mestre stress og utfordrende følelser og situasjoner - Utvikle relasjoner med familie og venner - Forberedelse på livet etter døgnbehandling

	<i>Tema 2: Behandlingsinnhold og relasjoner som ble sett som ubrukelige eller skadelige</i>
Database	Pubmed, (2012-2022), (interview), Treff: nr. 1 av totalt 22.
Søkeord	Qualitative study AND patients AND SUD treatment
Fagfellevurdert	JA

Artikkel 6	
Tittel	«We are people to»: Consumer participation and the potential transformation of therapeutic relations within drug treatment
Forfatter	Jake Rance & Carla Treloar
Publisert av/år/sted	International Journal of Drug Policy/2015/ Australia
Metode/ Deltakere	57 semistrukturerte intervjuer i 3 rusbehandlingstjenester. 30 forbrukere og 27 ansatte.
Hensikt	Fokus på deltakernes beretninger om endring innenfor den terapeutiske alliansen undersøker denne artikkelen et initiativ for brukermedvirkning introdusert i 3 australske rusbehandlingstjenester.
Hovedfunn	<i>Tema 1: «Ingen kommer noen gang til å høre på oss»: rettighetsfraskrivelse i narkotikabehandling</i> <i>Tema 2: «Vi har aldri hatt en stemme før»: en mulighet til å bli hørt</i>

Database	Funnet i referanselisten til artikkel 3: The rights of drug treatment patients: Experience of addiction treatment in Poland from a human rights perspective.
Søkeord	
Fagfellevurdert	JA

Artikkel 7	
Tittel	Perceived healthcare stigma among patients in opioid substitution treatment: a qualitative study
Forfatter	Lars Garpenhag & Disa Dahlmann
Publisert av/år/sted	Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy/2021/Sweden
Metode/ Deltakere	Fokusgruppeintervju. 6 fokusgrupper ved LAR klinikk, utført av ansatte i LAR. Totalt 23 pasienter.
Hensikt	Studere stigma relatert til rusmisbruksforstyrrelser og LAR behandling på individnivå slik det oppfattes av LAR pasienter med fokus på deres oppfatning av stigma i helsevesenet og deres forsøk på å håndtere det.
Hovedfunn	Tema 1: Helseinstitusjoner og involverte fagfolk Tema 2: Omstendigheter som gir uønsket oppmerksomhet til SUD Tema 3: Manifestasjoner av stigma Tema 4: Reaksjoner på stigma Tema 5: Mestring av stigma

Database	Pubmed, (2012-2022), (interview), Treff: nr. 2
Søkeord	Qualitative study AND patients AND substance abuse AND SUD treatment
Fagfelleurdert	JA

Vedlegg 2.

Kan du ikke se meg?

Den du tror du kjenner, er ikke den jeg er. Du kan verken høre eller se meg, selv om jeg er nær.

Etterlatt til egne tanker. Enda en mørk og stille kveld. Fanget i et bilde som jeg har laget selv.

Natten brer seg over meg. Tårer renser mitt sinn. Usminket og naken sovner jeg stille inn.

Mine øyne er lukket, morgenlys siver inn. Kulissene bygges nok en gang. Solen tørker mine kinn.

Jeg maler stort og fargerikt for verden og meg selv. Alt føles så meningsløst, da jeg taper likevel.

Jeg møter deg med motstand, for å skjule mine arr. Masken er mitt ansikt, da den er alt jeg har.

Kan du ikke se meg? Jeg står jo rett her. Den du tror du kjenner, er ikke den jeg er.



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave i sykepleie

SK152-O-2022-HØST-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	09-12-2022 09:00 CET	Termin:	2022 HØST
Sluttdato:	12-12-2022 14:00 CET	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave i sjukepleie		
Flowkode:	203 SK152 1 O 2022 HØST		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	319
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	10582
----------------------	-------

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:	61
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