



**Høgskulen
på Vestlandet**

BACHELOROPPGÅVE

**Sjukepleiarar i møte med pasientar med
rusmiddelavhengigheit**

Bachelor i sjukepleie

SK 152

Avdeling Førde

Innleveringsdato: 02.06.17

Ord: 6886

Namn: Hilde Hoti

Rettleiar: Inger Oline Bruland

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, § 10.*

Samandrag

Tittel:

Sjukepleiarar i møte med pasientar med rusmiddelavhengigheit

Bakgrunn for val av tema og hensikt:

Eg har alltid interessert meg for denne pasientgruppa. Erfaring frå praksis tilseier at det er forskjellige haldningar på avdelingane, og at dei ikkje vert møtt og behandla på lik linje som andre. Eg ynskjer difor å belyse dette emnet, samt sjå på kva haldningar rusmiddelavhengige pasientar vert møtt med.

Problemstilling:

Korleis kan sjukepleiar sine haldningar påverke relasjonen til pasienten med rusmiddelavhengigheit?

Metode:

Oppgåva er ei litteraturstudie. Eg plukka ut fem relevante forskingsartiklar som er meir og mindre nytta i denne studien. Søka er gjort i Academic Search Elite, kor Cinahl og Medline er inkludert. Vidare har eg nytta høgskulen sitt bibliotek, for å få tak i bøker som omhandla blant anna rusmiddelavhengigheit, haldningar og relasjonar.

Oppsummering:

Forskning viser gjennomgåande negative haldningar, som kan kome av usikkerheit, redsel eller manglande kunnskapar. Ein må stadig reflektere over desse, slik at det ikkje set preg på yrkesutøvinga i den grad at det skapar ein distanse mellom sjukepleiar og pasient. Grunnelementa for å skape ein god relasjon, er veremåte, empati og anerkjenning. På denne måten kan ein gje rom for pasienten sine indre tankar og kjensler, og eit gjensidig forhold med tillit kan byggjast.

Nøkkelord:

Sjukepleiar, haldningar, rusmiddelavhengigheit, kommunikasjon

Innhald

1 Innleiing	1
1.1 Bakgrunn for val av tema	1
1.2 Problemstilling og avgrensing	2
1.2.1 Kort presentasjon av omgrep	2
1.3 Struktur.....	2
2 Metode	3
2.1 Litteraturstudie som metode	3
2.2 Litteratursøk	3
2.3 Kjeldekritikk.....	4
3 Teori	5
3.1 Rusmiddelavhengigheit	5
3.2 Haldningar	6
3.3 Sjukepleiarkompetanse	7
3.4 Relasjon	7
3.5 Sjukepleiar-pasient-felleskapet	8
4 Funn frå forskning	8
5 Drøfting	10
5.1 Haldningar som kan prege møtet.....	10
5.3 Kompetansegrunnlaget	12
5.4 Å sjå heile mennesket.....	13
5.5 Å skape ein relasjon gjennom erfaringar.....	13
6 Avslutning	15
Bibliografi	17

1 Innleiing

Om lag 10-20 % av befolkninga i Norge, får ei rusliding i løpet av livet (Meld. St. 19, 2014-2015, s. 156). Rusmiddelavhengigheit kan ein forstå som eit åtferdsmessig syndrom, med dårleg sjølvkontroll og høg toleranse. Til tross for kunnskap om og negative erfaringar ved bruk av rusmiddel, klarar ein ikkje kontrollere inntaket. Dette inneber mykje smerte for vedkommande og det sosiale nettverket rundt, samtidig som det skapar omfattande, samfunnsmessige problem og utfordringar (Lossius, 2011, s. 5). Dette bidrar til eit engasjement, i den grad at «alle» har gjort seg opp ei meining om det. Rusmiddelavhengigheit vekker interesse i sosiale media, kor dei ofte får tildelt særlegge trekk, som møkkete og slitne. Ein får innsyn i ei endelaus vandring etter meir rusmiddel, kor abstinensane tek frå ein all sjølvrespekt og verdigheit. Slike historier vert ofte framstilt med eit «oss» og «dei» - perspektiv, som bidrar til at ein gløymer at dette eigentleg handlar om «oss alle». Vi er alle ulike, med forskjellige ynskjer og håp for framtida og livet vi lever (Lossius, 2011, s. 26).

Etter at Rusreforma vart innført i 2004, har menneske med rusproblem vorte likestilte med andre pasientgrupper, samt fått lovpålagte rettar (Christiansen, 2012, s. 165; Helse- og omsorgsdepartementet, 2004). Til tross for dette, kan ein sjå at rusavhengige risikerer dårlegare behandling enn andre. Når ein går inn i rolla som sjukepleiar, vert ein nøydd til å legge frå seg eventuelle negative haldningar, og møte kvar enkelt pasient med same omsorg, respekt og empati, for å nemne nokre viktige verdiar (Eide & Eide, 2007, ss. 109-111). Rett kompetanse, på rett plass og til rett tid, er ei stor utfordring i framtidens helseteneste (Meld. St. 11, 2015-2016, s. 11).

1.1 Bakgrunn for val av tema

Mine erfaringar frå praksis, er at sjukepleiarar har blanda haldningar til rusmiddelavhengige, og at dette kan prege yrkesutøvinga på både godt og vondt. I boka «Mellom alle stoler» av Ole Martin Larsen, viser dei til eit sitat av Nina Stoltenberg, der ho fortel at:

Det verste ved å være narkoman, er skammen. I fleire år viste jeg meg ikke ute i dagslys. Denne skammen er felles for alle narkomane. Jeg så på meg selv som noe dritt, en som ikke fortjente noe godt. Du er helt innkjørt på at du er en belastning. Du får ikke mer selvtilit når du hele tida møter et behandlingsapparat som overhodet ikke forstår din situasjon. Narkomani er en livsstilssykdom (Larsen, 2008, s. 152).

Eg meiner at alle sjukepleiarar har ein flott moglegheit for å kunne utgjere ein forskjell for menneske med rusmiddelavhengigheit. Det kan vere så lite som eit smil, ei hand å halde i eller eit ope sinn. Likevel er eg redd for at denne pasientgruppa ikkje vert møtt med omsorga og respekten dei har rett på og ikkje minst fortener.

1.2 Problemstilling og avgrensing

Korleis kan sjukepleiar sine haldningar påverke relasjonen til pasienten med rusmiddelavhengigheit?

Eg har valt å avgrense til rusmiddelavhengige menn og kvinner over 18 år. Med ordet «rusmiddelavhengig», referera eg til personar som er avhengige av illegale rusmiddel og legemidlar, medan alkohol og tobakk er ekskludert frå oppgåva. Det sosiale nettverket, som til dømes familie og vener, er ein svært viktig faktor i arbeid med menneske med rusmiddelavhengigheit. Eg har midlertidig valt å ikkje gå djupare inn i dette, då eg vil ha fokus retta mot sjølv møtet mellom sjukepleiaren og pasienten, samtidig som eg er nøydd å tenkje på omfanget av litteraturstudien. Eg vil å ha fokus på somatiske einingar i spesialisthelsetenesta.

1.2.1 Kort presentasjon av omgrep

Eg ynskjer å presentere nokre omgrep som eg meiner er aktuelle, med tanke på problemstillinga og emnet i denne studien. Desse omgrepa kjem eg nærare inn på i teoridelen.

Haldningar er samansett av tre komponentar; ein kognitiv, emosjonell og åtferdsmessig komponent. Førstnemnde referera til våre tankar, meiningar, erfaringar og forventingar, medan den emosjonelle biten tar for seg kjenslene våre og korleis dei kan kome til uttrykk gjennom blant anna sympati og antipati. Åtferdskomponenten tar for seg den observerbare åtferda overfor haldningsobjektet, og/eller kva han eller ho seier om eigne handlingar overfor dette objektet (Kaufmann & Kaufmann, 2003, s. 205).

Relasjon forklarast i denne studien som kontakten, forbindinga eller forholdet mellom pasient og sjukepleiar (Eide & Eide, 2007, s. 17).

Rusmiddelavhengigheit kan forklarast som eit «*intest og nesten ukontrollerbart sug etter rusmidler*» (Kraft, 2016, s. 26). Ein har gjerne problem med å kontrollere inntaket av rusmiddel, samt kunne stoppe før ein mista kontrollen (Lossius, 2011, s. 24). Vidare har eg nytta ordet «rusproblem», som er eit meir overordna omgrep som dekkjer både rus, rusmisbruk og rusavhengigheit; omgrepa som ofte vert nytta om ein anna i daglegtalet. Her vil det ligge til grunn eit inntak av stoff som påverkar hjernen og bidreg til endring av persepsjonen (Biong & Ytrehus, 2012, s. 18).

1.3 Struktur

Først vil eg gjere greie for val av metode, samt presentere forskingsartiklane som vert nytta, og litteratursøka eg gjorde for å finne desse. Deretter vil eg kritisk vurdere eige studie, kor eg trekkjer fram både styrker og svakheiter. I teoridelen gjer eg greie for relevant teori, som skal bidra til å belyse problemstillinga, kor eg har valt å ha fokus på rusmiddelavhengigheit, haldningar, sjukepleiarkompetanse, relasjon og sjukepleiar-pasient-fellesskapet. Vidare vert funna i

forskningsartiklane presentert, og saman skal dette og nytta teori drøftast i lys av problemstillinga, som eg i avslutninga skal prøve å svare på.

2 Metode

«Metode» er ein framgangsmåte for å samle inn data og informasjon til noko vi vil undersøkje. På ein annan måte kan det beskrivast som vegen mot eit konkret mål, der ein forklarar kva ein gjer undervegs i prosessen. Vilheim Aubert har valt å definere det som «en framgangsmåte, 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.» (Dalland, 2012, s. 110).

Ein kan skilje mellom kvantitative og kvalitative forskingsmetodar, som begge gjev ei betre forståing for det samfunnet vi lev i. Kvantitative metodar er forskingsmetodar som gjev data i form av tal og målbare einingar. Dette kan til dømes vere tal for å finne ut av gjennomsnittleg levealder eller kor stor prosentdel av befolkninga som er arbeidsledige i eit gitt område. Resultata kan framstillast i blant anna grafar eller tabellar. Kvalitative metodar tek sikte på å undersøkje og beskrive erfaringar og opplevingar (Dalland, 2012, s. 112).

2.1 Litteraturstudie som metode

Eg har valt å bruke litteraturstudie som metode, som tar utgangspunkt i eit tema eller ei problemstilling. Det kan til dømes vere erfaringar frå praksis eller eit tema ein har interesse for og ynskjer å fordjupe seg i. Vidare bør ein forsikre seg om at der er nok eksisterande teori og forskning på området, slik at det vil dekke ei litterær studie (Dalland, 2012, ss. 223-228). Alt som er relevant for oppgåva, er kjelder (Dalland & Tygstad, 2012, s. 67).

Eg tykkjer eg har funne relevant litteratur, med tanke på temaet og problemstillinga i denne studien. Via skulen sitt bibliotek, har eg fått tak i bøker som omhandlar blant anna haldningar, rusmiddelavhengigheit og relasjonar. Vidare har eg nytta internett for å finne aktuelle stortingsmeldingar og diverse anna nyttig stoff.

2.2 Litteratursøk

Eg leita etter forskingsartiklane i Academic Search Elite, inklusiv Cinahl og Medline. Tidsperioden vart avgrensa frå 2007-2017 og vidare kryssa eg av for engelskspråklege forskingsartiklar. Først søkte eg på «substance abuse», «substance use» og «drug abuse» kvar for seg, for deretter å kombinere dei med OR, grunna det var synonymord. Dette gav eit treffresultat på 130 489. Vidare søkte eg på «nurse», «attitudes», «hospital» og «experience». Til slutt kombinerte eg desse enkeltorda med synonymgruppa ved å bruke AND, og fekk 333 treff.

Søkedato: 07.04.2017.

Under dette søket fann eg forskingsartiklane:

- *The multifaceted vigilance – nurses’ experiences of caring encounters with patients suffering from substance use disorder* (Johansson & Wiklund-Gustin, 2015).
- *The dissonant care management of illicit drug users in medical wards, the views of nurses and patients: a grounded theory study* (Monks, Topping, & Newell, 2012).
- *The determinants of nurses’ therapeutic attitude to patients who use illicit drugs and implications for workforce development* (Ford, Bammer, & Becker, 2007).
- *Hospital nurses’ attitudes toward patients with a history of illicit drug use* (Chu & Galang, 2013).

Mitt andre litteratursøk gjorde eg òg i Academic Search Elite, der Cinahl og Medline vart inkludert. Eg avgrensa til engelske tekstar, frå år 2000-2017 og haka av for forskingsartiklar. Først søkte eg på «substance use», «substance abuse» og «drug abuse» kvar for seg, og la dei saman med «OR» og fekk 185 430 resultat. Deretter søkte eg på «attitudes», «relationship» og «nurse» kvar for seg. Til slutt la eg saman synonymorda og enkeltorda med AND, og fekk eit resultat på 290.

Søkedato 02.05.17

Her fann eg forskingsartikkelen:

- *Nurses’ attitudes toward clients with substance use problems* (Chang & Yang, 2012).

Eg kunne ha valt å avgrense søka meir for å få færre resultat, men tok ikkje sjansen på dette, i tilfelle eg skulle ende opp med for lite forskning. Eg bladde gjennom lista med overskrifter, for å sjå om der var eit utval artiklar som var aktuelle for oppgåva mi. Deretter såg eg over kvar enkelt artikkel, og vurderte dei i høve til IMRoD-strukturen; introduksjon, metode, resultat og diskusjon, kor innhaldet ofte vert kort beskrive i eit samandrag øvst i artikkelen (Thidemann, 2015, ss. 30-31). Vitskapelege artiklar innan medisin og helsefag er ofte oppbygd etter denne strukturen, og dette har gjort det lettare for meg å skilje desse frå fagartiklane (Thidemann, 2015, s. 68).

Forskningsartiklane vart plukka ut, grunna dei omhandla sjukepleiarar i møte med personar med rusproblem og rusmiddelavhengigheit, i meir og mindre grad. Somme tok for seg synspunkt frå begge sider, medan andre fordjupa seg i korleis sjukepleiarane opplevde å gje omsorg til denne pasientgruppa. I tillegg var funna interessante for oppgåva mi, med tanke på blant anna negative haldningar, utilstrekkeleg kunnskap og utfordringar knytt til interaksjonar med pasienten.

2.3 Kjeldekritikk

Kjeldekritikk vert nytta for å vurdere om ei kjelde er truverdig. Dette inneber ei grundig vurdering og evna til å skilje dei seriøse kjeldene frå dei useriøse, samt kartleggje truverda til informasjonen ein finn (Dalland & Tygstad, 2012, s. 67). Det er ynskjeleg at ein nyttar den opphavslege kjelda,

primærkjelda, og nyaste utgåver av litteratur. Dette har eg vore oppteken av, og har etter beste evne streva for å få dette til. Litteratur av eldre årgang og sekundærkjelder er òg nytta, men eg har likevel sett på denne teorien som relevant for studien. Vidare har eg kritisk vurdert desse kjeldene, med tanke på innhald, relevans og kvalitet. Det har vore utfordrande å skulle skilje teori som har vore interessant og lærerik, frå teorien som i tillegg er nyttig for denne studien.

Det kan vere ein svakheit at eg ikkje har avgrensa meg til eit konkret land eller avdeling, då blant anna haldningane til sjukepleiarane kan variere frå avdeling til avdeling. I tillegg kan kulturane i dei forskjellige landa bidra til ulike haldningar, noko som kan prege yrkesutøvinga, både på godt og vondt. Til tross for at eg har avgrensa til somatiske einingar, har eg likevel valt å ta med ein forskingsartikkel frå psykiatrisk post, for å kartlegge eventuelle likskapar og ulikskapar ved dei forskjellige funna. Noko av teorien som er nytta, er ikkje konkret for rusmiddelavhengigheit, men heller rusproblem. Likevel reknar eg denne informasjonen som nyttig og relevant. Dette kan vere ein svakheit for oppgåva, då studien kan verke lite presis og mindre truverdig. 4 av 5 av dei nytta forskingsartiklane, handlar derimot om pasientar som brukar illegale rusmiddel, noko eg tykkjer er relevant og nyttig for denne studien.

Vidare har eg valt å nytte omgrepet «sjukepleiarkompetanse» i staden for «kunnskap», då sjukepleie ikkje berre handlar om å dekke grunnleggjande behov, men vel så viktig er måten ein gjer det på; altså evna til å nytte ferdigheiter, kunnskapar, erfaringar, haldningar og etikk i praksis (Aakre & Biong, 2012, s. 87). Dette kan vere ein svakheit, sidan kompetanseomgrepet er såpass vidt, og oppgåva kan dermed oppfattast som mindre konkret. Artiklane er funne i databasar som er anbefalt av høgskulen.

3 Teori

Her vert relevant teori presentert for å belyse problemstillinga. Eg har valt å ta for meg omgrepa rusmiddelavhengigheit, haldningar, sjukepleiarkompetanse, relasjon og sjukepleiar-pasient-fellesskapet.

3.1 Rusmiddelavhengigheit

Det er mange ulike definisjonar på rusmiddelavhengigheit. Rus kan sjåast på som ein tilstand av begeistring, anten det skuldast verknad frå kjemiske stoff, musikk, forelsking eller anna (Nesvåg, 2012). I daglegtalen kan vi beskrive oss sjølve som til dømes «avhengig» av sosiale media, pengespel eller pepsi max. Rusmiddelavhengigheit er derimot karakterisert av ein intens og nærmast ukontrollerbar kjensle av sug etter rusmiddel. Jørg Mørland og Helge Waal utarbeidde ein definisjon på rusmiddelavhengigheit. Etter deltaking i eit internasjonalt tverrvitskapleg forskingsprosjekt, kom dei fram til følgjande:

Rusmiddelavhengighet er handlinger som gjentas på tross av negative erfaringer, sanksjoner og fordømmelse hvor aktøren etter nøye overveielser kan beslutte seg til å slutte, men så likevel ofte gjentar handlingen. Personen kan derfor fremtre ambivalent og upålitelig, men samtidig synes oppriktig fortvilet og maktesløs i sin situasjon. Kjernen er at et individ gjentatte ganger handler i strid med sitt eget beste, når alt tas i betraktning (Mørland & Waal, 2016, s. 20).

3.2 Haldningar

Det er mange definisjonar på kva ei haldning er; blant anna kan ein forklare det som ein måte å organisere tankar, kjensler og handlingar på. Den første komponenten handlar om kva vi tenkjer om ei sak, ei gruppe menneske eller om samfunnsmessige faktorar. Kjenslene handlar om korleis vi reagera emosjonelt, anten det er med glede, redsel, frykt eller forakt. Åtferd handlar om korleis vi vel å reagere overfor ei bestemt sak eller gruppe menneske. Haldningane kan vere overveidande positive eller negative (Renolen, 2015, ss. 231-233).

Ein kan skilje mellom konsistente og in-konsistente haldningar; når tankar, kjensler og åtferd heng saman, ser ein ofte at haldningane er konsistente. Dette kan til dømes vere ein person som verken likar eller nyttar illegale rusmiddel sjølv, og er klar over detts skadelege effekt. Derimot vil ei in-konsistent haldning vere når personen er klar over korleis det vil påverke helsa, men på tross av dette, vel å bruke illegale rusmiddel, grunna det følast godt ut eller andre årsaker. Det er større sjanse for at haldningane vil endre seg om dei er in-konsistente, enn om dei er konsistente. Kunnskap vil kunne bidra til å endre haldningane (Ohnstad, 2010, s. 237).

Haldningar er noko vi stadig må arbeide med. Sjukepleiarar møter mange forskjellige menneske kvar einaste dag, og somme kan vekke ei haldning i oss som vi ikkje visste at fantes. Ofte er ein lite bevisste på eigne haldningar, før ein vert konfronterte med dei (Ohnstad, 2010, ss. 231-233). Ein vil komme over menneskelege lidningar og lukter som gjer at vi ynskjer å trekke oss tilbake, men dette er noko ein må forholde seg profesjonelt til. Det er viktig å vere bevisst på eigne haldningar, sidan desse er bestemmande for korleis vi handlar, både på godt og vondt. På sett og vis kan ein sei at haldning er ei handling; den gjer noko. Ein sjukepleiar kan til dømes dempe pasienten si kjensle av angst og frykt, gjennom eiga haldning. Gjennom haldning kan ein danne ein trygg eller truande relasjon. Ulike gode haldningar kan vere respekt, omsorg, audmjukskap, kjærleik og openheit (Asheim, 1997). Vidare kan ein sei at haldningar kjem til uttrykk gjennom å vere lyttande, visar merksemd, eit fast handlag og ved varsemd i stellet. Det handlar altså ikkje berre om kva ein gjer, men vel så viktig er måten ein gjer det på, korleis ein oppfører seg og korleis ein utøv handlingane (Nortvedt, 2016, s. 58).

3.3 Sjukepleiarkompetanse

Sjukepleiarutdanninga er ein treårig profesjonsutdanning, noko som inneber sjølvstende, etisk ansvar og grunnleggande ferdigheiter. Etikk, kunnskap og handling kan seiast å vere tre grunnelement i sjukepleiarkompetansen, kor førstnemnde handlar om å vere bevisst på sjukepleia sitt verdigrunnlag, samt kunne gjere etiske og moralske refleksjonar i møte med andre menneske. Kunnskap trengs som grunnlag for å kunne identifisere pasienten sine behov, samt sikre gode og relevante mål og tiltak for å løyse dette. I tillegg vil kunnskap gje betre forståing og innsikt for pasienten sin situasjon, medan handlingar beskriv ulike typar ferdigheiter, som til dømes kritisk tenking, kommunikasjon, samarbeid og eit godt handlag (Fagermoen, 1993, ss. 33-36).

Burnard, 1987, forklarar tre ulike kunnskapsformer innan sjukepleiekunnskap; teori, praksis og erfaring. Den teoretiske kunnskapen byggjer på relativ sikker kunnskap, som ein ofte finn i forskning og bøker, og skal gje ei forståing for omgrepa: om, kva og kvifor. Praktisk kunnskap omfattar ferdigheiter som ein meistrar. Dette kan vere evna til å identifisere symptom, refleksjon og problemløysing, i tillegg til interaksjonsferdigheiter som å lytte og samarbeide. Denne kunnskapsforma tileignast gjennom trening, og har sitt grunnlag i teorien. Erfaringskunnskap kan beskrivast som individuelt opplevd kunnskap (Fagermoen, 1993, ss. 37-39). Det handlar om kva ein opplev, anten det er på eller utanfor jobb; det kan vere møter med andre menneske eller opplevingar frå praksis.

3.4 Relasjon

Veremåte, empati og anerkjenning er tre vesentlege faktorar for utvikling av ein god relasjon, samtidig som dette vil kunne fjerne ei eventuell kjensle av skuld, skam eller feil hjå pasienten (Rogers, 1957; Røkenes & Hanssen, 2012, s. 190). I praksis kan ein kome opp i situasjonar kor ein er djupt ueinig i pasientens utsegn, bestemmingar og/eller handlingar. Då vil det vere heilt avgjerande at ein kjenner seg sjølv som profesjonell helsearbeidar, og har kartlagt kor vidt eigen veremåte anten er til hinder eller fremmer god relasjon til pasienten (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 180).

Empati handlar om å kunne setje seg inn i nokon andre sin situasjon. Vetlesen og Nortvedt forklarar dette som grunnsteinen for evna til emosjonell tilknytning til andre, som blant anna kjærleik, omsorg og sympati. Empati er andre-orientert, og opnar dermed moglegheiter for å kunne kjenne den andre sine opplevingar, erfaringar, kjensler og måtar å tenkje på (Vetlesen & Nortvedt, 1994; Røkenes & Hanssen, 2012, ss. 180-185). Det skal ikkje kjennast påtvinga, men vere eit ekte engasjement og interesse for den andre.

3.5 Sjukepleiar-pasient-felleskapet

Dette omgrepet legg vekt på møtet mellom to likeverdige personar, meir enn rollene ein er i. For at fellesskapet skal kunne bidra til betring, må tillit og openheit ligge i grunn. Relasjonen kan vere med på å endre pasienten sitt syn på eigen situasjon; han eller ho kan til dømes oppleve «å sjå lys i enden av tunnelen», få eit håp om noko betre eller sjå moglegheiter ein tidlegare ikkje visste at fantes. På denne måten vil ein kunne få bukt på pasientens eventuelle kjensler av håpløyse, einsemd, usikkerheit og fangenskap i eigen liding (Hummelvoll, 2012; Larsen, 2008).

Fellesskapet kvilar på ni hjørnesteinar, der eg ynskjer å utdjupe to av desse; likeverdighet og openheit. Førstnemnde er sjølvle ledetråden i sjukepleiar-pasient-fellesskapet og inneber at ein heilskapleg «eg», møter ein heilskapleg «du». Når ein vert nøydde til å søkje hjelp eller ta i mot hjelp frå andre, er det mange som opplev av sjølvkjensla vert negativt påverka. Difor er det heilt avgjerande at helsepersonellet møter pasienten med ei akseptierende haldning. Det er ikkje alltid like lett å skulle opne seg for nokon ein ikkje kjenner, og difor er det desto viktigare at sjukepleiaren sjølv er open og ærleg mot pasienten. Det betyr ikkje at sjukepleiaren skal begynne å fortelje om egne problem, men heller å innrømme frykt, usikkerheit og svakheiter ved seg sjølv. Dette vil kunne gjere det lettare for pasienten å vise gjensidig openheit (Hummelvoll, 2012, ss. 38-42).

4 Funn frå forskning

Her vert resultatata frå forskingsartiklane presentert.

«Hospital nurses' attitudes toward patients with a history of illicit drug use» (Chu & Galang, 2013). Denne studien vart gjennomført på ei medisinsk avdeling i Toronto, Canada. Formålet var å kartlegge sjukepleiarane sine haldningar til pasientar som nytta illegale rusmiddel, og korleis dette kunne påverke sjukepleiar-pasient-fellesskapet. I tillegg gjorde dei eit forsøk på å identifisere faktorar som kan ha påverka desse haldningane. Studien viste at sjukepleiarane hadde ei nøytral haldning til å arbeide med pasientar med rusproblem og at diverse utsegn kunne indikere lav motivasjon til å jobbe med denne pasientgruppa. Respondentane fortalte at det ville vere ein fordel å auke undervisinga som omhandlar rus, for å minimere negative haldningar, stigmatisering og feiloppfatningar.

«The dissonant care management of illicit drug users in medical wards, the views of nurses and patients: a grounded theory study» (Monks et al., 2012).

Det vart gjennomført semi-strukturerte intervju, ved 9 medisinske avdelingar i England. Målet var å registrere kva sjukepleiarane tykte om å gje omsorg til pasientar som nytta illegale rusmiddel. Dei tok òg for seg pasientane sine opplevingar og erfaringar frå hjelpa dei fekk. Studien viste at

kombinasjonen av negative haldningar, konflikthar, mistru, mangel på kunnskap, aggresjon og usikkerheit hadde dårleg innverknad på sjukepleiar-pasient-fellesskapet.

Sjukepleiarane kjende seg sjølvsikre og kompetente til å handtere fysiske plagar, som til dømes djup venetrombose og sepsis, men var meir usikre på rusrelaterte tilstandar. Sjukepleiarane delte dei same negative haldningane til pasientar med rusproblem og antyda at mange andre hadde det på same måten. Pasientane oppfatta desse haldningane, noko som skapte ein konfronterande kommunikasjon mellom partane.

Interaksjonar med pasientar som nytta illegale rusmiddel var kjenslemessig lada, og vart beskrive som eit forhold med gjensidig mistillit. Dette kunne medføre ein eskalering av negativ åtferd, som enda opp i konflikthar, både fysisk og verbalt. Sjukepleiarane meinte at mindre tid og interaksjonar med denne pasientgruppa kunne vere eit alternativ, noko som kunne tyde på at dei ikkje var like interesserte og omsorgsfulle overfor denne pasientgruppa. Eit mindretal av sjukepleiarane hadde meir positive haldningar, og verka til å sjå personen bak rusen. Desse sa at det var viktig å lytte, vise interesse og behandle kvar enkelt som menneske dei er, og ikkje sjukdommen dei har.

«The determinants of nurses' therapeutic attitude to patients who use illicit drugs and implications for workforce development» (Ford et al., 2007).

Formålet med studien var å undersøkje sjukepleiarane sin terapeutiske haldning til pasientar som nytta illegale rusmiddel. Det kom fram at berre 25 % av respondentane kjende seg pedagogisk tilstrekkeleg i eiga rolle, medan 30 % rapporterte at dei likevel var motiverte til å jobbe med denne pasientgruppa. Rollestøtte viste seg å ha størst verknad på den terapeutiske haldninga, i tillegg til eit samspel med arbeidsplassutdanninga, samt erfaringar med pasientgruppa. Auka kunnskapsnivå ville kunne bidra til at dei kjende seg trygge på seg sjølve og i sjukepleiarrolla. På denne måten ville det verte lettare å yte god omsorg til denne pasientgruppa. I tillegg kunne ein sjå at dess meir fordommar mot illegale rusmiddel, dess meir negative haldningar hjå sjukepleiarane.

«The multifaceted vigilance – nurses' experiences of caring encounters with patients suffering from substance use disorder» (Johansson & Wiklund-Gustin, 2015).

Denne kvalitative studien tar for seg korleis sjukepleiarar innan psykiatrisk sjukehus, opplev å arbeide med pasientar med ei rusliding. Hovudfokuset i dialogane som vart gjort, var retta mot utfordringar i det daglege arbeidet. Respondentane la fram at kjensler som sårbarheit, mangel på sjølvtilit, fortvilning og skam, kunne vere skjult bak ein fasade med negative haldningar hjå pasientane, noko som var viktig å vere bevisste på. Dei var opptekne av å oppmuntre pasienten til å ta ansvar for eige liv, samt ha fokus på brukarmedverknad. Sjukepleiarane prøvde samtidig å motivere pasientane til eit liv utan rusmiddel, og styrka deira kjensle av håp og meistring. Dette letta omsorgsrelasjonane og

reduuerte manipulerande åtferd. Sjukepleiarane vart dermed sett på som ein støtte, meir enn ein «verge».

Nederlag kunne førekomme, sjølv når ein tenkte at ein hadde gjort ein god jobb, noko som vart sett på som ein konsekvens av pasienten sin manglande motivasjon og uthald, i staden for ein feil i omsorga. Arbeid med denne pasientgruppa, stilte krav til at sjukepleiarane viste tolmod og ikkje gav opp. For å kunne tre inn i eit omsorgsfullt forhold til pasientar med manipulerande åtferd, forsøkte ein å forstå dette som ein del av den vanedannande personlegdomen, og som eit ynskje om å verte verdsett av personalet.

Sjukepleiarane kunne verte kjenslemessig utlada og frustrerte når dei hadde pasientar som var svært krevjande, vanskeleg å tilfredsstille og som ikkje sette pris på hjelpa dei fekk. Dei uttrykte ei nødvendighet for å vere klar over eigne kjensler og reaksjonar, og prøve å forstå og handtere dei, slik at ikkje dette vert dratt med inn i møtet med pasienten. Studien viser at sjukepleiarane oppfattar møtet med rusmiddelavhengige som utfordrande, då dei må streve etter å utvikle eit godt og omsorgs- og tillitsfullt forhold til pasienten, samtidig som dei skal oppretthalde strukturen på eininga.

«Nurses' attitudes toward clients with substance use problems» (Chang & Yang, 2012).

I denne studien kunne ein sjå at det var fleire faktorar som påverka sjukepleiarane sine haldningar; avdelinga dei arbeida på, erfaringar, alder og utdanning. Denne studien saman med fleire andre, viser at det er stor mangel på utdanning knytt til rusproblem, noko som gjer til at nyutdanna sjukepleiarar ikkje er utstyrt med nødvendig, fagleg kunnskap og haldningar og ferdigheiter knytt til pasientar med rusproblem. Det går att i fleire studiar at sjukepleiarar med meir erfaring knytt til denne pasientgruppa, har meir positive haldningar. Dette kan ein gjerne sjå hjå sjukepleiarar med lang arbeidserfaring. Studien viser at sjukepleiarar som arbeidar på psykiatriske avdelingar har meir positive haldningar, enn dei som jobbar andre plassar. I tillegg kan ein sjå at sjukepleiarar som på ein eller anna måte er knytt til ein rusmiddelavhengig, anten det er gjennom familie eller vener, er meir positive til å gje omsorg til denne pasientgruppa. Samtidig er dei meir akseptierende.

5 Drøfting

I denne delen skal eg drøfte nytta teori og forsking, opp mot problemstillinga. I tillegg vil eg dele eigne erfaringar frå praksis, då eg meiner desse er relevante å dra inn.

5.1 Haldningar som kan prege møtet

Norge har ei god offentleg helseteneste, med eit av det høgast utdanna helsepersonellet som er til for alle, uavhengig av kven ein er, kva ein tener, kva ein trur på og kvar ein bur (Meld. St. 19, 2014-2015, s. 156). Pasient- og brukarrettighetslova skal «sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god

kvalitet» (Pasient- og brukarrettighetslova, 1999). Vidare skal den bidra til å fremme eit tillitsforhold mellom pasient og helsetenesta, kor pasienten sitt liv og menneskeverd skal ivaretakast og respekterast. I tillegg er det utarbeidd retningslinjer for korleis sjukepleiarane skal utøve god sjukepleie (Norsk sykepleierforbund, 2011). Likevel viser forskning at pasientar med rusproblem vert møtt med negative haldningar og manglande kunnskapar (Monks et al., 2012; Ford et al., 2007; Chu & Galang, 2013; Chang & Yang, 2012).

Eg tolkar funna frå forskingsartikkelen til Johansson og Wiklund-Gustin, som gode haldningar og intensjonar hjå sjukepleiarane på psykiatriske einingar. Dei verker oppriktig interessert i å lære pasienten å kjenne, samtidig som dei innrømte at det var hardt og utfordrande å arbeide med pasientar med rusproblem, grunna blant anna manipulasjon og gjentatte brot med behandlinga. Dette kunne bidra til at dei kjende seg mislukka i eige arbeid (Johansson & Wiklund-Gustin, 2015). Frå studiar utført på somatiske einingar, kom det fram negative haldningar, fordommar og mistillit. Desse funna stemmer overeins med eigne erfaringar frå praksis i somatisk eining; då opplevde eg at det vart unormalt, mykje fokus på enkelte pasientar, som hadde rusmiddelavhengigheit som tilleggsmisdiagnose. Denne merksemda kom til uttrykk gjennom blant anna mistenkeleggjering og stigmatisering. Slike negative haldningar kan kome av få eller dårlege erfaringar, redsel og usikkerheit som nokre eksempel. Desse haldningane kan minimerast ved auka undervising om rus (Chu & Galang, 2013). Med lite kunnskap kan det vere vanskeleg å vite korleis ein skal forholdet seg til denne pasientgruppa (Nesvåg, 2012, s. 75). Sjukepleiarane kan på den andre sida bære tankar om at desse pasientane har skuld i eiga lidning, og at behandling er bortkasta tid og ressursar, og til ingen nytte (Nesvåg, 2012, s. 59; Johansen & Bramness, 2012, s. 121). Dette er ei haldning som kan påverke sjukepleiarane si åtferd i møte med vedkommande. Dei kan verte mindre motiverte til å hjelpe denne pasientgruppa, samtidig som at ein fort kan ende opp med ei negativ framtoning under samtale (Chu & Galang, 2013).

Det kan vere vanskeleg å forholde seg til pasientar med rusavhengigheit, då verknaden frå rusmiddelet ofte medfører endra åtferd hjå personen som nyttar seg av det. Majoriteten av sjukepleiardeltakarane i forskingsartikkelen til Monks, Topping og Newell, hadde negative haldningar til rusmiddelavhengige, og foreslo at desse kunne likne haldningane hos mange andre helsearbeidarar. Blant anna fortalte ein av sjukepleiarrespondentane at denne pasientgruppa var bortkasta tid og ressursar, og at han eller ho ikkje var einaste som meinte det. Haldningar som dette gjer det vanskeleg, og nærmast umogleg å skape ein god relasjon til pasienten. Dette kan òg tyde på manglande interesse og at ein handlar på eit minstekrav. Påørørande med erfaring frå møtet med det offentlege fortel at *«Det handler mye om personlighet. Noen er runde og fleksible, og prøver å forstå,*

andre er firkantede paragrafryttere som ikke kunne drømme om å gjøre mer enn de er pålagt»
(Larsen, 2008, s. 28).

Ut frå teorien om inkonsistente og konsistente haldningar, kan ein sei at haldningar er lettare å endre, dersom det ikkje er samsvar mellom tankar, kjensler og handlingar. Eit døme for å forklare dette, er om ein sjukepleiar kjenner frykt og redsel i møte med pasientar med rusmiddelavhengigheit, men som klarar å gjer det som krevjast av ho i sjukepleierolla. I tillegg kan ho ha eit sterkt ynskje om å yte god sjukepleie, men får det ikkje heilhjarta til, grunna dei underliggande kjenslene. Her er det oppstått ein konflikt mellom kjensler, tankar og handlingar. For å redusere dissonansen, kan ho velje å omarbeide og reflektere over eigne kjensler og handlingar, for at tryggleik og ærlegdom skal prege yrkesutøvinga. Det er stor sjanse for at ei uetisk åtferd pregar utøvinga av sjukepleie, om ein held taust om blant anna vonde tankar og kjensler (Aakre & Biong, 2012, s. 90). På den andre sida kan ho velje å sei frå seg ansvaret for denne pasienten, og heller la andre gjere det, slik at ho slepp å verte konfrontert med redselen sin. Dette har eg sjølv erfart i praksis, då enkelte sjukepleiarar har uttrykt eit ynskje om sleppe ansvaret for pasienten med rusmiddelavhengigheit, på grunn av deira lidning. Det å arbeide med eigne kjenslemessige reaksjonar og læring av nye metodar å handle på, vil kunne bidra til haldningsendring (Ohnstad, 2010, s. 244).

5.3 Kompetansegrunnlaget

I 2005, offentliggjorde Tidsskrift for Den norske legeforeining ei undersøking, som baserte seg på helsepersonell si kompetanse for ivaretaking av pasientar med rusrelaterte problem, i forhold til førebygging og behandling. Berre eitt av i alt 165 kurs som handla om rus og avhengigheit, vart annonsert i sommaren 2004, tilsvarande hende våren 2004. Forskaren Ingeborg Rossow konkluderte med at omfanget av obligatorisk undervising i rusfeltet, under medisinsk og psykologisk grunnutdanning, var «svært liten og antakelig neppe tilstrekkelig til å gi en god faglig kompetanse» (Rossow, 2005, s. 55). I studieplanen på bachelorstudiet ved Høgskulen på Vestlandet, er rustemaet nemnd under to forskjellige emne innan psykisk helsevern og psykisk helsearbeid (Høgskulen på Vestlandet, 2017). Etter å snart ha fullført dette studiet, opplev eg at det har vore for lite fokus på rusproblem i undervisinga, i forhold til blant anna psykiske lidningar, som til dømes schizofreni og bipolare lidningar. Dette til tross for at det er ei pasientgruppe vi fleste kjem til å møte, anten vi jobbar i kommunehelsetenesta eller spesialisthelsetenesta. Dette har likskapar med nytta forskning, som fortel at sjukepleiarar ikkje har nødvendig fagleg kunnskap etter gjennomført sjukepleiestudie og har behov for meir (Chang & Yang, 2012; Ford et al., 2007).

I forskingsartiklane var det ulike haldningar mot å tileigne seg meir kunnskap om pasientar med rusproblem (Monks et al., 2012; Ford et al., 2007; Chu & Galang, 2013). Somme sjukepleiarar sa seg

villige til å forbetre sine manglande kunnskapar, men det var ikkje alle som syna interesse for å ta ansvar for dette sjølv. Andre uttrykte eit ynskje om auka forståing for personar med rusmiddelavhengigheit, samt sa seg skuldig for å ha ei dømmande haldning i møte med denne pasientgruppa.

5.4 Å sjå heile mennesket

Det er avgjerande at sjukepleiarane evnar til å sjå personen bak ruslidinga (Salzmann-Erikson, Wiklund, & Wiklund Gustin, 2016; Monks et al., 2012). Alle menneske har innebuande interesser, hobbyar, ferdigheiter, ressursar og draumar. I tillegg kan ein ha rolla som til dømes mor, far, onkel eller søster, som fleire andre kan kjenne seg igjen i (Skoglund & Biong, 2012, s. 190). Kanskje finn ein ut i relasjonsbygginga at ein er like på fleire punkt og delar mykje av dei same tankane og interessene. Samtidig kan ein vere både ulike og einige, men prøve å lære av kvarandre sine synspunkt. Som sjukepleiar vil ein møte pasientar ein er djupt ueinige med, men likevel burde ein gjennom empati, kunne vise evna til å lytte og forstå, endå ein ikkje er einig i alt som vert sagt (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 182).

Vi dannar oss fort eit inntrykk av ukjende menneske, som kan både vere positive eller negative. Somme gonger har ein rett, medan andre gonger kan det vise seg at ein tok feil (Schjødt, 2007, s. 67). Det er viktig å vere klar over eigne haldningar og reaksjonar, og reflektere over korleis dei kan kome til uttrykk i møte med pasientane (Christiansen, 2012, s. 167; Johansson & Wiklund-Gustin, 2015). Eventuell redsel, mistillit eller negative tankar kan påverke eins evne til å gå inn i ein relasjon med pasienten. Samtidig er det mogleg at pasienten vil leggje merke til dette, noko som kan medføre konflikhtar mellom partane (Monks et al., 2012). Mangel på respekt og omtanke kan prege møtet mellom sjukepleiar og pasienten med rusmiddelavhengigheit (Aakre & Biong, 2012, s. 80). I kommunikasjon søker vi anerkjenning og respekt, men med eit ansiktsuttrykk som oppfattast avvisande, tvilande eller dømmande, vil relasjonen verte vanskeleg å utvikle (Eide & Eide, 2007, s. 203). Aggresjon, avvising og negative haldningar kan vere ein fasade som pasientane nyttar for å beskytte seg sjølv mot «blotting» av underliggande kjensler, som til dømes sårbarheit, mangel på sjølvtilitt, fortvilning og skam (Johansson & Wiklund-Gustin, 2015). Denne åtferda kan derimot vere vanskeleg for sjukepleiarane å takle over lenger tid, då det kan gje kjensla av å ikkje verte sett pris på eller å ikkje vere «god nok». Dette kan verte frustrerende, når ein samtidig veit at ein ikkje må slutte å gje av seg sjølv (Sælør & Bjerknes, 2012, s. 157; Johansson & Wiklund-Gustin, 2015).

5.5 Å skape ein relasjon gjennom erfaringar

I somme tilfelle kan det vere gunstig å dele eigne erfaringar med pasienten, då det kan vise at ein veit kva ein pratar om og på denne måten kan ein byggje ein tettare relasjon. Det kan bidra til at

pasienten vel å opne seg meir, ved å setje ord på eigne tankar og kjensler. Derimot må ein vere kritisk ved bruk av eigne erfaringar, så det ikkje vert til hinder for relasjonen ved at dei til dømes bytter roller, slik at det ikkje lenger er til pasienten sitt beste (Eide & Eide, 2007, s. 241).

Gode og dårlege erfaringar kan bidra til at ein behandlar pasienten som om han eller ho var ein annan. Sjukepleiaren tileignar gjerne denne personen nokre personlegdomstrekk og eigenskapar, som eigentleg tilhøyrar den andre, i tillegg dei kjenslene som oppstod i den tidlegare relasjonen (Schjødt, 2007, s. 67). Sjukepleiarar som på ein eller anna måte er knytt til ein person med rusmiddelavhengigheit, anten det er gjennom familie eller vener, viser seg å vere meir aksepterende, i tillegg til å vere meir positive for å gje god omsorg til denne pasientgruppa (Chang & Yang, 2012). Ein av respondentane gav uttrykk for ei genuin interesse for personar med rusproblem, sidan sonen til ein ven av ho, var heroinbrukar (Monks et al., 2012). På denne måten hadde ho ei personleg tilknytning. Eg trur at ei slik erfaring kan bidra til ei djupare forståing for pasientar som nyttar illegale rusmiddel, samtidig som det gjer noko med oss, med våre tankar og kjensler. Det er mogleg at dette kan bidra til endring av eventuelle negative haldningar vi hadde frå tidlegare. Omtanken og relasjonen ho truleg hadde med denne sonen og ikkje minst mora eller faren, kan truleg gjere det lettare for denne sjukepleiaren å møte andre med same lidning. Kanskje vil ho sjå att sonen i andre pasientar, og handlar deretter for korleis ho ville ha behandla han; for våre tankar og kjensler, set ofte preg på korleis vi vel å handle.

På den andre sida kan denne personlege tilknytninga utvikle seg til å verte privat, noko som vil gjere arbeidsforholdet vanskelegare (Eide & Eide, 2007, s. 320). Det å vere open i kommunikasjonen, vil ikkje alltid betre relasjonen; for pasienten kan det kjennast utrygt og forvirrande om sjukepleiaren byrjar å dele sine djupaste tankar og kjensler. Dette betyr ikkje at ein må vere som «ei lukka bok», men at ein må vite når det er hensiktsmessig og ikkje. Når ein trer inn i rolla som sjukepleiar, er ein nøydd til å i ein viss grad legge til side eigne meiningar og haldningar, og utføre dei oppgåvene som rolla krev. Det betyr ikkje nødvendigvis at ein må forholde seg kald og upersonleg mot pasientane, då det er rom for å vere seg sjølv i yrkesrolla, men ein må vere bevisste på å ivareta pasienten sine behov. Dette er i stor grad opp til ein sjølv, og vil gjerne vere forskjellige frå relasjon til relasjon. Derimot vil det ikkje vere til pasienten sitt beste om sjukepleiaren ikkje tørr å vere seg sjølv grunna redsel, og på den måten held ei avstand, med yrkesrolla som ein form for beskyttelse (Røkenes & Hanssen, 2012, ss. 246-248).

Erfaring kan ha like stor betydning som fagkunnskapen ein sit inne med (Sælør & Bjerknes, 2012, s. 155). Samtidig kan ein stille seg spørjande til kva haldningar ein sjukepleiar med dårlege erfaringar frå personar med rusmiddelavhengigheit hadde hatt, sidan det kan vere vanskeleg å skilje eldre

hendingar frå den faktiske situasjonen. Ei vond oppleving frå tidlegare, kan setje større spor enn ein sjølv trur. Dette vil ein kanskje ikkje leggje merke til før ein vert konfrontert med dei. Slike negative haldningar bør avklarast på forhand, slik at det ikkje skapar ei barriere for relasjonsskapinga til den neste (Hummelvoll, 2012, s. 434).

Haldningane kan vere forskjellige frå om ein arbeidar innan psykiatrien eller somatikken (Chang & Yang, 2012). Dette kan ha sitt grunnlag i at dei som arbeider på psykiatriske einingar, gjerne har meir erfaring med pasientar med rusproblem, og ikkje minst psykiske lidingar. Desse lidingane kan ha ein felles nemnar, ved at begge kan sette preg på åtferda, i den grad at det vikar frå «det normale»/normene i samfunnet. For sjukepleiarar som arbeider på psykiatriske avdelingar, vil dette kanskje sjåast på som meir «vanleg», enn for dei som jobbar på somatiske einingar; dei vil mogleg oppfatte slik åtferd som truande eller skummel, sidan dei ikkje er vande med den (Klingsheim, 2009). Ut frå nytta litteratur, kan ein derimot ikkje sei at sjukepleiarar på psykiatriske einingar alltid er betre på å ivareta pasientar med rusmiddelavhengigheit. Dette vil truleg òg kunne variere frå person til person, avdeling til avdeling og miljøet, normene og dei haldningane som er bygd opp der over tid (Monks et al., 2012).

Ved å følgje kollegaene sine haldningar til denne pasientgruppa, anten dei er positive eller negative, vil ein verte sosialt akseptert og ein får ein plass i dette fellesskapet. På denne måten slepp ein eventuell avvising, einsemd eller ubehag (Kaufmann & Kaufmann, 2003, s. 210). Dette er noko eg har erfart, både som student og assistent i somatisk eining; at det oppstår situasjonar kor eg ynskjer å tilføre noko, men somme gonger ikkje tør, grunna redsel for korleis dei ansette vil reagere. Med meir erfaring og tettare relasjonar til medarbeidarane, hadde eg nok kjend meg meir trygg på å kunne dele mine tankar, sjølv om dei skulle stride mot kva resten tenkjer.

6 Avslutning

Målet med denne studien var å finne ut korleis sjukepleiarane sine haldningar kunne påverke relasjonen til pasienten med rusmiddelavhengigheit. Det kjem fram forskjellige haldningar, både innanfor den enkelte avdelinga, men òg frå person til person. Vi fyller sjukepleierolla på ulike måtar, alt etter kva personlegdom, kunnskapar og erfaringar vi har. Somme evnar til å vise pasienten med rusmiddelavhengigheit tolmod, empati, støtte, anerkjenning og håp, som er byggjeklossane for utvikling av ein trygg og god relasjon. Det å sjå pasienten for den han eller ho er med innehavande verdiar og interesser, er sett på som avgjerande. I somme tilfelle kan utveksling av eigne erfaringar, bidra til at pasienten lettare kan dele sine tankar og kjensler.

Det er hovudsakleg negative haldningar overfor pasientar med rusmiddelavhengigheit, som viser seg å ha grunnlag i fordommar, dårlege erfaringar, usikkerheit, redsel og frykt for denne pasientgruppa.

Dette vert oppfatta av pasientane og påverkar dermed utviklinga av relasjonen, i den grad at det heller skapar ein distanse og konflikt. Arbeidet med rusavhengige kan opplevast som hardt, frustrerande og utfordrande, og etter kvart kan ein utvikle tankar om at denne pasientgruppa er bortkasta tid og ressursar. Ein må reflektere og gjere seg bevisst over eigne haldningar, samt korleis desse kjem til uttrykk i møte med pasientane.

Eit auka fokus på rusmiddelavhengigheit i undervisinga ved grunnutdanningane for sjukepleie, kan bidra til å førebyggje negative haldningar, ved å auke kunnskapen og bevisstgjeringa rundt emnet. På denne måten vil sjukepleiaren kjenne seg tryggare og meir sjølvstikker i møte med pasienten med rusmiddelavhengigheit, og relasjonen kan byggjast på at ein heilskapleg «eg», møter ein heilskapleg «du».

Bibliografi

- Aakre, M., & Biong, S. (2012). Etiske utfordringer og etisk kompetanse - om makt, verdighet og dømmekraft i rusomsorgen. I S. Biong, & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. Oslo: Akribe AS.
- Asheim, I. (1997). *Hva betyr holdninger? : studier i dydsetikk*. Oslo: Tano Aschehoug. Henta April 25, 2017 frå <http://www.nb.no/nbsok/nb/26460486d7d4d3cd4be1b06243524188.nbdigital?lang=no#27>
- Biong, S., & Ytrehus, S. (2012). Rusproblemer - en utfordring for samfunnet, helsetjenesten og den enkelte. I S. Biong, & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblem*. Oslo: Akribe AS.
- Chang, Y.-P., & Yang, M.-S. (2012). Nurses' attitudes toward clients with substance use problems. doi:10.1111/ppc.12000
- Christiansen, Å. (2012). Tidlig intervensjon ved rusrelaterte lidelser i sykehus. I S. Biong, & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. Oslo: Akribe AS.
- Chu, C., & Galang, A. (2013). Hospital nurses' attitudes toward patients with a history of illicit drug use. (6). Henta April 19, 2017 frå <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=4f588fe3-4211-4f1d-8aec-314415635df2%40sessionmgr4008&vid=1&hid=4107>
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Dalland, O., & Tygstad, H. (2012). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner - samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Fagermoen, M. S. (1993). *Sykepleie i teori og praksis - et fagdidaktisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ford, R., Bammer, G., & Becker, N. (2007). *The determinants of nurses' therapeutic attitude to patients who use illicit drugs and implications for workforce development*. Journal of clinical nursing. doi:10.1111/j.1365-2702.2007.02266.x
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2004). Rusreformen - pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven. Henta Mai 13, 2017 frå <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/i-82004/id445634/>
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Høgskulen på Vestlandet. (2017). *SK 165 Kommunehelseteneste og psykisk helsearbeid/helsevern*. Henta Mai 23, 2017 frå <http://studiehandbok.hisf.no/no/content/view/full/17350>
- Høgskulen på Vestlandet. (2017). *SK 166 Rettleia praksis i psykisk helsearbeid/helsevern*. Henta Mai 23, 2017 frå <http://studiehandbok.hisf.no/no/content/view/full/17349>
- Johansen, A. B., & Bramness, J. G. (2012). Psykososial og medikamentell behandling ved rusavhengighet. I S. Biong, & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. Oslo: Akribe AS.

- Johansson, L., & Wiklund-Gustin, L. (2015). *The multifaceted vigilance - nurses' experiences of caring encounters with patients suffering from substance use disorder*. doi:10.1111/scs.12244
- Kaufmann, G., & Kaufmann, A. (2003). *Psykologi i organisasjon og ledelse* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Klingsheim, R. (2009). Narkomanes dårlige helse - en sykepleiefaglig utfordring. *Tidsskriftet Sykepleien*. doi:10.4220/sykepleiens.2003.0003
- Kraft, P. (2016). *Rusmiddelavhengighet - Et psykologisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Larsen, O. M. (2008). *Mellom alle stoler, narkomane og leger utenfor rusomsorgen*. Oslo: Forlaget Aktuell.
- Lossius, K. (2011). Om å ruse seg. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Meld. St. 11. (2015-2016). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)*. Henta April 4, 2017 frå <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/sec1>
- Meld. St. 19. (2014-2015). *Folkehelsemeldingen*. Henta April 4, 2017 frå <https://www.regjeringen.no/contentassets/7fe0d990020b4e0fb61f35e1e05c84fe/no/pdfs/stm201420150019000dddpdfs.pdf>
- Monks, R., Topping, A., & Newell, R. (2012). *The dissonant care management of illicit drug users in medical wards, the views of nurses and patients: a grounded theory study*. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.06088.x
- Mørland, J., & Waal, H. (2016). *Rus og avhengighet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nesvåg, S. (2012). Ulike forståelser og perspektiver på problematisk rusmiddelbruk og avhengighet. I S. Biong, & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. Oslo: Akribe AS.
- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler*. Henta April 26, 2017 frå https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Nortvedt, P. (2016). *Omtanke. En innføring i sykepleiens etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Ohnstad, A. (2010). Holdninger - i et skeivt lys. I T.-J. Ekeland, O. Iversen, G. Nordhelle, & A. Ohnstad, *Psykologi for sosial- og helsefagene* (ss. 231-243). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Pasient- og brukarrettighetslova. (1999). *Lov om pasient- og brukarrettigheter*. Henta Mai 8, 2017 frå [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient og brukerrettighet](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighet)
- Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker - innføring i psykologi for helsefag* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Rogers, C. R. (1957). The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *Journal of Consulting Psychology*, 95-103. Henta April 26, 2017 frå <http://psycnet.apa.org/journals/ccp/21/2/95.pdf>
- Rossow, I. (2005). Tidsskriftet. Den norske legeforening. *Rus og avhengighet - et forsømt tema i undervisningen i helsefagene*. Henta April 29, 2017 frå <http://tidsskriftet.no/sites/tidsskriftet.no/files/pdf2005--54-5.pdf>

- Røkenes, O. H., & Hanssen, P.-H. (2012). Å forstå den andre. I *Bære eller breste* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Salzmann-Erikson, M., Wiklund, L. G., & Wiklund Gustin, L. (2016). *Getting to know the person behind the illness - the significance of interacting with patients hospitalised in forensic psychiatric settings*. doi:10.1111/jocn.13252
- Schjødt, T. (2007). Miljøterapiens relationelle aspekt. I T. Schjødt, & T. Heinskou (Red.), *Miljøterapi på dynamisk grunnlag* (1. utg.). København: Hans Reitzels Forlag.
- Skoglund, A., & Biong, S. (2012). Sykepleie til personer med opioidavhengighet i somatisk sykehus. I S. Biong, & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. Oslo: Akribe AS.
- Sælør, K. T., & Bjerknes, S. O. (2012). Helsepersonell i tverrfaglig spesialisert rusbehandling - ansvar, roller og funksjoner. I S. Biong, & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. Oslo: Akribe AS.
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Vetlesen, A. J., & Nortvedt, P. (1994). *Følelser og moral*. Ad notam Gyldendal. Henta April 26, 2017 frå <http://www.nb.no/nbsok/nb/275765ec0477a1eef0ef3f8768e8f36b.nbdigital?lang=no#0>