



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSD101C

Predefinert informasjon

Startdato:	04-05-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Sluttdato:	10-05-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Hjemmeoppgave		
SIS-kode:	203 BSD101C 1 H 2019 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 32

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 7214

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: 34

Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min *

Ja



BACHELOROPPGÅVE

Ingen er berre det ein ser-

Eit verdig møte.

No one is only who they appear to be -

A dignified meeting.

Kandidatnummer: 32

Bachelor i sykepleie

FHS institutt IHO Desentralisert Sykepleie

Veileder: Bente Dahle Sylta

Antall ord: 7213

Innleveringsdato: 10.05.2019.

Samandrag :

Dette essay omhandlar møtet mellom sjukepleiar og den rusavhengige pasient. Eg har fokus på omgrepet verdighet, og har gjennom teksten trekt inn element som omhandlar haldningar, og det å la seg bevege for å bli berørt. Spørsmåla eg omtalar er korleis ein kan ivareta pasientar med ei rusliding sin verdighet i møte med sjukepleiar. Kva er det som fargar vårt møte, og kva er det som gjer at verdighet og haldning ser ut for å vere ei særlig utfordring i dette møtet. I refleksjonen undrar meg over ulike faktorar som kan påverke våre haldningar, og korleis dette speglar oss i møtet med den rusavhengige pasient. Eg har gjennom essayet søkt støtte i Kari Martinsen si tenking om sjukepleie og hennar svært anerkjente omsorgsfilosofi.

Summary:

This essay is about the interaction between a nurse and the substance abusive patient. My focal point rests on the term "dignity", and have through this paper drawn together different elements that deals with attitude, as well as how to allow oneself to be moved emotionally in order to be affected.

The questions I address is on how to retain the patient's dignity in the interaction with a nurse. What defines our encounters, and why it is that dignity and attitude appears to be especially challenging in this encounter. Through this essay I reflect on all the different factors that can influence our perspective, and how this mirrors us in our encounters with patients with substance abusive health problems. In this essay I have sought support from Kari Martinsen's thoughts on nursing and her very recognized care philosophy.

Innholdsfortegnelse

Til deg	3
Tankar om møtet.....	4
Kva fargar vårt møte.	6
Kjensla av Stigma.	7
Å sjå den andre for den han er.	9
Eit kunnskapsbasert møte.	12
Eit verdig møte.	14
Møtet kan vere starten på ein relasjon.....	18
Referanseliste:.....	21

Til deg

*Til deg, du som ikkje er meir. Til deg, som kjempa ein lang og tidvis einsam kamp.
Til deg, som gjorde meg interessert og nysgjerrig, og som førte meg fram til
avgjerdsla om tema eg ønska meir kunnskap om. Til deg, frå meg. Kva er det som
gjere at eg i etterkant av vårt møte sit att med ein viss smak av skam og dårlig
samvit?*

Kjære lesar. Eg vil invitere deg på ei reise. Ei reise eg vil skal være til ære for den som slit med sin rusavhengighet. Til den som kjempar ein dagleg kamp. Ein kamp som vanskeleg let seg overvinne, især om me let han stå einsam. Kampen er mindre strevsam med eit lag rundt seg. Eit lag med same grunnfilosofi, menneskeverd, tolmod og kamplyst. Eg ynskjer å vere ein del av dette laget. Eit lag som spelar kvarandre gode, og prisar likeverd og respekt for alle pasientgrupper. Eg ynskjer å invitere deg med, for det er rom for fleire medspelarar på dette laget.

Eg har eit generelt ynskje om å få gjere ein forskjell i kvardagen for pasientar med ei rusliding. Gjennom arbeid og praksis har eg erfart ulike måtar ein møter pasientar med rusrelaterte lidningar i helsevesenet. Mi oppleving er at det ikkje alltid er like lett å sjå mennesket bak ruslidinga. Ein ser seg blind på deira avhengighet, og ser problema dette medfører som større enn både moglegheiter og håp. For ein som er rusavhengig er ikkje alltid møte med helsevesenet nødvendigvis eit godt møte. Opplevinga kan vere prega av fordommar og tidvis mangel på kjensla av å verte anerkjent og respektert. Ein tanke som har streifa meg er om den skepsis og tidvise rigiditet ein møter pasientar med, kan ha ein samanheng med at ein kjenner seg utrygg? Og har denne usikkerheten ei samanheng med mangel på kunnskap om denne pasientgruppa?

Eg interesserer meg for denne utfordringa som verdighet og haldning ser ut for å vere i møte med ein rusavhengig pasient.

I hovudsak er det ynskje om å få auke eigen kunnskap som driv meg mot dette tema, slik at eg kan stå opp for pasienten på ein fagleg og god måte. Samtidig ynskjer eg ei bevisstgjerung av haldningar og verdiar blant oss som jobbar i helsevesenet, slik at ein kvar pasient vert møtt med både verdighet og respekt uansett diagnose og helseproblem. Eg vel at dette møtet er uavhengig av kvar i helsevesenet ein møter pasienten. Dette av den orsak at ynskje om å gje ei god oppleving for pasienten med ei rusliding ikkje avhenger av kvar våre vegar kryssast.

Gjennom oppgåva nyttar eg Kari Martinsen si sjukepleieforankring, då hennar tankar og formuleringar både har inspirert og rørt ved meg. Martinsen er sjukepleiar, men har og magistergrad i filosofi samt ei doktorgrad i historie (2018, s. 156). Martinsen er blant anna opptatt av det sårbare, og seier at det ikkje er likegyldig korleis ein møter sårbarheita. Forfattaren skriv at denne sårbarheita viser oss at livet er skrøpelig, og at det kan øydeleggast. Sårbarheita kan vende seg mot oss og brukast til å øydelegge oss (2012a, s. 12). Menneske med ei rusliding kan vera særlig sårbare, då tidligare opplevingar kan ha gjeve eit utrygt preg på deira liv. For å unngå nye krenkingar, vel somme av dei å trekke for ei mørk gardin som vanskeleg let seg trenge gjennom. Martinsen hevder at berre ved haldninga vår kan ein få ein annan person til å kjenne seg utrygg, og få det opplagte til å visne. Men ein har like stor moglegheit for å gjere verden til den andre større, lysare, mangfaldig og trygg (2012a, s. 12).

Eg ynskjer på ingen måte at oppgåva mi skal bli oppfatta som ei moralpreik, og har difor prøvd å vore dette særst bevisst gjennom skriveprosessen. Utfallet eg heller kan håpe på er at den som les oppgåva blir interessert i brukargruppa, og prøver gjere sitt for at pasienten skal oppleve møte som eit godt møte. Eg vonar at pasienten gjennom vårt møte, enten med deg eller meg, skal få kjensla av å føle seg både verdsett og respektert.

Tankar om møtet.

Det handlar om å bli møtt. Ikkje som eit problem. Ikkje som ein diagnose, men møtt med respekt og anerkjenning for den ein er. Martinsen seier det så enkelt :« Sjukepleie finner stad. Sjukepleie foldar seg ut på staden. Det skjer i møtet med andre menneske: pasientar, pårørande og ulike fagpersonar i helsevesenets rom» (2018, s.11). Møtet med den andre er det sjukepleie handlar om. Møtet kan samanliknast med eit kart, der ein saman vandrar vidare på den veg som framstår som best tenleg for alle partar.

Ved å møte sanselig til stades, til stades og velvillig ovanfor den andre, har ein eit uttal av vegar å velje mellom.

Eit møte er i seg sjølv ei verdifull oppleving. Opplevinga av møtet kan vere god eller dårlig. Å møte andre, og i etterkant den andre si oppleving av møtet, er fullt og heilt avhengig av deg og meg. Av våre haldningar og ynskjer for akkurat dette genuine møtet. Me møter kvarandre, men korleis møter ein den andre? Og ikkje minst, kva skjer i dette møtet mellom deg og meg? Ein er ikkje ute etter eit bestemt møte, men å møte der ein er sanselig til stades utan fordomar.

Martinsen hevder i boka *Bevegelig berørt*, at det er når ein let seg stanse, det heilage kan få rom. Det heilage kan erfarast i menneske sine møter med kvarandre. Det heile handlar om det som skjer i pasientrommet, når menneske – være pårørande, pasient eller sjukepleiar, stanses av noko som er større enn ein sjølv. Er ein merksam, kan ein i møte med eit sårbart menneske oppleve det heilage, sjølv når det kastast skuggar over livet. Martinsen minner oss også på at hastverkskulturen i pasientrommet kan gjere det vanskeleg å la seg bli stansa av noko, og at ein dermed mistar moglegheita for å sjå og oppleve lysets kraft i rommet (2018, s. 21-11).

Ein må vere til stades for å greie skape eit godt møte. Ein er der for å samtale, lytte og vere merksam mot den andre. I møtet med den rusavhengige må ein ha aksept for at det finnest ulike måtar å leve eit liv på. Ole Martin Holte skriv i boka *På gata* at som gatearbeidar er den fremste oppgåve å skape og gje opplevinga av møtet som eit inkluderande møte. Den rusavhengige skal kjenne seg akseptert og likt som den han er, utan at det må stilles krav om endring. Dette hevdar Holte er sjølve kjernen i møtet. Eit godt møte har sjølve møtet som mål i seg sjølv. Møtet har verdi. Møtet bør ikkje sjåast på som eit middel for å oppnå noko. Holte påpeikar at å møte den andre utan føresetnad, forventning eller krav om forandring, likevell kan vere det som skal til for å oppnå ei forandring (2009, s. 36). Ein veit ikkje i forkant av eit møte kva utfallet vil bli. Eit møte kan opplevast sterkt for den eine part, medan den andre opplever møtet som krenkande eller av liten verdi. Det som kan framstå meiningslaust for den eine part, kan ha stor verdi for den andre (2009, s.38). Martinsen seier noko om fordringa og dei suverene livsytringar, der verken fordring eller livsytring skal vere eit middel til eit mål. Martinsen påpeikar at livsytringa er suveren, ein kan ikkje komme dei utanom. Det suverene med dei er det enklaste av alt, nemleg å handle utan baktanke. Men på grunn av eigennytte, av di det er ein konflikt mellom meg, mine interesser og den andre, kan det mellom oss vere vanskeleg å få livsytringane i spel.

Det kan vere situasjonar som er så kompliserter at ein med det same ikkje ser kva som bør gjerast (2003, s. 84). Slik eg tolkar Martinsen er det dette som er det komplekse i møtet. Å sette seg sjølv og sine interesser til side, og la den andre få tre fram. Enkelt, men likevell så komplisert.

Kva fargar vårt møte.

Kven er mennesket bak ei rusliding, og kva var det som førte vedkommande mot denne lidinga? Kari Lossius hevdar at ut frå mellom anna personlegdom, arv, genetikkk og fysiske og miljømessige forhold, vil nokon av oss vere meir sårbare for å utvikle eit rusproblem. Ei utvikling av ein rusavhengighet er ikkje berre komplisert, men den er også sosialt urettferdig. Barn som veks opp i heimar prega av problem, er ofte dei som slit mest når det kjem til nettverk, skule og utvikling av gode relasjonar. Når desse ungdomane seinare eksponerast for rus, vil dei ofte ha ein større risiko for utvikling av avhengighet enn andre ungdomar med oppvekstvilkår som har vore meir innanfor det normale (Lossius, 2012, s. 23).

For ei betre forståing av bruk og seinare misbruk av rusmidlar, er det nødvendig med ei forståing av rusen sin mangearta funksjon. Rusmidlar påverkar den del av hjernen som er aktiv når ein person opplever nærleik og glede i forbindelse med andre menneske. Rus kan verka dempande på følelsar som sinne, tristhet og glede, samt redusere kjensla av angst og uro. Rus kan virke som ein «time out» frå kvardagen sine realitetar, fyller emosjonelle tomrom og dempe fysiske eller psykiske smerter (Lossius, 2012, s. 24).

Personleg oppfattar eg ei særeigen framstilling av den avhengige. Spørsmålet ein kan stille seg er korleis denne framstillinga påverkar oss. Om så er, har framstillinga ei påverknad for korleis ein møter den rusavhengige? Lossius seier at rusmiddelavhengighet er noko som engasjerer, og på mange måtar kan framstå som allemannseiga. Det er få lidingar som vekker større interesse. «Alle» har ei meining om korleis og kvifor problema oppstår, og kva den avhengige må gjere for å få kontroll på sitt problem. Rusmiddelavhengige som vert framstilt i media har gjerne heilt spesielle karaktertrekk. Dei kan teiknast som slitne og uflidde, stå med knekk i knea og framstå prega med eitt tilsløra blick. Og om mogleg, er det eit bilete av jakta etter det som for nokon kan bli det neste skot. Ein kan få nærbilete som viser oss korleis sprøyta blir sett i hals eller lyske, i visse om at dei fleste blodårer allereie kan vere øydelagt etter lang tids misbruk.

Ein får som publikum fylgje slitne menneske på ei evig vandring etter rusmidlar, samtidig som ein får eit nært innblikk i korleis abstinens fråtar den rusmiddelavhengige både verdighet og respekt. I tillegg har dei fleste historier eit «oss» og «dei»- perspektiv. I denne omtalen kan ein som publikum lett gløyme at dette omhandlar «oss alle» (2012, s. 28).

Lossius stiller eit spørsmål som engasjerer meg. Forfattaren spør om ruspasientar har mindre akseptable symptom enn andre pasientar (2012, s. 29). Medfører dette at helsepersonell har ei større forståing og eit betre tolmod for andre lidingar enn ruslidingar? Og i tilfelle, kvifor er det slik?

Kjensla av Stigma.

Eg kan ikkje skrive denne oppgåva utan å nemne ordet stigma. Eg trur dei fleste som er rusmiddelavhengig har fått kjenne på det å vere stigmatisert. Erving Goffman skriv at det var grekarane som først beskreib stigma frå det visuelle til det handfaste. Dette for å kunne gje eit kroppslege teikn til å demonstrere noko uvanleg eller deprimerande i ein persons moralske status. Desse teikna vart skjært eller brent inn på kroppen og gav eit tydeleg signal om at personen var enten ein slave, forrædar, eller utstøtt på eit anna vis (1972, s.11). I dag er det kvart samfunn som avgjer kva som skal til for å dele menneske inn i ulike kategoriar, samt kva eigenskapar som oppfattast som vanlege eller naturlege. Det sosiale miljø betecknar kva type menneske ein sannsynleg vil møte på. Dei sosiale spelereglar som rådar innanfor eit vist miljø, gjer det mogleg for oss å handtere dei ulike møter, utan spesiell merksemd eller førebuingar.

Når det i vårt nærvær dukkar opp ein framand, er vanlegvis det fyrste synet av personen nok for å kunne kategorisere, tilføre eigenskapar og anslå personens sosiale identitet og/eller status. Ut frå eit fyrste inntrykk skapar ein forventning og visse krav til den andre. Goffman seier det er heilt typisk at ein ikkje er klar over at ein har satt desse krava eller kva dei inneber, før det vert eit verkeleg spørsmål om krava til personen vert oppfylt eller ei. Det er fyrst då ein blir klar over at ein heile tida hadde ein førestilling om korleis dette individet burde vere (1972, s.11-12).

Når den ukjente så oppheld seg i vårt nærvær, kan det komme fram eigenskapar som er mindre ynskjeleg og som gjer han ulik andre som tilhøyrar same klasse. På denne måten vert personen redusert frå eit fullverdig menneske til eit utstøtt menneske. Det er verdt å merke seg at ikkje alle mindre ønska eigenskapar blir rørt av dette, men dei eigenskapar som ikkje samsvarar med dei eigenskapar som er normative i den aktuelle klasse. Termen «stigma» blir av Goffman brukt for å omtale ein eigenskap som er djupt krenkande. Ein eigenskap som stigmatiserer ei viss gruppe individ, kan framstå som ei tilhøyrande bekrefting for dei andre, og eigenskapen behøver på den måten ikkje bli verdsett som berre positiv eller krenkande. Det vert bygd opp ein stigmatiserande teori, ein ideologi som kan forklare det som er annleis hos den andre, og overtaler oss sjølve og andre om den fare den andre representerer (1972, s. 13-14).

Grete Marie Skau beskriv kva det vil sei å krenke eit anna menneske. Det inneber å audmjuke, å få den andre til å kjenne seg mindre verd. Ein tilfører den andre sitt sjølvbilete tydlege skår og brister. Skau seier vidare at ingen av oss går igjennom livet utan å krenke andre. Ein går heller ikkje gjennom livet utan sjølv å bli krenka (2016, s.100-102). Personleg ynskjer eg å sjå dette som ei utfordring snarare enn ei godkjenning. Det at me kan krenka nokon, seier noko om vårt ansvar som sjukepleiar. Det medfører og at ein må vere bevist vår moglegheit for å feile. I møte med pasientar har ein med særlig sårbar menneske å gjere. Pasienten er sårbar av di deira avhengighet kan krenkast. Av denne grunn stilles det store krav til sjukepleiar si åtferd, framferd og merksemd (Samuelsen, 2012, s 146).

Krenking kan og skje utan at ein krenker. Då er det sjølve situasjonen som er krenkande. For nokon kan oppleving av å verte innlagt på sjukehus, der ein kan kjenna seg behandla som kven som helst andre og få sin personlege informasjon utlevert til alle tilsette, kjennast som ei krenking (Cullberg, 2011 s. 113).

Drar ein parallellar over til den rusavhengige, er mi erfaring at ein ofte sit med ei kjensle av å ikkje føle seg trudd. Den ein møter kan vise uvilje, og har allereie bestemt vidare forlaup i forkant av møtet. Det dei fortel vert ikkje alltid teke omsyn til. Jørg Mørland og Helge Waal bekreftar at rusmiddelbrukaren tidvis ikkje opplever eit positivt møte med helsevesenet. Dette gjeld også i møte med lege. Pasientgruppa vil på lik linje med andre pasientgrupper sette stort pris på å bli møtt både omsorgsfullt og respektfullt. Forfattarane seier vidare at dei som opplever eit langvarig lege-pasientforhold ser på det som særlig verdifullt.

Det kan vise seg være viktig i eit elles tilvære som kan ha vore prega av både skuffelsar, nederlag, og omsorgssvikt. Det vil ha stor betydning både for behandling av somatiske lidingar, samt for utsikter for eventuelle endringar og rehabilitering (Mørland & Waal, 2017, s. 322). Dette gjeld også for andre profesjonar i helsevesenet. Det handlar om å føle seg sett, bli trudd, og kjenne seg verdsett som menneske. Klarar ein å tenne eit lite gnist av håp, har ein uendelig med moglegheiter i sikte.

Å sjå den andre for den han er.

Til deg, du som ikkje er meir. Du hadde mange gode eigenskapar. Før din avhengigheit tok overhand, var du på god veg inn i ei praktisk utdanning. Som menneske var du raus, omsorgsfull og ville andre vel. Du brydde deg om andre, sjølv om du den siste tida hadde nok med eigne utfordringar. På dagar der du kjente deg ovanpå fekk me kjenne på denne eigenskapen. Dagar som var mørkare trakk fram andre sider, både hjå deg, men dessverre også hjå oss som skulle hjelpe deg.

Vi er et produkt av våre omgivelser og livsbetingelser, og samtidig et handlende og skapende subjekt, som skaper oss selv og påvirker våre omgivelser gjennom vår virksomhet. Vi påvirker hverandre og påvirkes av andre. Vi kan ikkje forandre hverandre, men møtene mellom oss, og vår felles virksomhet, kan føre til berøring, bevegelse og forandring hos oss alle. Vi er likeverdige medmennesker for hverandre. (Lie og Granby, 2011, s. 43)

Nokon få linjer, men ord som inneheld så uendelig mykje kraft og visdom om dei får tre fram. For me er alle medmenneske for kvarandre. Ingen part er meir verd enn den andre. Me vert påverka av dei me er i kring, både i positiv og negativ forstand. Det vert poengtert at ein ikkje kan endre den andre, men møtet oss i mellom kan vere det som fordrar oss til å vere i bevegelse, og til å la seg bli berørt. Dette møtet kan medføre ei endring. Eg som menneske vert påverka av den andre på lik linje som den andre vert påverka av meg. Begge partar er handlande og skapande.

Det er ein føresetnad at den andre vert fjerna frå objekt-stempelet, og berre på denne måten kan ein kjenne på likeverd i møtet. Set eg meg sjølv i rolla som sjukepleiar, og den andre som rusavhengig, spelar møte oss i mellom ei stor rolle. Det spelar ei rolle for tillit, for engasjement, og for eit ynskje om samarbeid mot eit felles mål. Den andre må kjenne seg verdsett og respektert for det menneske han faktisk er. Martinsen seier det slik; «Det er en appell i inntrykket og en utleverthet. Vi våger oss frem med en forventning om å bli i møtekommet, dvs. å bli tatt i mot, tatt alvorlig og ikke slått hånden av» (2014, s. 24). Det ligg ein etisk livs grunnfenomen i å våge seg fram. Felles for både pasient og sjukepleiar er ynskje om den andre si merksemd. Me ynskjer å bli sett på som av stor betydning. Det er ei bønn om å bli tatt i mot. Det er ei bønn om den andre si merksemd og lydhøyre blikk. Det er ingen ynskje om eit dissekerande og målande blikk. Dette er eit felles ynskje for både pasient og sjukepleiar. Det er ikkje her forskjellen ligg. Det ulike ligg i tyngda av makt, samt den faglege kompetanse ein sjukepleiar innehar. Martinsen seier at det står langt meir på spel for pasienten. Pasienten er utsett og sårbar, både fysisk og eksistensielt (2014, s. 24-25). Det er grunnleggande viktig for pasienten å oppleve sjukepleiar som imøtekommande, uavhengig av kva diagnose pasienten har. Ved å gje pasienten kjensla av å vera verdfull, er dette starten på ein relasjon som kan utvikle seg til eit mest mogleg likeverdig forhold.

Eigentleg er det heile ganske underleg. Kvifor er det i det heile eit tema å skrive om at ein må behandle eit medmenneske med verdighet og respekt? Det fell seg naturleg å svara «*sjølv sagt*» og vise seg heilt einig til dette spørsmål. Men er det alltid slik? Kjenner du deg alltid verdsett eller respektert i alle situasjonar? Berre få av oss kan sei at ein aldri har følt seg mindre verdt eller ganske så liten ein eller anna gong. Det er ikkje noko særeiget med det. Men som rusavhengig kan ein tidvis møte ei haldning frå oss i samfunnet som gjer at vedkomande oftare kjenner på kjensla av mindreverd. Er det slik me ynskjer det? Ein rusmisbrukar er som deg og meg, med same behov for omsorg, respekt og likeverd. Deira liv er prega av erfaringar og opplevingar, akkurat som ditt og mitt liv er eit resultat av våre. Sjølve grunnlaget for sjukepleia skal vera respekt for kvart enkelt menneskes liv og ibuande verdigheit. I fylgje yrkesetiske retningslinjer skal sjukepleie byggje på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettane, og samtidig vera kunnskapsbassert (Norsk sykepleierforbund, 2011). Per Nordtvedt beskriv sjølve verdien i sjukepleia som andreorientert. Handling må vere til pasienten sitt beste, og måla er retta mot å lindre lidning, beskytte liv og respektere pasienten sin integritet (2016, s. 47).

Dette er like gjeldande i møte med pasienten med ei rusliding som det er i møte med andre pasientgrupper. Jan Kåre Hummelvoll uttrykker det fint når han skriver:

Å respektere et menneskes menneskeverd vil si at man alltid og under alle omstendigheter betrakter og behandler dette mennesket som en person, det vil si som det mennesket er i seg selv og ikke i egenskap av det menneske har eller gjør. (2012, s. 84)

Martinsen ytrar at det kan vere kompliserte situasjonar ein står i som sjukepleiar som gjer at ein må samle seg. Ein må anstrenge seg når ein situasjon byr på problem. Eit eksempel på eit slikt problem seier ho kan vere når ein pasient reagerer med sjølvmedliding, sjølvoppgjeving, trass eller aggressivitet grunna si nød eller påkjenning. Forfattaren seier vidare at ein ofte i slike vanskelege situasjonar reagerer med medynk og med element av avvising og antipati. Her meina ho at appellen om ein samla styrke må koma inn. Her må ein mobilisere for ei større forståing av personen og ha ein openheit for heile hans situasjon (2008, s. 149). Me må legge vekk våre personlege reaksjonar som fyrst når oss, og prøve sjå personen i eit større perspektiv. Ein må evne sjå nyansar, og la det gode hos personen få tre fram. Eit negativt reaksjonsmønster har oftast ei orsak. Tar ein seg tid til å finne og dermed forstå denne orsaka, trer følelsar som empati og eit ynskje om å hjelpe lettare fram. Ein møter pasienten der han er, i forståinga av hans historie. Martinsen samanfattar det så enkelt slik: «Vi kan altså- ved å samle oss, ved ikke å la de umiddelbare negative reaksjoner bli stående alene- mobilisere en meir omfattende og total opptatthet av den andre og hans situasjon» (2008, s. 150).

Den rusavhengige er ei pasientgruppe som er like mangfaldig og samansett som andre pasientgrupper. Dei har same behov for å bli møtt som menneske og bli gjeven anerkjenning som medmenneske som alle andre. Deira ressursar og potensiale må få tre fram og framhevast, og sjåast som tillegg til dei vanskar dei slit med. Meistringa sin arena er mange og forskjellige.

Eit kunnskapsbasert møte.

Til deg, du som ikkje er meir. Den siste tida di vart vanskeleg. Ei påkjenning for dei rundt deg. Ei endå større påkjenning for deg. Du kjempa med sterke smerter, smerter ein hadde store vanskar med å greie lindre. Sett i etterkant, mangla me noko av den kunnskap og erfaring som ville førebudd oss betre på dette.

Regjeringa har fremja ein opptrappingsplan for rusfeltet i perioden 2016 – 2020.

Innsatsområda er tidleg innsats, behandling og påfølgjande ettervern. Vidare er det sett opp fem hovudmål. Eitt av dei omhandlar å sikre reel brukarmedverknad gjennom fritt behandlingsval, nytta fleire brukarstyrte løysingar og få til ein sterkare medverknad for utforming av tenestetilbod (Helse og omsorgsdepartement, 2016, s. 6). I opptrappingsplanen vert det poengtert at menneske med ei rusliding ofte har fleire samansette problem. Dette medfører behov for ulike tenester frå ulike instansar både frå kommune- og spesialisthelsetenesta. Behov knytt opp mot si rusliding vert ofte dekkja, medan dei ikkje får dekkja andre behov. I somatiske akuttavdelingar og indremedisinske avdelingar er rusproblem ofte ei direkte eller indirekte orsak til pasientar med ei rusliding vert innlagt. Ubehandla somatiske lidning er og ein viktig orsak for ein høg dødelegheit blant menneske med psykiske lidningar og rusproblem (Helse og omsorgsdepartement, 2015, s. 20).

Å styrke kompetansen om samtidige rusproblem, psykiske lidningar og somatiske helseproblem, representerer ei særlig utfordring. I fylgje opptrappingsplanen er det ei særlig utfordring at mange tilsette i ulike deler av helsevesenet manglar basiskunnskap om både rus og avhengighet, samt hyppig førekommande tilleggsproblematikk hos menneske med rusproblem (Helse og omsorgsdepartement, 2015, s. 20).

Anne Berit Govertsen, Cathrine Aanensen og Ellen Benestad Moi har publisert ein forskingsartikkel der smertebehandling til den rusavhengige er tema. Forfattarane seier at i fylgje internasjonal forskning får ikkje den rusavhengige pasient den smertelindring dei har krav på. Samtidig er smerter av den vanlegaste orsak til at rusavhengige oppsøker sjukehus.

Denne svikta kan skuldast fleire årsaker. Manglande kunnskap om medikament, helsepersonell si haldning, og usikkerhet på korleis ein skal tilnærma seg den rusavhengige. Forfattarane skriv at helsepersonell har manglande kunnskap om abstinensar, substitusjonsmedikament, toleranseutvikling og hyperalgesi. Dette kan medføre inadekvat behandling og smertelindring. Risikoen ein ser ut av dette, er at pasienten skriv seg ut på eige ansvar. Ein ser og ein mangelfull kompetanse om opioidavhengighet som stimulerer åtferdsmessige, sosiale og nevropsykologiske responsar og dermed kompliserer ei adekvat smertebehandling (2019 s.1-2).

Forfattarane seier at både norske og internasjonale studiar viser at tillit mellom den rusavhengige pasient og helsepersonell er avgjerande for å oppnå ein ærlig og god dialog som sikrar kvaliteten på smertebehandlinga. Dei seier vidare at usikkerhet i tilnærminga til den rusavhengige pasient, ofte botnar i manglande kompetanse, manglande evne til å skape eit tillitsforhold, at ein ikkje trur pasienten, samt ei haldning om at rusavhengighet er sjølvpåført (2019 s. 3). Forskinga omhandlar nytten av bruk av smerteteam ved smertelindring til rusavhengige pasientar. Seks spesialsjukepleiarar frå smerteteam ved fira norske sjukehus var med i undersøkinga. Alle dei spurte hadde same erfaring om at tillit var avgjerande for behandlinga. Erfaringa deira var at pasienten kjente seg trygg når nokon sette av tid til dei, vart møtt med respekt og tok smertene deira på alvor. Det var og ein brei einigheit i at gode møter var avhengig av direkte og ærleg kommunikasjon, der ein brukte tid og våga spørje dei direkte og utfordrande spørsmåla som tidvis kan kjennast ubehagelege. Informantane hevda dei hadde same tilnærming til den rusavhengige pasient som til andre pasientar. Dei var ikkje stigmatiserande, men var tydelege på grensesetting. Å greie nullstille seg før eit nytt møte og vise ei oppriktig interesse var av betydning. Alle informantar opplevde erfaring som ein trygghet som gjorde at dei stod stødigare i vanskelege situasjonar (2019 s. 5). Ein av informantane uttrykte at det var både krevjande og ein balansegang å byggje ein allianse og greie stole på pasienten. Men dersom ein vart for skeptisk, evna ein ikkje å byggje ein allianse. Viktigheten av å verte møtt på lik linje som andre pasientar er stor (2019 s. 6).

Eg har bevisst valt forskning som er publisert i Norge ,då eg meina den har størst betydning for mi oppgåve. Om eg ser endå meir lokalt, finn eg eit pågåande forskingsprosjekt i Bergen med namnet Ruver. Bak prosjektet står psykiatrisk sjukepleiar og postdoktor ved institutt for global helse og samfunnsmedisin Oscar Tranvåg, som eg ved fleire høve viser til gjennom oppgåva. Med seg i prosjektet har han tidligare rusavhengige og pårørande. Namnet Ruver er sett saman frå orda rusavhengighet og verdighet.

Målet med prosjektet er å prøve finne svar på korleis helsepersonell kan unngå å krenke rusavhengige. Spørsmåla dei ynskjer søkje svar på er kva personar med rusavhengighet legger i omgrepet verdighet, og kva som skjer med verdigheten når ein som rusavhengig møter helsepersonell (Fonn, 2018).

Eg ser på dette som eit spennande prosjekt, og eit prosjekt eg ynskjer fylgje vidare. Særlig ser eg på prosjektet som av stor nytte då deler av forskingsgruppa har høg realkompetanse. Dei stiller dei same spørsmål som eg ynskjer svar på. For sjølv om eg trur eg møter pasientar med verdighet, er det ikkje sikker det er slik det vert oppfatta. Ein har nødvendigvis ikkje same oppfatning av kva verdighet er. Kanskje er dette ei av orsaka til at ein ikkje alltid oppnår å lykkast?

Eit verdig møte.

Til deg, du som ikkje er meir. Kva kjensler sat du med? Var du ein som kjende deg verdsett og respektert i møte med helsevesenet? I møte med oss? Eller i møte med meg? Du sa nokre gongar at same kva du sa eller gjorde så førte det ikkje fram....Var utsagnet prega av det håplause i situasjonen, eller var det me rundt deg som ikkje var lydhøyre og tok deg nok på alvor?

Ordet *verdighet* stammar frå det latinske ordet *dignitas- dignas*, og tyder likestilling og truverdighet (Eriksson, referert i Tranvåg, Synnes & McSherry, 2016, s. 3). I daglegtalen nyttar ein jamleg uttrykket verdighet. I ulike samanhengar, av ulike profesjonar og ulikt mellom meg og deg. Verdighet for deg personleg har nødvendigvis ikkje same verdi som ordet verdighet tyder for meg. Ord som verdighet, omsorg og medkjensle smeltar ofte saman og nyttast om ein annan. Ordet verdighet kan og koplast saman med andre ord og få ei anna tyding. Eg nemner truverdig, uverdig, kritikkverdig, likeverdige, menneskeverd mfl. Ordet har ein særlig betydning når ein diskuterer og nyttar det i forbindelse med helsevesenet. Bevaring av menneskeverdet i helsevesenet er av stor betydning, då det motsette, eit overtramp, kan ha skadeleg effekt på omsorga eller opplevinga av omsorga (Tranvåg, Synnes & Mcsherry, 2016, s. 4).

Tranvåg viser til forskning som omtalar verdighet som eit grunnleggande fundament for å beskrive livskvalitet. Samtidig er verdighet eit fenomen som vanskeleg let seg legge under eit mikroskop for å la seg studere og definere, og at det dermed så langt ikkje finnes ein felles semje i forståinga. Trass dette anerkjenner fleire internasjonale organisasjonar verdighet som eit essensielt behov. Ein fundamental rettighet, og ein ibuande kvalitet i eit kvart menneske (Tranvåg et al, 2016. s. 4-5).

Som sjukepleiar kan ein ha ei intuitiv forståing av omgrepet verdighet. Tranvåg seier likevel at sjølv som helsepersonell kan ein mangle den djupare forståinga som krevjast for å manifestere verdighet i praktiske omsorgs-situasjonar. Trass i uttalt god intensjon om å bevare verdigheten, kan det oppstå ulike hendingar som kan medføre brot på bevaringa av verdighet. Forfattarane meina difor at som profesjonell omsorgsperson må ein prøve å oppnå ein djupare forståing av dei underliggande bestanddelane av verdighet. Denne innsikta vil forbetre evna til å identifisere og unngå hendingar som krenker verdigheten, og heller utføre verdighetsbevarande omsorg (Seedhause & Gallagher, referert i Tranvåg et al, 2016, s. 5). Verdighet, sett frå eit sjukepleiar-perspektiv, vert omtala som ei oppfatning som både er objektiv og subjektiv. Individuelt har me ein objektiv oppfatning av verdighet sett vekk frå den orsak at ein er menneske. Kvar person har menneskeleg verdi. Kvart menneske sit med sin objektive verdighet, og den er uavhengig av personleg nivå av autonomi, avhengighet, nytte eller evne til å gjengjelde i menneskelege relasjonar (Gallagher, referert i Tranvåg et al., 2016, s. 6). Ved å knyte førestillinga om menneskeleg verdighet og eit felles medlemskap for alle menneske, vil objektiv verdighet utgjera sjølve grunnlaget for menneskerettighetane til alle menneske.

Verdighet av subjektiv art vert knytt mot dei individuelle forskjellar og særeigenheit i kvart menneske. Dette er ein form av verdighet som vert gjeven av andre. Slik eg tolkar denne formuleringa er det den subjektive verdighet det står og fell på. Uttrykket for den subjektive verdighet er dermed personavhengig. Ein er avhengig av at den motsette part ser, eller ynskjer å sjå, det som bur i det einskilde menneske (Gallagher, referert i Tranvåg et al., 2016, s. 6).

Tranvåg stiller spørsmål om kva plass verdigheten får i vårt møte med pasientar. Han deler sine tankar om verdighet så fint slik:

Verdighetsbevarende omsorg- er forankret i et menneskesyn- som anerkjenner at hvert enkelt menneske har en iboende verdighet. Og samtidig- anerkjenner at hvert enkelt menneske har behov for å oppleve verdighet i sin hverdag. Dette innebærer humanistiske, etiske, faglige, juridiske og politiske fordringer i alle former for mellommenneskelig samhandling. (Tranvåg, 2018, s. 27)

I kva grad ein møter den andre med verdighet ligg i vårt eige grunnleggande menneskesyn. Eg må sjå den andre som eit likeverdige menneske, med same fullverdige verdi. Eg må vise ei tydelig anerkjenning, og ha ein grunnhaldning som respekterer det andre menneske med dei negative og positive sider det måtte ha. Pasienten ser oss og les oss gjennom våre haldingar og handlingar. Ein får vanskar med å skjule si oppriktige haldning om handling og haldning ikkje kan sameinast kvarandre. Våre verdiar visar seg igjen i våre handlingar. Mine handlingar som sjukepleiar er ikkje berre enkeltståande handlingar, men eit uttrykk og eit bevis for andre menneske om kva verdiar eg har.

Tranvåg oppsummerar det slik:

Dine handlinger i møte med et menneske farges av de holdninger du har ovenfor dette mennesket. Enten du er dine holdninger bevisst, eller den ligger der mer skjult for deg, så vil den komme til uttrykk gjennom dine handlinger. Din handling vil derfor aldri stå der alene- fordi din handling og din holdning- er en og samme sak. (2018, s. 28)

Nina Jahren Kristoffersen og Finn Nordtvedt har skreve om betydninga av samsvar mellom verdiar og handlingar, og at det spelar inn i forhold til relasjonen mellom sjukepleiar og pasient. Forfattarane seier det er særst viktig at det er samsvar mellom det ein seier og det ein gjer, og at ein tidvis kan trenge tilbakemeldingar frå andre menneske om korleis dei opplever våre uttrykk og handlingar for å greie bli klar over kva verdiar me faktisk uttrykker (2015a, s. 100). Kanskjer er det ikkje samsvar med dei verdiane eg trur eg uttrykker, som viser igjen i min måte å tre fram på, og mine handlingar. Forfattarane skil mellom forfekte verdiar, som er dei verdiane eg trur eg uttrykker eller trur eg har, og bruksverdiar, som kjem til uttrykk i mine handlingar.

Eg ynskjer også å formidle Katie Eriksson sine tankar om verdighet. Forfattaren poengterer at verdigheita er eit av dei grunnleggande omgrepa i den veldedige omsorg. Menneskeverdet er dels absolutt og dels relativ.

Den absolutte verdighet er gjeven til mennesket gjennom skapinga. Den relative verdighet er påverka og vert danna gjennom kultur og ulike kontekstar (2013, s. 69-70). Retten til å verte bekrefta som eit unikt menneske inngår i eit menneskes absolutte verdighet (Eriksson referert i Lindström, Nyström & Zetterlund, 2018, s. 143). Slik eg tolkar Eriksson meina ho at menneskeleg verdighet dreier seg om etisk tenking. Det omhandlar og dei etiske krav som til stadigheit vert brotne. Forfattaren poengterer at Verdighet er sjølv føretaket, der essensen av mennesket kan vere sett på både som opphav og eit mål. Verdighetens mangfald er vår fridom, samstundes som det i det ligg bunde eit ansvar til det å vere menneske (Eriksson, 2013, s. 69-70).

Hummelvoll set omgrepet verdighet i samanheng med andre ord som autonomi og integritet. Verdighet, integritet og autonomi er relatert til kvarandre, og forfattaren poengterer at dei er grunnleggande innan helseetikken. Sjukepleie og behandling skal bygge på respekt for pasienten si rett til autonomi og integritet, og dette er ein grunnnorm i helsetenesta. Det ein meina med integritet ligg nært menneskeverd-omgrepet. Kvart menneske har integritet, og dette er uavhengig av intellektuell evne, moralsk «standard» eller fysisk tilstand. Kvart menneske har også rett til autonomi. Dette inneberer at dei som ikkje er i stand til å føre eigen sak, likevel skal få sin integritet og dermed verdighet respektert. Å ta avgjersler som gjeld ein sjølv kan overlatast til ein vikarierende person, men det kan aldri integriteten. Integriteten kan enten krenkast eller respekterast. «I forholdet mellom den profesjonelle hjelper og pasienten vil slike rettigheter bli demonstrert ved at pasienten blir møtt med respekt og omtanke for sin individualitet» (Hummelvoll, 2012, s. 85-86). Hummelvoll seier vidare at når menneske vert pasient eller klient, kan dei stå i fare for å bli redusert til sin liding. På denne måten kan dei verte utsett for forskjellige formar av krenking. Forfattaren seier at me må dyrka fram ein atmosfære- ein omsorgskultur- der ein opprettheld personen sin verdighet, og der den enkelte vert respektert som person. Dette meina han også vil medføre eit større sannsyn for at personalet vert behandla med verdighet og respekt frå pasienten sin side (2012, s. 487).

Martinsen poengterer at menneskets verdighet vert negativt ramma i det som kan kallast ein vond skam. Forfattaren seier at alt levande liv er sårbart, og ein roper om vern og ynskje om å bli varetatt (2011, s. 161) Martinsen forbinder verdighet saman med det sårbare. For å vera tydande til stades meina ho at ein må vere rørt og sårbart til stades. For me er alle sårbare. Og det er ein tilgang til verdighet og respekt for oss alle ut frå det at ein deler det sårbare. Og av den grunn at eg er sårbar, kan eg sette meg inn i den andre sin situasjon, og forstå han som eit sårbart menneske (2012d, s. 3-4).

Martinsen seier også noko om innsatsen. Innsatsen til å ynskje forstå. For kunn ved å forstå kan ein gjere den andre vel. Forfattaren seier at sjølve skjønnet i sjukepleiarfaget er å få fagkunnskap innvevd i det moralske (2008, s. 149). Martinsen seier også at tenkinga i sjukepleia må vera undrande, og vere noko meir enn målretta problemløysing. Tenkinga må vere driven av noko djupare enn det å vere nysgjerrig (2012d, s. 2). Ved å vere undrande, stiller ein seg open i møtet, og inntrykka i møtet får tre fram. Sjukepleie vil sei å vere sanseleg i bevegelse. Ein må våge vera undrande til stades i møtet med det ukjente og utrygge. Ein må, ved bruk av Martinsen sine ord, være på leiting, det vil sei å vera søkjande. Ein må vere fantasifull, nyfiken, utfordre viten og kunnskap. Men ein må også våge stå i det opne, undre og forundre seg over korleis ein kan nå fram til pasienten (2012d, s.6).

Vårt praktiske liv er alltid moralsk. Som sjukepleiar skal ein halde seg til pasienten sin konkrete livssamanheng, og tyde den ved bruk av det faglege skjønn. Me har ikkje eit ynskje om berre å sjå det kliniske, men det kliniske på ein god måte. Me ynskjer at den sjuke kan få leva livet sitt på ein måte som både er tillitsfullt og trygt. Vidare påpeikar Martinsen at dette ikkje alltid er like lett, men nettopp i dei vanskelege situasjonar ligger det ein fordring eller appell om å tyde pasienten sin livssituasjon (2008, s. 149).

Møtet kan vere starten på ein relasjon.

Til deg, du som ikkje er meir. Når eg tenker tilbake på di siste tid, så opplever eg at det var særst individult kven du følte deg trygg på. Nokon opna du deg for, og viste på den måten fram kven du var. For andre var du den krevjande, som heile tida ville diskutere og strekkje på sette rammer.

Det krev både tid, vilje og mot for å våge sjå. Tid, vilje og mot for å våge komme nær, og oppdage det genuine som skjuler seg bak diagnosen. Ikkje alle har denne viljen Ikkje alle har dette motet. Ikkje alle tar seg denne tida. Det er her eg så inderlig ynskjer forandring. At alle ynskjer og at alle vågar, og at ein prøver finne rom. Å vere rusavhengig er så liten del av det heile. Personen har så mykje meir å by på. Og det er så inderlig verdt å få ta del i det. Personleg trur eg at om ein greier å sjå ei rusliding likestilt med andre somatiske sjukdomar, så har ein større føresetnad for å møte pasienten der han er og lindre hans lidning.

Kristoffersen, Nordtvedt og Skaug skriv om sjukepleiar sine møter med liding. Dei meina det er ein føresetnad at ein har evna til å kjenne igjen og reagere på plager for å kunne utvikle ferdigheita det er å lindre liding. Fyrst av alt må ein vidareutvikle merksemda og evna til innleving for å greie oppdage lidinga hos pasienten. Dei seier vidare at uavhengig av orsak for plager, så står sjukepleiar ovanfor den utfordringa det er å møte det lidande menneske og bidra til lindring. Å lindre liding er god sjukepleie. Dette inneber at sjukepleiaren må bruke seg sjølv i samhandling med pasienten, slik at pasienten opplever seg godt varetatt. Å lindre plager kan vere så konkret som å gje rom for samtale. Ein samtale om det pasienten er oppteken av (2015b, s. 251).

Martinsen seier at hemmelegheita til samtalen er å høyre kva den andre har å berette og svare på dette med nye spørsmål. På denne måten kan ein saman forstå kva det er ein samtalar om. Forfattaren seier vidare at ved å tileigne seg, altså ved å lytte og forstå, blir det ein samtaler om til å kjenne igjen og er dermed vedkomande for begge partar. På denne måten skapar ein eit felles engasjement. Ein samtale krev også eit rom. Rom er å gje kvarandre tid og kjensle av openheit, utan å verte distansert eller koma den andre for nære (Martinsen, 2012b, s. 23).

Martinsen skriv at samtalen i dagens helsevesen er trua. Ho brukar beskrivinga som om det har gått ei varmebølge i sjukepleia, der det er ei overdriven og ukritisk vekt på kjenslene si tyding som yrkeskompetanse. Martinsen skriv ein påstand om å føle kva den andre føler. Pasienten vert ikkje lenger sett som eit subjekt. Ein har ikkje lengre respekt for urørlighetssona. Den profesjonelle har ei forforståing ovanfor pasienten og veit allereie kva som er det beste. Den profesjonelle er ikkje lenger lyttande. Og utan eigentleg omtanke og interesse for den andre, beskriv Martinsen dette som følsemda si ufølsemd, også kalla sentimental omsorg (2012b, s. 41-42).

Eg undrar meg om det er endå snarare å trø feil når den andre er ein rusmisbrukar? Har ein lettare for å trakka over urørlighetssona og framstå krenkande i møte med denne pasientgruppa? Den rusavhengige er ofte eit sårbart menneske. Det er menneske som står i utfordrande livssituasjonar. Dei kan vere følsame menneske som er redde for overtramp, nye krenkingar, avvisingar eller andre formar for overtramp. Personleg meina eg at det er sær viktig at ein i slike møter er seg sjølv bevisst. Bevisst på korleis ein trer fram i møtet, og kva verdiar og haldningar ein ynskjer skal skinne igjennom.

Verdiar er bevisst eller uvisst med på å styre både det som vert sagt og det som vert gjort. Det er jo dette det handlar om. Kva verdiar er dei grunnleggande hjå meg og som eg ynskjer skal skinne igjennom? Kva er viktig for deg? Kva speglar møtet? Og korleis viser dette seg i møtet med den rusavhengige?

No må eg tilbake til der eg starta. Der skriv eg at eg i etterkant av vårt møte sit igjen med ulike kjensler. Kjensler som streifar både skam og dårlig samvit. Eg veit eg har mangla kunnskap om rus, avhengighet og dei ulike utfordringar som blant anna du stod i. Eg veit også at eg med sikkerhet kan sei: Hadde eg møtt deg i dag, ville eg hatt meir kunnskap og dermed meir mot. Kunnskap og mot til å stå opp for deg, kjempa saman med deg, og vore meir trufast på å møte deg der du var.

Til deg.

Takk for at du var den du var og for at du gav meg innblikk frå ditt liv. For meg personleg blei du eit bilete og ein inspirasjon til tematikken i bachelor-oppgåva mi.

Du var ingen kven som helst. Du var av betydning. Mitt møte med deg har medført at eg som nyutdanna sjukepleiar vil vera møtet oss i mellom særst bevisst. Eg vil kjempe for at alle pasientgrupper skal få oppleve å bli møtt med den verdighet og respekt kvar og ein fortener.

Til deg, frå meg. Tusen takk.

Referanseliste:

Helse og omsorgsdepartement.(2015) *Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016- 2020)*. (Prop. 15 S (2015- 2016)).

<https://www.regjeringen.no/contentassets/1ab211f350b34eac926861b68b6498a1/no/pdfs/prp201520160015000dddpdfs.pdf>

Eriksson, K. (2013).

Jag var där, jag såg, jag vittnade och jag blev ansvarig – den vårdande etikens mantra.

Alsvåg, H., Bergland, Å. & Førland, O. (red.), *Nødvendige omveier*. Oslo: Cappelen Damm AS.

Fonn, M. (2018).

Før rusavhengige- nå forskere. Sykepleien, 2018 (08). Henta frå

<https://sykepleien.no/2018/08/rusavhengige-na-forskere>

Goffman, E. (1972) *Stigma. Den avvikandes roll och identitet*. Stockholm: Norstedts

Akademiska Förlag.

Govertsen, A. B., Aanensen, C. & Moi, E. B. (2019). Smerteteam kan være god støtte for

helsepersonell ved smertelindring til rusavhengige. *Sykepleien Forskning*, 2019, 14(75746)(e-75746).

Doi: 10.4220/Sykepleienf.2019.75746

<https://static.sykepleien.no/sites/default/files/pdf-export/pdf-export-75746.pdf?c=1551283560>

Helse og omsorgsdepartement.(2015) *Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016- 2020)*. (Prop. 15 S (2015- 2016)).

<https://www.regjeringen.no/contentassets/1ab211f350b34eac926861b68b6498a1/no/pdfs/prp201520160015000dddpdfs.pdf>

- Holte, O.M., (2009). *På gata. Om oppsøkende frivillig arbeid*. Oslo: Pax Forlag A/S
- Hummelvoll, J.K. (2012). *HELT- ikke stykkevis og delt* (7 utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S
- Jensen, A. G. & Tronvoll, I.M. (2012). *Brukermedvirkning. Likeverd og anerkjennelse*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F. & Skaug, E. A. (2015a). *Grunnleggende sykepleie. Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F. & Skaug, E. A. (2015b). *Grunnleggende sykepleie. Pasientfenomener og livsutfordringer* (2 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lie, G.T. & Granby, I. (2011). *Mennesket bak rusen*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Lindström, U., Å., Nyström, L., L. & Zetterlund, J., E. (2018). *Theory of Caritative Caring*. Allgood, M., R. (Red.), *Nursing Theorists and their work*. Missouri: ELSEVIER.
- Lossius, K. (2012) *Håndbok i rusbehandling. Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. (2 utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Martinsen, K. (2009). *Frå Marx til Løgstrup*. Bergen: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2012a). *Løgstrup og sykepleien*. Oslo: Akribe AS
- Martinsen, K. (2012b). *Samtalen, Skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe AS
- Martinsen, K. (2012c). *Skammens to sider*. Thorsen, R., Mæhre, K. S. & Martinsen, K. (red.). *Fortellinger om etikk*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Martinsen, K. (2012d). *Filosofi og fortellinger om sårbarhet*. *Klinisk sykepleje*, 02/Vol 26
<https://docplayer.me/4752765-Filosofi-og-fortellinger-om-sarbarhet.html>
- Martinsen, K. (2014). *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Martinsen, K. (2018). *Bevegelig berørt*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Mørland, J. & Waal, H. (2017). *Rus og avhengighet*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

- Norsk sykepleierforbund. (2011, November). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*.
Henta frå
file:///C:/Users/mo_ka_000/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/VDMS13U4/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Nordtvedt, P. (2016). *Omtanke. En innføring i sykepleiens etikk*. (2 utg.)
Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Samuelsen, E.,K. (2012) *Krenkelsens mange ansikter- en vei til kjærlighetens etikk*.
Thorsen, R., Mæhre, K. S. & Martinsen, K. (red.). *Fortellinger om etikk*. Bergen:
Fagbokforlaget.
- Skau, G. M. (2016). *Mellom makt og hjelp*. (4 utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Tranvåg, O., Synnes, O. & McSherry, W. (2016). *Stories of dignity within Healthcare. Research, narratives and theories*. Cumbria: M&K Publishing.
- Tranvåg, O. (2018). *Verdighet*. Henta frå
<https://www.nsf.no/Content/3865454/cache=20180806133015/8.%20Verdighet%20O.Tranv%C3%A5g.pdf>