

# BACHELOROPPGAVE

## **Sykepleierens møte med den rusavhengige pasient**

- **Holdningens rolle på somatiske avdelinger**

Av  
kandidatnummer: 54  
Sundhir Sehra

## **Nurses meeting with the drug abuse patient**

- **Attitudes role at somatic wards**

Bachelor i sykepleie

SK 152

Mai 2015

Antall ord: 6997



**Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)**

Jeg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane tillatelse til å publisere oppgaven (Skriv inn tittel) i Brage hvis karakteren A eller B er oppnådd.

Jeg garanterer at jeg er opphavsperson til oppgaven, sammen med eventuelle medforfattere. Opphavsrettslig beskyttet materiale er brukt med skriftlig tillatelse.

Jeg garanterer at oppgaven ikke inneholder materiale som kan stride mot gjeldende norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og navn og sett kryss:

Kandidatnummer: 54, Sundhir Sehra

JA  NEI

# Sammendrag

## Tittel

Sykepleiers møte med den rusavhengige pasient.

## Bakgrunn

Gjennom arbeid i rusomsorgen har jeg flere gang opplevd å bli fortalt at ruspasienten blir dårlig mottatt på somatiske avdelinger. Etter praksis på somatisk avdeling selv fikk jeg dette bekreftet, noe som gjorde at jeg ville se nærmere på hvorfor pasienten blir møtt med så stor motvilje fra helsepersonell. Ruspasienter er en spesielt sårbar gruppe som fortjener å bli møtt på en rettferdig og likestilt måte som resten av den øvrige befolkningen.

## Problemstilling

*"Hvordan kan sykepleiers holdning påvirke møte mellom den rusavhengige pasients og det somatiske helsevesenet?"*

## Fremgangsmåte

Denne oppgaven bygger på en kvalitativ metode. Det er gjort søk i blant annet databasene Medline, Cinahl, PubMed og SveMed+ for å belyse tema. Jeg har selektivt valgt forskningsartikler som har vært relevante for oppgaven og brukt Kari Martinsen og Katie Erikssons omsorgsteori i besvarelsen. Jeg har i tillegg brukt egne livs- og arbeidserfaringer.

## Konklusjon/oppsummering

Sykepleierens holdninger påvirker pasientens møte med helsevesenet. Sykepleiere befinner seg ofte i skjæringspunkt mellom ønsket om å yte god pleie og omsorg og sine fordommer i møte med pasienten. Mangel på kunnskap og dårlige holdninger hos sykepleiere gjør at mange pasienter velger å benytte seg av lavterskel tilbud fremfor sykehus da de føler at de blir møtt med større forståelse og sympati. Kunnskap og utdanning er essensielt i arbeidet med å endre holdninger blant sykepleiere.

## **Abstract**

### **Title**

Nurses meeting with the drug abuse patient.

### **Background**

By working in drug related health care for several years now I have numerous times experienced being told by my patients that they have been poorly received in somatic wards. Through my clinical practice at somatic wards I have gotten this confirmed, which led me to wanting to investigate this further and find out why these patients were met with such great reluctance from healthcare professionals. Drug addicted patients are a particularly vulnerable group who deserve to be met in a fair and equal manner as the rest of the general population.

### **Topic question**

"How can nurse's attitude affect the meeting between the addict patient and somatic health care wards?"

### **Method**

This thesis is based on a qualitative method. It is done through research conducted through Medline, Cinahl, PubMed and SveMed + to highlight the theme. I have selectively chosen research articles that are relevant to this thesis, and I have also used Kari Martinsen's and Katie Eriksson's theory on caregiving. I have also included my own life and work experiences.

### **Conclusion**

Nurses' attitudes affect the patient encounter with the health care system. Nurses are often found themselves in the dilemma between the desire to provide good nursing care and their prejudices. The lack of knowledge and poor attitudes of nurses means that many patients choose to seek health care at low threshold, clinics than at hospital, as they feel they are being met with greater understanding and sympathy. Knowledge and education are essential in the efforts to change nurses' attitudes towards drug-addicted patients and their meeting with the somatic health care wards.

## Innhold

1.0	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Problemstilling.....	1
1.3	Avgrense problemstilling.....	1
2.0	Metode .....	2
2.1	Valg av metode.....	2
2.2	Anvendt litteratur og søk .....	2
2.3	Kildevurdering .....	3
2.4	Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	3
2.5	Valgte forskningsartikler .....	4
3.0	Teori.....	5
3.1	Rus .....	5
3.1.1	Rusmisbruk .....	7
3.1.2	Rusavhengighet .....	7
3.2	Holdninger .....	7
3.3	Sykepleieteorier.....	8
3.3.1	Kari Martinsen .....	8
3.3.2	Katie Eriksson .....	9
3.4	Aktuelle lover og faglige retningslinjer.....	10
3.4.1	Stortingsmelding .....	11
3.5	Etikk .....	11
3.6	Kommunikasjon og relasjonskompetansen .....	12
4.0	Drøfting.....	13
4.1	Møte med den rusavhengig pasienten.....	13
4.2	Sykepleier og holdninger .....	15
5.0	Konklusjon .....	18
	Litteraturliste.....	20
	Vedlegg: Tabell 1.1 tillatelse .....	23
	Vedlegg: figur 1. tillatelse.....	24

## 1.0 Innledning

I denne bacheloroppgaven tar jeg for meg hvordan sykepleieres holdning kan påvirke møte med ruspasienter på somatiske avdelinger, og se på hvordan holdninger påvirker den videre behandlingen/oppholdet deres. I artikkelen til Dommerud (2015) kommer det frem at Norge er på Nr. 1 på overdosedødsfall i Norden. Et av hovedpunktene på agendaen til den sittende regjeringen har vært å øke satsningen på rusmiddel problematikken (Regjering, 2015). Økt media og politisk fokus på rusproblematikk i landet, viser at Norge sliter med en reell rus epidemi. Fremtidige sykepleiere vil, og møter pasienter som har rusrelaterte tilleggs problematikkk i bunn. I 2012 kom regjeringen ut med en stortingsmelding på hvordan dette problemet skulle bli møtt. Som sykepleier møter vi denne pasientgruppen i alle helsesektorens områder, derfor er det viktig at vi har kunnskap om rus og rusrelatert problematikkk, slik at våre holdninger ikke kommer i veien for god og rettferdig behandling av denne pasientgruppen.

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Årsaken til valg av dette temaet er at det interesserer meg, og at jeg har jobbet innen rusomsorgen i løpet av de siste årene. Rusomsorgen er den sektoren jeg har mest arbeidserfaring fra. Jeg ønsker her å gå i dybden på faget ved å se på teori og finne forskning omkring tema rus. Jeg ønsker å se nærmere på ruspasientens møte med helsevesenet på somatiske avdelinger, noe jeg anser å være en reell utfordring ut ifra egne erfaringer og tilbakemeldinger jeg har fått fra pasientene mine.

En annen grunn til at jeg brenner for emnet rus er at en av mine venner døde av overdose i en alder av 19 år. Jeg har siden den dagen ønsket å gjøre et bidrag innen dette feltet. Jeg vil i oppgaven ta utgangspunkt fra egne erfaringer fra jobb og privatliv, samtidig drøfte det opp mot faglitteraturen og forsknings materialet jeg har funnet.

### 1.2 Problemstilling

***"Hvordan kan sykepleiers holdning påvirke møte mellom den rusavhengige pasient og det somatiske helsevesenet?"***

### 1.3 Avgrense problemstilling

I oppgaven har jeg valgt å holde meg til ruspasienter og ikke blande inn ROP-lidelser (rus og psykiatri) eller andre psykiatriske lidelser. Videre velger jeg å fokusere på somatisk avdeling på sykehus hvor møte med ruspasienter ofte kan være et ukjent område for sykepleieren, noe som kan skape utfordringer for både pasient og sykepleier. For å avgrense oppgaven min ytterligere velger jeg å

fokusere på gruppen som bruker illegale rusmidler, uavhengig av kjønn og alder fordi jeg mener dette ikke er relevant. Dette gjør jeg på bakgrunn av egen erfaring fra rus- og avhengighetsbehandling på Gaustad sykehus og på Gatehospitalet, der jeg i samtaler med pasientene har fått et bilde av at de, uansett alder, kjønn og etnisitet, møter på de samme fordommene.

## 2.0 Metode

Metode kan defineres som: "En fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder" (Dalland, 2012, s.111). I denne delen av oppgaven vil jeg gjøre rede for hvorfor jeg har benyttet litteraturstudie og beskrive hvordan jeg har utført litteraturstudie som min framgangsmåte for å finne relevante og gode forskningsartikler til min problemstilling. Jeg beskriver også søkeprosessen slik at andre kan gjenta søkene etter meg og komme fram til de samme resultatene. Slik får leseren mulighet til å vurdere min arbeidsmetode kritisk og finne eventuelle mangler i søkeprosessen.

### 2.1 Valg av metode

Valg av en bestemt metode begrunnes med at den vil gi god informasjon og belyse problemstillingen på en faglig interessant måte (Dalland, 2012, s. 111). Denne oppgaven er bygget på en kvalitativ metode der hovedfokuset ligger på data hentet fra litterære verk. Arbeidsformen presenteres i form av et litteraturstudie sammen med empiri. Dalland beskriver den kvalitative metoden med følgende stikkord: følsomhet, dybde, særegenhet, fleksibilitet, nærhet, helhet, forståelse, deltakelse og et jeg-du forhold (Dalland, 2012, s.113). Denne metoden er valgt ut fra oppgavens problemstilling, tid og kunnskapsnivå. Det er i oppgaven brukt både pensumlitteratur og selvvalgt litteratur. Fordelen med litteraturstudie som metode for å besvare problemstillingen, er at man presenterer litteraturen omkring et tema som er skrevet om tidligere (Dalland, 2012, s. 112).

### 2.2 Anvendt litteratur og søk

Litteraturstudie er til god hjelp for å få en bredere forståelse av et forskningsproblem, illustrere et poeng, demonstrere et behov for forskning eller beskrive ulike aspekter av klinisk praksis. Til å besvare problemstillingen min har jeg tatt i bruk basislitteratur fra pensumlisten, artikler, fagbøker og forskning. I en litteraturstudie bør en formulere noen underspørsmål ut ifra hovedspørsmålet: problemstillingen. Slik kan en lettere finne forskning som svarer på hvert ledd i problemstillingen, utarbeide en søkestrategi, gjøre søk, innhente relevante kilder, kilde kritisere, analysere innsamlet informasjon, og deretter utarbeide en skriftlig syntese (Polit & Beck, 2014, s. 8-9).

Jeg har søkt etter relevante forskningsartikler i databaser som blant annet: CINAHL, MEDLINE, PubMed og SveMed+. Jeg valgte å bygge opp søkene trinn for trinn, altså bruke et søkeord av gangen og deretter kombinere søkene i etterkant. For å avgrense søket brukte jeg ordet "and" og "or".

Jeg har forsøkt å benytte en god søkestrategi for å finne relevante artikler i forhold til tema. Strategien gikk ut på strukturen i søkeprosessen og hadde fokus rettet mot problemstillingen. Søkeordene jeg blant annet brukte er: attitudes, care, substance dependence, discrimination, drug abuse, drug addicted, hospital, illicit drug abuse, nursing, nurse-patient, prejudice, relationship, social judgement, somatic ward, substance abuse, avhengighet, fordommer, holdninger, pleie, rus, rusmisbruker, somatisk avdeling, stigmatisering, sykehus og sykepleier. Videre har jeg brukt sider som Bibsys, Helsebiblioteket, Sykepleien.no, NSFs yrkesetiske retningslinjer, Lovdata.no, kompetansesenteret og folkehelseinstituttet.no for å finne aktuell litteratur og artikler på nett.

### 2.3 Kildevurdering

Jeg har valgt å bruke både norsk og internasjonalt faglitteratur, dette er etter min mening med på å styrke, samt kvalitetssikre teoridelen. I de ulike databasene har jeg hatt muligheten til å til å lese abstract/sammendrag på artikler, for å vurdere om de var relevante for min problemstilling. Videre sjekket jeg type artikler og om de var kvalitetssikret.

Underveis i arbeidet med oppgaven har jeg og blitt kjent med å vurdere troverdighets faktor på kilder, noe som har kommet godt med. Jeg har forsøkt å bruke primærkilder i størst mulig grad. Sekundærlitteratur er også tatt i bruk hvor det har vært vanskelig å forstå tungt stoff og hvor det har vært nødvendig med tilleggs tolkning, som ved for eksempel bruk av boken Sykepleieteorier – analyse og evaluering til Kirkevold (2012) for å tolke sykepleierteorien. Det er også brukt pensumlitteratur og artikler på engelsk som er knyttet til tema og problemstillingen. All litteratur som er brukt finnes i vedlagt litteraturliste i oppgaven.

### 2.4 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Jeg har i oppgaven søkt på artikler fra de siste fem årene (2010-2015), for å kunne anvende ny forskning med god validitet. Jeg har ekskludert artikler som ikke omhandler rus, sykepleie og holdninger. Artikler som ikke er overførbare i forhold til norske forhold ble også ekskludert.



## 2.5 Valgte forskningsartikler

De sentrale forskningsartiklene som er valgt for denne oppgaven blir beskrevet her under.

1. "Challenges in Nursing Practice: Nurses' Perceptions in Caring for Hospitalized Medical-Surgical Patients With Substance Abuse/Dependence" (2014). Det er en forskningsartikkel skrevet av Neville & Roan. Forfatterne har utført en kvalitativ metode hvor de foretok en undersøkelse blant sykepleiere, for å finne ut av deres oppfatning vedrørende omsorg til innlagte ruspasienter. Resultatene av undersøkelsen viste at sykepleiere har negative oppfatninger, mangel på kunnskap, sympati, problemer med å gi nok smertelindring til ruspasienter og behov for videre utdanning.
2. "Identifying Medical–Surgical Nursing Staff Perceptions of the Drug-Abusing Patient" (2013). Artikkelen er skrevet av Nilsen, Stone & Burleson. Artikkelen tar for seg sykepleiernes negative og moralske syn på stoffmisbrukere noe som reduserer utøvelse av omsorg til pasienten. Den viser til hvor vanskelig sykepleierne synes det er å være terapeutisk engasjert i forhold til pasienten, på grunn av deres kunnskapsnivå innen rus felte. Artikkelen resulterer i at sykepleiere har en konstruktiv holdning og en moderat høy terapeutisk forpliktelse til ruspasienten. Men det er behov for mer kunnskap og terapeutisk engasjement for å bedre forhold til den rusavhengige og å vise dem omsorg.
3. "Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus" er en artikkel skrevet av Nåden, Li, Andenæs & Undall (2012). Målet med denne artikkelen er å ta for seg smertebehandling til pasienter med rusmisbruk, og å se om de får tilstrekkelig smertebehandling. Metoden som er brukt i denne artikkelen er en tversnittstudie med hensiktsmessig utvalg. Forfatterne har valgt representanter som kan bidra med å svare på problemstillingen og valgte derfor avdelinger der opiatavhengige oftest blir innlagt. Denne artikkelen konkluderer med at sykepleiernes holdninger og kunnskap trekker ned på troverdigheten til pasientene. Noe som kan føre til at ruspasienten ikke får tilstrekkelig smertebehandling, og at det finnes et behov for videre studier for mer nøyaktig resultat.
4. "The dissonant care management of illicit drug users in medical wards, the view of nurses and patients: a grounded theory study" er studie utført av Monks, Topping & Newell (2012). Målet for denne studien var å undersøke hvordan sykepleiere yter omsorg til ruspasienter, og å finne ut av ruspasienters erfaringer og synspunkter vedrørende opplevelse av omsorgen de mottok. Det ble utført intervju for å samle inn informasjon. Forfatterne kom frem til sykepleieres

mangel på kunnskap, negative holdninger og aggresjon skaper negativt sykepleier-pasient-forhold. Resultatet viser at sykepleiere forhåndsdommer ruspasienter, noe som skaper avstand mellom disse partene. Dette påvirker hvordan sykepleier yter omsorg, men viser også at utdanning og trening kan redusere avstanden mellom partene.

5. "Hospital nurses' attitudes toward patients with a history of illicit drug use" artikkelen er skrevet av Chu & Galang (2013). Artikkelen presenterer hvordan de negative holdningene til sykepleierne kan påvirke det terapeutiske sykepleier-pasient-forholdet til ruspasienter. Spørreskjemaene er utfyllt av sykepleiere som jobber med pasienter som bruker illegale rusmidler. Resultatet viser at sykepleiere har en nøytral innstilling til det å jobbe med ruspasienter, samtidig som de har lite motivasjon og støtte tilknyttet omsorgen overfor disse pasientene. Avslutningsvis har forfatterne foreslått bruk av protokoller og konsultasjoner for å finne terapeutiske løsninger for styrke å sykepleier-pasient-forhold.

## 3.0 Teori

Den teoretiske delen av oppgaven vil kort ta for seg definisjonen av hva rus er og de ulike klassifiseringene for rusmidler. Videre er det innen rusomsorgen viktig å kunne skille mellom rusmisbruk og rusavhengighet. Jeg vil også presentere teoretikerne Kari Martinsen og Katie Eriksson deres omsorgsteori. I denne delen av oppgaven vil jeg også flette inn lover og regler, etikk og kommunikasjon som er essensielt i forhold til pasientbehandling og viktige ansvarsområder for sykepleiere i deres arbeid.

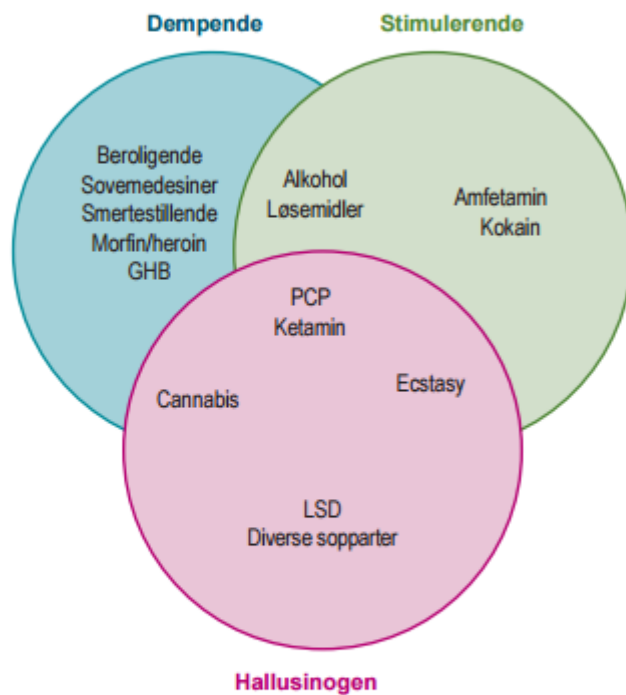
### 3.1 Rus

Folkehelseinstituttet definerer rusmidler som noe som gir umiddelbar velværefølelse, samtidig som konsentrasjonsevnen, hukommelse og andre hjernefunksjoner svekkes. Inntaket av rusmidler svekker også evnen til å vurdere kritisk som følge blir man blant annet mer impulsiv (Folkehelseinstituttet, 2015). Rusmidler har forskjellige anvendelses –og inntaksformer. Man deler rusmidlene inn i tre forskjellige kategorier ut ifra hvilken effekt de har på kropp og sinn.

De tre klassifikasjons områdene er:

Rusmidlenes ulike typer virkninger er illustrert i figuren under (jf. Folkehelseinstituttet: Rusmidler: typer og bruksmønstre.).

### Klassifikasjon



*Figur 1 Rusmiddelvirkinger og klassifikasjon*

Hentet fra "Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus – og psykisk lidelse – ROP lidelser" av Helsedirektoratet 2012, s.17. Copyright 2012 Helsedirektoratet. Gjengitt med tillatelse.

- Døpende rusmidler som alkoholer, benzodiazepiner, opioider og lignende reduserer aktiviteten i sentralnervesystemet. Disse fører til treghet, nedsatt reaksjonsevne, langsom tale, ustøhet og slapp muskulatur. Personen opptrer rolig, sløv, søvnnig eller bevisstløs, alt avhengig av mengden inntatt rusmiddel.
- Stimulerende rusmidler som kokain, amfetamin og lignende stimulerer derimot til økt aktivitet i sentralnervesystemet. Personen opptrer aktiv, pratsom, energisk, rastløs, samtidig som selvfølelsen øker mens behov for søvn og mat blir nedsatt. Tankekjør kan forekomme og kan virke springende eller forvirrende.
- Hallusinogene rusmidler som LSD, tryptaminer, fleinsopp, nye og syntetiske cannabinoider forvrenger sanseinntrykkene: tids- og romopplevelsen endres, gir vrangforestillinger og hallusinasjoner (Johansen, Blinkenberg, Arentz-Hansen, & Moen, 2012).

### 3.1.1 Rusmisbruk

Det finnes ikke en entydig grense på når rusinntak begynner å bli skadelig eller farlig. Men man kan enkelt tenke seg det starter når man ruser seg til feil tidspunkt og på feil måte. Når noen ruser seg til feil tidspunkt, kan dette føre til negative konsekvenser. For eksempel vil risikoen for å krasje, skade seg selv eller andre øke betydelig hvis man har ruset seg før bil kjøring. Eller på feil måte ved å overdrive rusinntak, skjule inntak av rusmidler eller en måte som får folk til å reagere på rusinntaket. Rusproblemer skaper utfordringer på mange forskjellige livsområder, derfor prøver man å dele opp skadene i kategoriene (Lossius, 2012, s. 25):

Rus relaterte skader i kategoriene	
Direkte	Indirekte
<b>Akutte</b> beruselse eller forgiftninger	vold eller ulykker
<b>Kronsike</b> leverskader eller nevrologisk skader	samlivsproblemer eller sosiale problemer

Tabell 1.1. Rus relaterte skader deles inn i kategorier. Hentet fra "Håndbok i rusbehandling" av Kari Lossius (Red.). 2012, s.25. gjengitt etter Duckert m.fl (2008). Copyright 2012 Gyldendal Akademisk. Gjengitt med tillatelse.

### 3.1.2 Rusavhengighet

Den internasjonale sykdomsklassifikasjonen for rusavhengighet ICD-10 brukes for å diagnostisere rusproblem i Norge. Rusavhengighet er en lidelse som består av ulike faktorer, og det avhenger av personen som har lidelsen. Det kan være vanskelig å vite hvor grensen mellom hva som er misbruk og hva som oppfattes som avhengighet går. ICD-10 skiller mellom skadelig bruk av rusmidler som gir alvorlig fysisk og/eller psykiske skader og avhengighet. ICD-10 definerer avhengighet som:

"Et spektrum av fysiologiske, atferdsmessige og kognitive fenomener der bruken av en substans eller substansklasse får en mye høyere prioritet for en gitt person enn annen atferd som tidligere var stor verdi (ICD-10:73)" (gjengitt i Lossius, 2012, s. 26).

## 3.2 Holdninger

Den norske psykologen Kjell Magne Håkonsen definerer holdninger som: "en holdning er en spesiell tilbøyelighet til å reagere på en bestemt måte overfor andre mennesker, ting eller hendelser" (Håkonsen, 2009, s.205). Han sier at våre reaksjoner/oppførsel er forutbestemte på grunn av vi allerede har gjort opp en mening om situasjonen/personen på forhånd, altså er våre holdninger knyttet opp mot våre fordommer. Holdning er vanskelig å endre. Som helsepersonell vet man hva som er best praksis, men det er vist at man har lojalitet til egne personlige verdier. Det er ikke nødvendigvis

samsvar mellom sykepleiers atferd og den kunnskapen de har. Vi farges av våre omgivelser, ens egne og kollegas holdninger kan påvirke vår adferd i forhold til pasienter (Håkonsen, 2009, s. 206-207).

Holdninger er bygget opp av tre komponenter: kognitive (tankemessige), følelsesmessige og atferdsmessige. Det kognitive tar for seg tankene og synspunktene som kommer av opplevelser og erfaringer og det vi lærer om. Det følelsesmessige består av følelser som oppleves, positivt eller negativt. Den atferdsmessige tar for seg våre handlinger og reaksjoner. Disse tre komponentene utgjør sammen våre holdninger. Menneskelige tanker og synspunkter kan utløse en følelsesmessig reaksjon, som kan lede til en handling. Videre vil handlingen uttrykke våre holdninger. Altså vil atferden vår komme til syne gjennom våre holdninger (Håkonsen, 2009, s. 205-206).

### 3.3 Sykepleieteorier

Sykepleieteorier omhandler karakteristiske trekk og kjennetegn ved sykepleie faget, som for eksempel pleie og omsorg. Hovedvekten ligger på de forskjellige sidene ved sykepleierens ansvar og oppgaver. Teoriene beskriver hva vi som utøvende sykepleiere bør rette oppmerksomheten mot i møte med mennesker som er i behov av vår hjelp. Jeg skal videre i oppgaven bruke omsorgsteorien, som fremmer omsorg som grunnlagt for sykepleien. Jeg skal her bruke sykepleieteoretikerne Kari Martinsen og Katie Eriksson (Kirkevold, 2012, s. 38-39).

#### 3.3.1 Kari Martinsen

Kari Martinsen er en av de få teoretikerne som har skrevet mest om sykepleierens natur. Ettersom hennes arbeid skiller seg fra de tradisjonelle sykepleieteoriene, betraktes hennes arbeid som filosofisk (fenomenologisk) teori. Hele hennes forfatterskap er preget av stadig utvikling i forhold til hovedideen om omsorg som sykepleiens fundament. Martinsen ser på mennesker som idealt og fundamentalt avhengig av hverandre, slik i ofte ser i perioder med sorg, lidelse, sykdom eller funksjonssvikt. Løsningen på denne avhengighet er omsorg om hverandre (Kirkevold, 2012, s. 168).

Omsorgsarbeid er ifølge Martinsen et uttrykk for generalisert gjensidighet, med andre ord skal en omsorgsgiver ikke forvente noe til gjengjeld fra omsorgsmottakeren. I det ligger det at alle en dag vil trenge omsorg, en dag gir man omsorg enn annen dag trenger man omsorg. Sykepleiere skal ut ifra situasjon utøve sykepleie med hensikt om å gjøre det beste for pasienten (Kirkevold, 2012, s 171). Videre ser hun på omsorg som et ontologisk fenomen. Hun legger spesielt vekt på tre sider ved omsorgsbegrepet. Det relasjonelle begrepet tar utgangspunkt i et kollektiv basert menneskesyn, hvor hovedmomentet er at vi mennesker er gjensidig avhengige av hverandre. I det praktiske begrepet ligger det å "sørge for" den andre uten å forvente noe i gjengjeld. Det vil si forhold hvor man gir av seg

selv. Opplevelsen av gjenytelse av omsorg kan føles via takknemlighet eller omtanke. Man bør ha god situasjonsforståelse slik at balansen mellom det å gi omsorg ikke går over til at man overgår selvbestemmelsen til den andre. Med det moralske begrepet menes det livsførselen, altså hvordan vi står i relasjon til hverandre gjennom det praktiske arbeidet. Hun påpekes også at moralen kan/må læres (Kirkevold, 2012, s. 170).

#### 3.3.1.1 Sykepleieres makt

Sykepleier – pasient forholdet, er en maktbalanse. Sykepleier har enten et symmetrisk eller asymmetrisk makt forhold til sine pasienter. Hvis vi går ut ifra Kari Martinsen sin teori om ansvar for de svake så er det rett at sykepleiere har makten i form av et asymmetrisk forhold. Der sykepleiere ofte sitter med mer fagkunnskap, styrke og vilje enn pasienten, enten pasienten er syk eller av en grunn er hemmet. Jeg ønsker å se på maktforholdet som kommer til syne mellom ruspasienten og sykepleieren, og hvordan vi kan bruke denne makten til å hjelpe. I følge Kari Martinsen sin tolkning av maktforholdet har en sykepleier tre former for makt.

- Faglig makt er makten sykepleier har på bakgrunn av sin utdanning, erfaringer, tilegnet kunnskap og ferdigheter.
- Karismatisk makt er den personlige makten en sykepleier har fordi vedkommende har en sjarmerende eller en overbevisende personlighet.
- Sosial makten er form for kulturell og sosial makt en sykepleier får fra samfunnet. Denne makten gis fra samfunnet til sykepleiere gjennom sin rolle, som hjelpere. Det underligger et ubevisst tillitsfenomen fra folket/pasienter i det de møter på sykepleiere eller leger, ved at de stoler på at helsepersonell ønsker det beste for dem (Slettebø, 2013, s.79).

#### 3.3.2 Katie Eriksson

Katie Eriksson omsorgsteori er, i likhet med Martinsens, særpreget av sin filosofiske karakter. Hun mener hennes teori er teori om omsorgens essens eller opprinnelig ide. Eriksson mener fagpersonell bør utøve omsorg fra en felles basis. Det er tre essensielle begreper som Eriksson presenterer: mennesket, helse og omsorg (Kirkevold, 2012, s. 184).

For å beskrive mennesket er ontologien et utgangspunkt som tar for seg grunnleggende menneskelige verdier, det særegne og det vesentlige ved å være menneske. Helse er ifølge Eriksson en tilstand som karakteriserer mennesket. Det er ikke en statisk tilstand, men preget av bevegelse eller forandring. Videre omfatter helse en bestemt fysisk/kroppslig tilstand, så vel som en følelse av kroppslig, mental og åndelig velbefinnende. Eriksson mener omsorg er pleie, lek og læring, og at utgangspunktet for omsorg er tro, håp og kjærlighet (Kirkevold, 2012, s. 184-189). Hun skiller mellom to typer omsorg:

naturlig omsorg og profesjonell omsorg. Den naturlige omsorgen fokuserer på individet selv, hvor man kan skape kroppslig velvære, tillit og tilfredsstillelse egne behov. Den profesjonelle har det samme målet som naturlig omsorg, men her er man tilstede som sykepleier for å fremme pasientens totale helse (Kirkevold, 2012, s. 191).

Eriksson betoner begrepet lidelse som rommer ulike nivåer og er en del av menneskelivet. Det kan føre til fornyelse eller til oppløsning. Videre mener hun lidelse er forbundet med sykdom og behandling. Som fagpersonell, fra et profesjonelt omsorgsperspektiv, har man som oppgave å eliminere unødvendig lidelse som er forårsaket av helsepersonell selv eller av eksterne forhold. Den som yter profesjonellomsorg har som oppgave om å lindre lidelse der den er unngåelig (Kirkevold, 2012, s. 190).

### 3.4 Aktuelle lover og faglige retningslinjer

Regjeringens målsetninger for rus og psykisk helse (Regjering, 2015) går ut på blant annet helsefremmende og forebyggende arbeid. Hensikten med målsetningene er å sikre faglig forsvarlig arbeid i forhold til utfordringer i helsetjenesten og bidra til et godt samarbeid på tvers av nivåene. Målsetningene viser i tillegg nødvendigheten av samarbeid på tvers av sektorer. Her vil vekten ligge på samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og utjevner sosiale helseforskjeller i den norske befolkningen.

Under de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011), skal jeg her fokusere på retningslinjene som tar for seg forholdende mellom sykepleieren og pasienten, kapittel 2. Disse retningslinjene påpeker hvordan sykepleiere skal være i møte med pasienter. Pasienten skal i møte med sykepleier føle omsorg, føle at deres stemme blir hørt og ikke skal føle seg krenket. Det blir under nevnt noen av retningslinjer som er relevante for oppgaven:

- 2.1 Sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom.
- 2.2 Sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten.
- 2.3 Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg.
- 2.4 Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått.
- 2.5 Sykepleieren respekterer pasientens rett til selv å forta valg, herunder å frasi seg sin selvbestemmelse (Norsk sykepleierforbund, 2011: s.8).

### 3.4.1 Stortingsmelding

Bruk av rusmiddel er et samfunnsproblem i Norge. På grunnlag av samfunnets engasjement for rusproblematikken, har også statsministeren i Norge tatt opp dette teamet som et politiske valgløfte. Hun har blant annet besøkt Gatehospitalet på Frelsesarmeens 10 års jubileum, for å vise sin støtte overfor de svake i samfunnet i desember 2014 (Bjelland, 2014). Under hennes periode blir det også utarbeidet en ny handlingsplan for rusproblematikken som blir utgitt i 2015 (Regjering, 2015).

Regjeringen har utarbeidet en stortingsmelding for å finne ut hvem de rusavhengige er, hvorfor de er utsatt og hvordan bruken av rusmiddel kan forebygges. De legger vekt på spesielt fem områder: "1. Forebygging og tidlig innsats, 2. Samhandling - tjenester som jobber sammen, 3. Økt kompetanse og bedre kvalitet, 4. Hjelp til tungt avhengige – redusere overdosedødsfall og 5. Innsats for pårørende og mot passiv drikking" (Meld. St. 30, 2011-2012).

Rusmiddelbruk medfører til flere typer helserisiko som blant annet skader, sykdom og avhengighet. Disse risikoene øker ved økt forbruk, noe som også påvirker samfunnet generelt (Meld. St. 30, 2011-2012). Ifølge Europeisk narkotikarapport fra 2014, ligger Norge som nummer to på listen over overdosedødsfall i Europa, hvor vi har 76 overdosedødsfall per million innbyggere (Europeisk narkotikarapport 2014: Trender og utviklinger, 2014, s. 50).

Ansvar for rusforebyggende arbeidet ligger i hovedsak hos hver enkelt kommune, men det ligger til grunn en universal forebyggingsstrategi. Forbruket av rusmiddel er økende spesielt på internett, noe som øker tilgangen for den enkelte. Ifølge regjeringen er dette et økende problem og ny utfordring (Meld. St. 30, 2011-2012).

De regionale helseforetakene skal sørge for at det er tilgjengelig poliklinisk-, dag- og døgnbehandling innen tverrfaglig spesialisert behandling. Her inngår blant annet avrusning, stabilisering og utredning. I tillegg er det mulighet for legemiddelassistert rehabilitering (LAR) for opiatavhengige og behandlings- og oppfølgingstjenester (Meld. St. 30, 2011-2012).

### 3.5 Etikk

Etikk og moral blir ofte brukt om hverandre men er ikke synonymt. Enkelt sagt kan man si at etikk er teorien om moral, mens moralen er hvordan man praktiserer etikken. Vi lærer om etikk, altså hva som er rett og galt, fra barndommen av foreldre, lærere, venner og samfunnet. Etikken brukes i all sykepleie. Utfordringer som sykepleiere støter på, ikke bare i henhold til dramatiske situasjoner om liv og død, men også dagliglivets konflikter og problemer handler om etikk. Etisk fremtreden handler også



om verdier og holdninger. Etikken lærer oss om respekt, varhet og evnen til å kunne se, tie og lytte (Brinchmann, 2008, s. 17).

Sykepleierens rolle og makt blir styrket når pasienter legger sin tillit hos dem, derfor må sykepleiere handle moralsk på vegne av pasienten. De fire etikk prinsippene står likt opp mot hverandre og er like viktige. Disse fire prinsippene anses som sentrale i all medisinsk etikk. Ifølge Slettebø (2013, s. 85-87), er sykepleieetikk en del av medisinsk etikk, dermed gjelder disse fire prinsippene også for sykepleiere. Hvor og når hvert av prinsippene skal brukes er situasjons avhengig, og velges ut i fra kunnskapen og evnene til den som tar beslutningen. De fire prinsippene er:

- *Velgjørenhet – plikt til å gjøre godt mot andre.*
- *Ikke skade – plikten til ikke å skade andre.*
- *Autonomi – plikten til å respektere autonome personers beslutninger.*
- *Rettferdighet – plikten til å behandle like tilfeller likt (formell rettighet) og til å fordele ressursers rettferdighet (fordelingsrettighet) (Brinchmann, 2008, s. 85).*

Ingen av disse etiske prinsippene er absolutte. De må derfor betraktes og veies opp mot hverandre i den enkelte situasjonen. Meningen med prinsippene er ikke alltid å få løst problemstillingene, men at man kommer frem til en enighet eller tiltak til det beste for pasienten (Slettebø, 2013, s. 85-87).

### 3.6 Kommunikasjon og relasjonskompetansen

Forfatterne Eide og Eide i "Kommunikasjon i relasjoner" (2010, s.17) skriver at begrepet "kommunikasjon" kommer fra det latinske ordet *communicare*, som betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i. I et kommunikasjonsforhold, trengs det to parter som står i et gjensidig påvirknings- og utvekslingsforhold til hverandre. Budskapet består også i tillegg av ulike typer tegn og signaler. Tegn og signaler må fortolkes, uansett om de er verbale eller nonverbale, disse kan også være sammensatte (Eide & Eide, 2010, s. 17).

For å oppnå relasjonskompetansen må sykepleier gjennom sin yrkesutøvelse kunne håndtere kommunikasjonsutfordringer. Det handler om å forstå og samhandle med andre. Fagpersonen må først etablere en relasjon til pasienten, deretter vedlikeholde relasjonen og til slutt avslutte den profesjonelle relasjonen. Relasjonskompetansen vil også si å vise situasjonsforståelse, være kulturell sensitivitet, ha selvinnsett og empatisk holdning (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 10-11). Sykepleiers

oppgave er å kunne skape tillit og trygghet hos pasienten. Man bør som sykepleier være bevisst hvilken rolle man har, om det er å være lytter, gi informasjon og veiledning eller det er om å besvare/løse pasientens spørsmål/problemer (Eide & Eide, 2010, s. 58).

Eide og Eide (2010, s. 18) beskriver viktigheten av verbal og nonverbal kommunikasjon til å nå pasienten hvor språk ikke alltid strekker til. For å etablere en god kontakt med pasienten er ikke bare verbal kommunikasjon, men også nonverbal kommunikasjon viktig. Verbal kommunikasjon tar for seg språket vi bruker for å snakke og uttrykke oss på, mens den nonverbale kommunikasjon er en responderende språk som må fortolkes. I en dialog kan det nonverbale språket være like viktig som det verbale. Det nonverbal språket avslører vår vilje som sykepleiere til å lytte og ta initiativ, samtidig er det avgjørende for hvorvidt pasienten føler seg trygg og ivaretatt. Gjennom ansiktsuttrykk, berøring og mimikk er det mulig å oppnå kontakt og kommunisere (Eide & Eide, 2010, 18).

## 4.0 Drøfting

De yrkesetiske retningslinjer (NSF, 2011) og de nasjonale retningslinjer fra helse- og omsorgsdepartementet (Regjeringen, 2015) har klare rammer om sykepleiernes oppgaver. Det foreligger flere handlingsplaner for hvordan man skal forebygge rus (Helsedirektoratet, 2012), men fortsatt ligger Norge som nummer to på listen over flest overdosedødsfall i Europa (Europeisk narkotikarapport 2014: Trender og utviklinger, 2014, s.50). Svært mange sykepleiere er kunnskapsfattige når det kommer til møte med pasienter med rusavhengighet. De har holdninger som baserer seg på deres egen og andres uvitenhet (Neville og Roan, 2014, s.339). Sykepleiere er uansett pliktige til å imøtekomme pasienten på en best mulig måte. Sykepleieren skal gjøre dette gjennom og blant annet understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten (Norsk sykepleierforbund, 2014).

### 4.1 Møte med den rusavhengig pasienten

Man skal møte pasienten slik vedkommende har krav på, gjennom empati, omsorg og respekt. Som sykepleiere kan vi tenke at vi skal møte pasienten slik vi selv ville ønsket å bli møtt. Sykepleier skal legge egne fordommer til side og forholde seg til alle pasienter som han/hun har ansvar for på en likeverdig måte. Pasientrettighetslovens formål er blant annet å bidra til å fremme tillitsforhold mellom pasient og helse- og omsorgstjenesten, slik at alle har tilgang til like god tjeneste (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1.1). Enkelt pasienter med spesielle behov bør ivaretas ekstra godt. Det kan man gjøre ved at man i samtale med pasienten påser at budskapet er godt formidlet, mottatt og

forstått. Helsepersonell skal ikke akseptere svikt i system eller rutiner som fører til brudd på etiske normer og verdier, dersom man oppdager dette må dette rapporteres slik at det ikke svekker pasientens rett til tillit, trygghet og omsorg (Eide & Eide, 2010, s.32-33). Det er viktig å danne et nettverk hvor sykepleieren føler støtte og trygghet og som igjen gir økt kunnskap i arbeidet med ruspasienter (Neville m.fl. 2014, s.344). Kunnskap er elementært i slike situasjoner og i arbeidet med å endre holdninger (Lie, m.fl. 2012, s 253 og Chu & Galang, 2012, s. 945).

Kommunikasjon er et middel som brukes for å bygge en relasjon mellom sykepleier og pasient, slik at begge parter kan tilnærme seg hverandre på en god måte. For sykepleiere gjelder det å forstå pasienten og samhandle med han/henne. Det man sier til pasienten skal gi mening, det skal ikke krenke. For å bygge en relasjon gjelder det å strebe etter en helhetlig forståelse av situasjonen pasienten befinner seg i, og gjennom dette bygge en bro basert på tillit og trygghet (Røkenes & Hanssen, 2012, s.10-11). Undersøkelser gjort av Chu og Galang (2013, s.30) viser at sykepleiere har en nøytral innstilling til det å jobbe med ruspasienter, men lite motivasjon og støtte tilknyttet omsorg for pasienter som bruker illegale rusmidler. På grunnlag av dette, presenterer forfatterne videre hvordan sykepleieres negative holdninger påvirker sykepleie-pasient-forholdet. De påpeker også hvordan sykepleiere kan mislykkes i å bygge relasjoner til sine pasienter ved å bevisst sabotere for god omsorg og pleie ved å ha dårlige holdninger. Under min praksisperiode på sykehus opplevde jeg noe lignende. Legen og sykepleieren (jeg gikk med den dagen) diskuterte etter visitten hvordan de skulle smertelindre den tidligere rusavhengige pasienten med opiat. De var knapt innom pasienten, men ettersom jeg hadde snakket med han tidligere, visste jeg at han var under LAR behandling og bruke et antagonist preparat. Dette forklarte jeg for legen og sykepleieren, slik at de måtte legge opp en annen strategi for å smertelindre han. Når pasienten er under LAR behandling, får han en medisintype som gjør at han ikke får abstinenser eller blir påvirket på opiat. Hadde sykepleieren eller legen brukt litt mer tid på denne pasienten og snakket med han, ville de fått ut mye mer informasjon slik jeg gjorde. Dette ville også være med på å øke tilliten til pasienten fra sykepleierens side og vis-a-versa.

Eide og Eide (2010, s.42) skriver om hvordan pasienten har krav på rettferdig behandling uansett for eksempel økonomi, sosial status, livsvalg og kulturell bakgrunn. Sykepleiers fordommer og holdninger skal legges til side, og vi skal vise empati, omsorg og respekt i møte med pasienten. Dersom sykepleiere for eksempel begynner å tvile på pasienters troverdighet, vil dette påvirke sykepleiers oppførsel og holdning overfor den rusavhengige pasient (Nåden m.fl. 2012, s.257). Pasienten vil i en slik situasjon føle seg krenket og tilliten vil forsvinne for ikke bare den enkelte sykepleieren, men muligvis for de andre sykepleierne også (Eide og Eide, 2010, s.46). Som sykepleiere kan vi ikke styre hvordan pasienten skal leve sitt liv. Vi kan for eksempel si til KOLS pasienten at han/hun bør kutte ut eller redusere

røykingen, men vi viser sjeldent liten motivasjon til å hjelpe den KOLS syke pasienten når han/hun blir lagt inn på sykehus med KOLS forverring. Det samme gjelder den rusavhengige pasienten. Vi kan ikke yte dårligere sykepleie, vise mindre omsorg og respekt fordi vi ikke er enige i pasientens livsvalg.

Etikk og kommunikasjon går hånd i hånd i profesjonell praksis. Ved hjelp av god kommunikasjon kan man bidra til å løse etiske problemer. Dersom det er mangel på etisk refleksjon kan det føre til brudd på prinsipper for god, profesjonell og hjelpende kommunikasjon, noe som kan føre til dårlige holdninger hos sykepleiere. Sykepleiere møter pasienter i situasjoner hvor de ikke er i stand til å ivareta sine grunnleggende behov. Som pasient er man i en særskilt sårbar situasjon. Rusavhengigheten er et ekstra moment som gjør disse pasientene ekstra sårbare. Det er viktig at sykepleieren viser, tiltaler og omtaler pasienten på samme måte som alle de andre pasientene. Sykepleierens nærvær, holdning og kommunikasjon vil påvirke pasientens opplevelse av å være innlagt på sykehuset. Her er det viktig at sykepleien husker at hun/han har en betydelig makt over hvordan pasienten blir/føler seg ivaretatt (Eide & Eide, 2010, s.19).

## 4.2 Sykepleier og holdninger

Det er de tre fundamentene: kognitiv, følelser og atferd, som er med på å bygge opp under og skape holdningene våre. De farger vår vurderinger og tanker rundt for eksempel en situasjon, en hendelse, et menneske (Håkonsen, 2009, s. 206-207). Studie utført av Nilsen (m.fl. 2013, s.141) forteller om hvordan det å engasjere seg i ruspasienter er vanskelig for sykepleiere. Sykepleierne føler et terapeutisk ansvar overfor sine pasienter, men ettersom de har begrenset med kunnskap om temaet rus og ruspasienter påvirker det deres engasjement i forhold til pasienten og jobben de skal gjøre. Eksempelvis kan man lese i forskningsartikkelen skrevet av Nåden (m.fl. 2012, s.259) om hvordan de rusavhengige pasientene på somatisk avdeling ikke får tilstrekkelig med smertelindring på grunn av at sykepleiere ikke har troverdighet knyttet til pasienten. Slike hendelser er til skade for pasient og sykepleierforholdet, da de også er med på å svekke pasientens tillitt til sykepleier og helsevesenet generelt. Tillitt og troverdighet er to helt sentrale områder som sykepleier står ansvarlig for. Det er viktig at sykepleier klarer å få pasientens tillitt og fremstår som troverdig, da sykepleier og pasienten står i et gjensidig forhold overfor hverandre.

Katie Eriksson skriver om pleielidelse, som er knyttet til pasientens opplevelse i pleiesituasjoner. Videre deler hun pleielidelse i følgende kategorier: krenkelse av pasientens verdighet, fordømmelse og straff, maktutøvelse og uteblitt pleie (Kristoffersen & Breievne, 2011, s.255). Eriksson påpeker sykepleieres oppgave som å ivareta pasienten og ta bort den lidelsen de har, uansett årsak. Hun skriver at omsorg

ytes ved å være tilstede for de svake og ta vare på den helhetlige omsorgen overfor pasienten (Kirkevold, 2012, s. 190). Distansering og ansvarsfraskrivelse forekommer når sykepleier prøver å beskytte seg selv når de ikke klarer å møte pasienten med empatien som pasientene fortjener. Om sykepleieren ikke har troverdighet til pasienten og tar avstand fra pasientens case kan hun/han krenke pasienten og dermed uten intensjon påføre pasienten ytterligere påkjenning. Dette avviker fra hvordan det er ment at sykepleieren skal vise omsorg til pasienten. I slike tilfeller kommer sykepleierens holdninger i veien for hvordan de skal yte sykepleie til pasient (Monks m.fl. 2012, s.941 og Nilsen m.fl. 2013, s.170).

Sykepleiere har som oppgave å ivareta pasientens behov for helhetlige omsorg og pleie, uansett pasientens kjønn, alder og livsvalg. Ifølge Kari Martinsen skal sykepleier yte beste mulig sykepleie til pasienten (Kirkevold, 2012, s. 171). Dessverre blir mange pasienter møtt med fordommer i helsevesenet. Forskningen viser at sykepleiers negative holdninger og avverge påvirker det å kunne yte god omsorg til ruspasienter (Monks m.fl. 2012, s.940). Dette blir også bekreftet av undersøkelsen gjort av Neville og Roan (2014, s.339) som påpeker at sykepleieres mangel på kunnskap fører til redusert sympati til den rusavhengige. Det er viktig at sykepleier tilnærmer seg pasienten, med det Røknes og Hansen (2012, s.80) kaller for en kontinuerlig profesjonell refleksjon, det vil si at sykepleieren hele tiden reflekterer og søker kunnskap i møte med utfordringer. Det vil føre til profesjonell vekst. På den måten kan sykepleier øke sin forståelse og kunnskap for så å tilnærme og assistere pasienten i å få tilfredsstillende grunnleggende behov. Motpolen til dette er det Røknes og Hansen kaller en prematur luking, det vil si at sykepleier unnlater å reflektere og utvikle seg. Ofte skjer dette i møte med store utfordringer og komplekse pasient caser. Forskningen viser at sykepleier må etterstrebe kontinuerlig profesjonell refleksjon for å endre holdninger og ivareta ruspasienter på somatiske avdelinger.

Sykepleierens uengasjerte og distanserte væremåte, også kalt "sykesengmanerer", blir benyttet av sykepleiere for å beskytte seg selv. Sykepleieren opptrer på en overfladisk måte ved å for eksempel ved å pådra seg en lystig tone, smiler eller prøver å være morsomme hele tiden. Atferden deres er et uttrykk for å minske belastningen på seg selv, slik at de kan håndtere arbeidssituasjonen. En slik væremåte hindrer pasienten i å åpne seg opp for sykepleieren og pasienten gjenspeiler sykepleierens oppførsel. Dette fører igjen til at sykepleieren overser eller unnlater å ta hånd om pasienten (Kristoffersen, 2011, s. 185-189). Jeg husker når jeg var i praksis på en somatisk post at vi fikk inn en ruspasient på avdelingen. Sykepleierne var interesserte i å gi pasienten behandling, men de behandlet han annerledes enn de andre pasientene på avdelingen. Jeg opplevde sykepleierne jeg gikk sammen med sine holdninger som skeptiske og distanserte i forhold til pasienten. Sykepleierne unnskyldte det

med at de var travle, samtidig som jeg prøvde å vise dem at det ikke var noe annerledes å snakke med han enn de andre pasientene på avdelingen. Helsepersonell kan oppleve en personlig trussel og sårbarhet når de hører om andres lidelse, i samtaler om liv og død, da de føler sine egne begrensninger. Mange velger derfor bort å gå inn i samtaler om den enkeltes lidelse og plager (Kristoffersen, 2011, s. 188).

Etikken lærer oss hva som er rett og galt, noe sykepleiere må forholde seg til hver dag, spesielt når de møter på utfordringer i hverdagen (Brinchmann, 2008, s.17). Er det etisk riktig å ha negative holdninger overfor en ruspasient og la det gå utover pasientens rett til god og rettferdig sykepleie? Mangel på kunnskap gjør at sykepleiere utøver dårligere pleie og omsorg til pasienter med rusrelatert tilleggsproblematikk på somatiske avdelinger. Dårlige holdninger fører til at etiske utfordringer ikke blir løst, dette fordi sykepleierne ikke vet bedre og lar sine usikkerheter stå i veien for å yte god sykepleie. I undersøkelser gjort av Monks (m.fl. 2012, s.940) finner vi et eksempel på hvordan sykepleiere mener ruspasienter kun er sløsing av tid og rom, og at de er en pasientgruppe de bare må tolereres. Slike holdninger er svært uheldige, både for pasienten, men også for sykepleieren som lukker sitt sinn til ny læring og overfor mennesket i behov for hjelp, altså en prematur lukning. Det er viktig at sykepleier blir konfrontert dersom de gir ytring for slike uttalelser. Det er viktig at omgivelsene ikke godtar slike holdninger fra sykepleier som skal yte god og likestilt pleie til alle sine pasienter (NSF, 2011). Sykepleier som møter pasienten med en forutinntatte meninger og liten forståelse gjør nødvendigvis ikke dette som et bevisst valg, men som et resultat av hans/hennes uvitenhet. Forskningen støtter inn under dette og viser at sykepleierens dårlige holdninger i møte med ruspasienten ofte kommer av mangel på kunnskap om rusmidler og rusavhengighet (Nilsen m.fl. 2013, s.171).

I artikkelen til Monks fra 2012 (s.940) kan vi lese om en pasient som forteller at han hadde kastet opp inntil flere ganger og mistet en del blod. Han hadde under samtale med legen fått beskjed om at han ville trenge blodoverføring, men da han kom til avdelingen ble han møtt av en sykepleier som ga uttrykk for at å gi pasienten behandling vil være bortkastet, siden han var av den *typen folk*. Videre kan vi lese at en annen sykepleier (s.942) forteller at hun føler seg maktesløs overfor ruspasienten. Hun stiller seg helt uforståelig til dem og går så langt som til å kalle dem «aliens», noe som distanserer pasienten ytterligere. Jeg har selv opplevd at en pasient som var i behov av sykehusinnleggelse, heller kom til lavterskeltilbudet med sine helseplager. Han gjorde dette heller enn å gå til legevakten eller sykehuset, da mange ruspasienter forteller at de slike steder blir møtt med dårlige holdninger. Lavterskeltilbudene har ofte et begrenset tilbud og mindre ressurser enn hva de har på sykehusene, men pasienten føler seg mer komfortable med å gå dit enn å ta kontakt med de store institusjonene.

Det kommer senere i artikkelen frem at sykepleiere etterspør mer utdanning, veiledning og opplæring for å kunne møte og forstå, og dermed yte bedre pleie og omsorg til de ruspasientene som trenger deres hjelp. Her er det også viktig at de organisatoriske rammene ligger til rette for å utføre slikt arbeid (Nilsen m. fl. 2013, s. 171).

Dersom sykepleier derimot ikke gir uttrykk for negative holdninger, men kjenner på de selv er det viktig at sykepleieren bevisst prøver å reflektere over sine holdninger, verdier og væremåte overfor pasient. Dette for å bidra til å løse konflikter, slik at de ikke kommer i veien for god og rettferdig behandling av pasientene. Det er dessverre slik at ikke alle har denne innsikten og heller ikke alle som er like åpne for forandring. Det er derfor viktig at sykepleieren bruker sin kunnskap, eller søker kunnskap (slik en ellers ville gjort dersom man møtte på en pasient med ukjent sykdom/diagnose) slik at han/hun kan møte pasienten med forståelse, medmenneskelighet og omsorg. Neville (m.fl. 2014, s. 344) skriver at sykepleiere ofte føler at de står overfor et dilemma i møte med ruspasienten, på den ene siden føler de frykt for sin sikkerhet og manipulasjon og på den andre siden et ønske om å yte god hjelp. Sykehuset i Stavanger har for eksempel iverksatt et tiltak hvor de har ansatt ruskonsulenter som blant annet har som oppgave å veilede og gi opplæring til helsepersonell i forhold til rusmidler og ruspasienter på somatiske avdelinger (Idsøe & Tvedt 2015). Opplæringen har ført til økt trygghet og endret holdninger hos personalet i arbeidet med ruspasienter. Som sykepleier møter vi mange pasienter og grupper som også kan oppleves som truende og manipulerende. For eksempel har jeg opptil flere ganger opplevd at å bli slått etter av demente pasienter. Det betyr derimot ikke at jeg har en negativ holdning til demente pasienter eller at jeg yter dårligere sykepleie til disse.

## 5.0 Konklusjon

Gjennom arbeidet med denne oppgaven har jeg fått god innsikt over både nasjonal og internasjonal forskning og annen litteratur om ruspasienters møte med sykepleiere på somatiske avdelinger. Denne stigmatiserte gruppen bør vektlegges mer under sykepleierutdanningen, slik at kunnskapsnivået blant sykepleiere heves. Forskningen viser at dette behovet er reelt og at mangel på kunnskap fører til dårlige holdninger blant sykepleiere. Jeg mener at dersom denne pasientgruppen hadde blitt ivaretatt og møtt på samme måte som resten av befolkningen ville de i større grad oppsøke helsehjelp på sykehus og andre spesialist avdelinger, enn gjennom lavterskeltilbud som ofte har begrenset med ressurser og muligheter til behandling. Sykepleiere står i en utmerket posisjon for å yte god pleie til rusavhengige pasienter, men deres mangel på kunnskap skaper et hinder for god sykepleie. Sykehuset i Stavanger har allerede begynt med tiltak for at behandlingsforløpet til de rusavhengige skal være

likestilt som til andre pasienter på somatisk avdeling, dette bør andre sykehus også ta i betraktning slik at kunnskapen blant sykepleierne kan heves.



## Litteraturliste

- Brinchmann, S. B. (Red). (2008). *Etikk i sykepleien*. (2. utg.). (s. 15-21 & 81-96) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bjelland, R. (2014) Hedret Gatehospitalet for ti år. Frelsesarmeen. Hentet fra [http://www.frelsesarmeen.no/no/om\\_oss/nyheter/Hedret+Gatehospitalet+for+ti+%C3%A5r.d25-SwZrKYW.ips](http://www.frelsesarmeen.no/no/om_oss/nyheter/Hedret+Gatehospitalet+for+ti+%C3%A5r.d25-SwZrKYW.ips)
- Chu, C. & Galang, A. (2013). Hospital Nurses' Attitudes toward Patients with a History of Illicit Drug Use. *Canadian Nurse*. 109 (6), s. 29-34. Hentet fra URL: <http://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=2012154675&S=R&D=c8h&EbscoContent=dGJyMMvl7ESeqLM4y9f3OLCmr02eqK5SsKe4SbKWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGrtVGuprBLuePfgex44Dt6fIA>
- Dalland, O. (2012). Metode og oppgaveskriving (5. utg.) (s. 111-122). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Dommerud, T. (2015, 03.09.). Norge har flest overdosedødsfall i Norden. *Aftenposten*. Hentet fra <http://www.aftenposten.no/helse/Norge-har-flest-overdosedodsfall-i-Norden-7925879.html>
- Eide, H. og Eide, T. (2010) *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*. (s. 11-61). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Europeisk narkotikarapport – trender og utviklinger (2014). *Europeisk overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk*. (s. 1-88). Hentet fra DOI: 10.2810/36919
- Folkehelseinstituttet. (2015). *Rusmidlenes virkning på hjernen - fakta ark*. (s. 1-4) Hentet fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=67532>
- Helsedirektoratet (2015). *Behandle rusavhengighet*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/behandle-rusavhengighet>
- Håkonsen, K. M. (2009). *Innføring i psykologi*. (4. utg.) (s.203-217). Oslo: Gyldendal Akademisk

- Idsøe, B. N. & Tvedt, H. (2015, 15. April). Birgitte Nathalie Idsøe og Hege Tvedt: Arbeid med rusproblemer hos pasienter i somatiske sykehus [Videoklipp]. Hentet fra [http://www.oslo-universitetssykehus.no/aktuelt/\\_nyheter/\\_Sider/Somatiske-avdelinger-griper-fatt-i-rusrelaterte-skader.aspx](http://www.oslo-universitetssykehus.no/aktuelt/_nyheter/_Sider/Somatiske-avdelinger-griper-fatt-i-rusrelaterte-skader.aspx)
- Johansen, I. H., Blinkenberg, J., Arentz-Hansen, C., & Moen, K. (2012). Rusmiddelpåvirkning. *Legevakt håndboken*. Hentet fra [http://www.lvh.no/skader/forgiftninger\\_og\\_rusmidler/rusmidler\\_og\\_rusmiddelforgiftninger/rusmiddelpaavirkning](http://www.lvh.no/skader/forgiftninger_og_rusmidler/rusmidler_og_rusmiddelforgiftninger/rusmiddelpaavirkning)
- Kirkevold, M. (2012). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. (s.168-198). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kristoffersen, N.J., Nordtvedt, F., Skaug, E-A. (red.) (2011). *Grunnleggende sykepleie*. (Bind 3, s. 134-196 & 246-293) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Lossius, K. (Red.). (2012). *Håndbok i rusbehandling – Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. (s. 23-38) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven - pasrl. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Hentet fra URL: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Meld. St. 30. (2011-2012). *Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk alkohol – narkotika – doping*. (s.1-189) Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/bba17f176efc40269984ef0de3dc48e5/no/pdfs/stm201120120030000dddpdfs.pdf>
- Monks, R., Topping, A. & Newell, R. (2013). The dissonant care management of illicit drug users in medical wards, the views of nurses and patients: a grounded theory study. *Journal of Advanced Nursing*. 69 (4), 935-946. DOI: 10.1111/j.1365- 2648.2012.06088.x.
- Neville, K., Roan, N. (2014). Challenges in Nursing Practice: Nurses' Perceptions in Caring for Hospitalized Medical-Surgical Patients With Substance Abuse/Dependence. *The Journal of Nursing Administration*. 44 (6), 339-346. DOI: 0.1097/NNA.0000000000000079

Nilsen, S., Stone, W. & Burlison, S. (2013). Identifying Medical–Surgical Nursing Staff Perceptions of the Drug-Abusing Patient. *Journal of Addictions Nursing* 24 (3), 168-172. DOI: 10.1097/JAN.0b013e3182a4cb9c

Norsk Sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere og ICNs etiske regler*. Oslo: NSF. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>

Nåden, D., Li, R., Andenæs, R. & Undall, E. (2012) Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus. *Sykepleien*. 7 (3), 252-260. DOI: 10.4220/sykepleienf.2012.0131

Polit, D. & Beck, C. T. (2014). *Essentials of Nursing Research. Appraising Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. (s. 1-15). Copyright ©

Regjeringen. (2015). *Regjeringens målsetninger for rus og psykisk helse*. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/nb/om\\_regjeringa/solberg/Regjeringens-satsingsomrader/Regjeringens-satsingsomrader/et-velferdsloft-for-eldre-og-syke1/Rus-og-psykisk-helse/id753178/](https://www.regjeringen.no/nb/om_regjeringa/solberg/Regjeringens-satsingsomrader/Regjeringens-satsingsomrader/et-velferdsloft-for-eldre-og-syke1/Rus-og-psykisk-helse/id753178/)

Røkenes, O. H. & Hanssen, P-H. (2012). *Bære eller bryte – kommunikasjon og relasjon I arbeid med mennesker*. (3.utg.). (s. 9-39). Bergen: Fagbokforlaget.

Slettebø, Å. (2013). *Sykepleie og etikk*. (6. Utg). (s. 65-112). Oslo: Gyldendal Akademisk.

[Skriv ut](#)

[Lukk](#)

## SV: Forspørsel om tillatelse

Fra: **Sundhir Sehra** (sehra\_sundhir@hotmail.com)  
Sendt: 28. mai 2015 14:25:54  
Til: Ellen Aspelund (ellen.aspelund@gyldendal.no)

Tusen takk =)

Fra: **Ellen Aspelund** (Ellen.Aspelund@gyldendal.no)  
Sendt: 28. mai 2015 14:18:25  
Til: 'Sundhir Sehra' (sehra\_sundhir@hotmail.com)

Hei Sundhir Sehra,

Jeg gir deg tillatelse til å bruke tabell 1.1, side 25 fra **Håndbok i rusbehandling** i din bacheloroppgave. Kari Lossius er forfatter av dette kapitlet, men den primære kilden til hennes tabell er fra Duckert mfl. 2008 hvor Kari Lossius også var medforfatter. Så jeg anbefaler deg at du oppgir begge kildene.

Med vennlig hilsen  
Ellen Aspelund

Ellen Aspelund  
Redaktør sosial- og helsefag  
Gyldendal Akademisk  
[www.gyldendal.no/akademisk](http://www.gyldendal.no/akademisk)



Fra: **sehra\_sundhir@hotmail.com**  
Sendt: 28. mai 2015 13:52:58  
Til: ellen.aspelund@gyldendal.no (ellen.aspelund@gyldendal.no)

Hei, henviser til telefonsamtale tidligere idag med forspørsel om jeg kunne bruke Tabell 1.1 Kilde: Duckert m.fl (2008) på side. 25 i boken "**Håndbok i rusbehandling**" 2.utgave av Kari Lossius (Red.) i min bacheloroppgave i sykepleie. Tabellen er illustrasjon på inndeling i kategorier på rus relaterte skader.

Hadde virkelig satt pris på dette =)

Mvh Sundhir Sehra

[Skriv ut](#)[Lukk](#)

## SV: forspørsel om tillatelse

Fra: **Sundhir Sehra** (sehra\_sundhir@hotmail.com)  
Sendt: 28. mai 2015 13:35:47  
Til: Finn Oluf Nyquist (Finn.Oluf.Nyquist@helsedir.no)

Tusen takk 😊

Sendt fra min iPhone

Fra: **Finn Oluf Nyquist** (Finn.Oluf.Nyquist@helsedir.no)  
Sendt: 28. mai 2015 13:35:10  
Til: Sundhir Sehra (sehra\_sundhir@hotmail.com)

Hei,

Du kan bruke figuren med kildehenvisning til oss – Helsedirektoratet,

Lykke til med oppgaven din,

Finn Oluf

Fra: **sehra\_sundhir@hotmail.com**  
Sendt: 28. mai 2015 13:32:56  
Til: Finn.Oluf.Nyquist@helsedir.no (finn.oluf.nyquist@helsedir.no)

Hei, henviser til telefon samtale tidligere idag, men forspørsel om å kunne bruke:  
**Figur 1 "Rusmiddelvirksomheter og klassifisering" fra publikasjonen "Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser"** for min bachelor oppgave i sykepleie.

Hadde virkelig settet pris på dette =)

Mvh Sundhir Sehra