



Å se mennesket bak pasienten

To see the person behind the patient

Betydningen av verdighet for den rusavhengige pasient

Kandidatnummer: 123

VID vitenskapelige høgskole

Stuedsted Bergen

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: 2016

Antall ord: 10 269

28.03.2019



Obligatorisk erklæring

Kandidatnummer: 123
Navn på studiet: Bachelor i sykepleie
Navn på eksamen: Bacheloroppgave
Emnekode: BISB 3050
Innleveringsfrist: 28.03.2019
Antall ord: 10 269

Eksempler på fusk i forbindelse med oppgaver og hjemmeeksamener:

- gjengivelse av stoff/materiale hentet fra lærebøker, andre fagbøker, tidsskrifter, egne eller andres oppgaver osv. som er framstilt uten kildehenvisning og klar markering av at det er sitater
- besvarelse eller tekst som er hentet fra internett og utgitt som egen besvarelse
- besvarelse som i sin helhet er brukt av studenten ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er brukt av en annen person ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er utarbeidet av en annen person for studenten
- innlevert arbeid av praktisk eller kunstnerisk art som er laget av andre enn studenten selv
- samarbeid som fører til at en besvarelse i det alt vesentlige er lik en annen besvarelse til samme eksamen der det kreves individuelle besvarelser

Retningslinjer om fusk finner du her:

- lov 1. april 2005 nr. 15 om universiteter og høyskoler § 4-7 og § 4-8
- forskrift 11. desember 2015 nr. 1665 om [opptak, studier, eksamen og grader ved VID vitenskapelige høyskole](#) § 30
- retningslinjer for behandling av fusk eller forsøk på fusk ved VID vitenskapelig høyskole fastsatt 18. desember 2015.

Ved å signere med kandidatnummer erklærer jeg å være kjent med VID vitenskapelige høyskoles retningslinjer om plagiering og fusk, og at min besvarelse er i samsvar med disse bestemmelsene.

Bacheloroppgaver med karakteren A:

Jeg samtykker i at min bacheloroppgave publiseres i VID vitenskapelig høyskole åpne elektroniske arkiv (VID OPEN):

Sett kryss Ja: Nei:

Kandidatnummer: _____ 123 _____

Sammendrag

Problemstilling: *Hvilken betydning har verdighet for den rusavhengige pasient, innlagt på somatisk sykehus?*

Metode: Dette er en litteraturstudie. Det er anvendt relevant forskning og faglitteratur for å belyse problemstillingen. Det er benyttet en systematisk oversiktsartikkel og to kvalitative studier.

Funn: Gode relasjoner, bekreftelse, selvstendighet og respekt er viktig for opplevelsen av verdighet.

Drøfting: I oppgaven blir utfordringer i forhold til rusavhengige pasienters opplevelse av verdighet, drøftet opp mot funn fra forskning, teori og egne refleksjoner.

Konklusjon: Pasienter med rusavhengighet er ofte utsatt for stigmatiserende holdninger fra helsepersonell, noe som kan påvirke opplevelsen av verdighet. I ytterste konsekvens kan dette føre til at pasientene avslutter behandlingen før tiden. Helsepersonell med tidligere erfaringer med denne pasientgruppen uttrykker mer positive holdninger til dem.

Nøkkelord: Rusavhengig, stigmatisering, verdighet, somatisk sykehus

Abstract

Problem formulation: What is the meaning of dignity for patients with substance use disorder, hospitalized at somatic ward?

Method: This is a literature review, where research articles and academic literature is used to answer the problem formulation. One systematic review and two qualitative studies are applied.

Findings: Good relations, security, independence and respect are important for the patient's dignity.

Discussion: Challenges related to patients with substance use disorders and their experience of dignity will be discussed. Findings from research articles, academic literature and own reflections will highlight the theme.

Conclusion: Patient with substance use disorders are often exposed to negative attitudes from healthcare professionals, which can affect their experience of dignity. This can cause patients to exit the treatment early. Health professionals with more experiences with this group of patients express more positive attitudes towards them.

Key words: Substance use disorder, stigmatization, dignity, somatic hospital

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Problemstilling	2
1.3 Avgrensning	2
1.3 Oppgavens oppbygning	2
2.0 Metode og materiale	3
2.1 Metode	3
2.2 Vitenskapsteoretisk posisjon	4
2.3 Søkehistorikk	4
2.5 Kildekritikk	5
2.6 Etske overveielser	7
3.0 Teori - et forståelsesgrunnlag	7
3.1 Joyce Travelbee – sykepleierens mellommenneskelige aspekt	7
3.1.1 Et menneske-til-menneske-forhold	7
3.2 Rus og ruslidelse	10
3.2.1 Abstinenser	11
3.2.2 Emosjonelt ladd relasjon	12
3.3 Verdi og verdighet	12
3.4 Stigmatisering og skam	13
4.0 Litteratur	14
4.1 Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review	14
4.2 The dissonant care management of illicit drug users in medical wards, the views of nurses and patients: a grounded theory study	15
4.3 Patient dignity in an acute hospital setting: A case study	16
5.0 Drøfting	16
5.1 Mennesket bak pasienten	17
5.2 Et menneske-til-menneske-forhold	21
5.3 En emosjonelt ladd relasjon	24
6.0 Konklusjon	26
7.0 Perspektivering – veien videre	28
8.0 Litteraturliste	29

1.0 Innledning

«Det krever sterk rygg å gå med verdighet gjennom krenkelser. Jeg skulle ønske vi sluttet å bruke betegnelsen «samfunnets svakeste». I realiteten er noen av dem de sterkeste blant oss» (Harald V, 2008).

Hvert menneske har sin unike livshistorie. Vi har alle en ”bagasje”, en ”ryggsekk”, fylt med erfaringer. Erfaringene vil prege oss gjennom livet, på godt og vondt. I jobben som sykepleier vil vi hver dag møte mennesker, og vi må ha respekt for at alle har sin personlige historie. Vi må se forbi funksjonstap og diagnoser, og se mennesket bak som et helt menneske, med lengsler, drømmer og håp. Det er det respekt for pasientens verdighet handler om: å bekrefte og respektere pasienten som et enestående menneske (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s. 23).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere heter det: ”grunlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene” (Norsk Sykepleierforbund, 2016). Dette skal prege praksis, og er dermed sentralt for utøvelsen av sykepleie til *alle* pasienter. I denne oppgaven skal det sees nærmere på pasienter med ruslidelser og hvilken betydning verdighet har for dem. Pasienter med ruslidelser vil i denne oppgaven være definert som: Pasienter med langvarig historikk med problematisk bruk av rusmidler, som alkohol og illegale rusmidler.

Bakgrunnen for valg av oppgavens tematikk kommer av nysgjerrighet rundt pasienter med ruslidelser, og viktigheten av opplevelse av verdighet under innleggelse. Gjennom studiet har det vært mye fokus på opplevelsen av verdighet, og at den vil være fundamental for enhver pasient. Avgrensingen til pasienter med ruslidelser er gjort fordi dette ofte blir sett på som en stigmatisert lidelse, noe som gjør dem til en ekstra sårbar pasientgruppe. Pasienter med denne problematikken kan ofte ha en historikk med manglende annerkjennelse og følelse av verdi, som kan gjøre dem ekstra sårbar for opplevelsen av verdighet (Lossius, 2017).

Pasienter med rusavhengighet er en pasientgruppe en vil kunne møte alle steder i helsetjenesten. Denne oppgaven vil derfor være en gylden mulighet til å få større forståelse for et tema som er høyst relevant i hverdagen som sykepleier. To norske utgivelser påpeker at

norsk helsepersonell ikke har tilstrekkelig kunnskap om pasienter med ruslidelser (Den Norske legemiddelforening, 2015; Statens institutt for rusmiddelforskning, 2015). Det har også engasjert meg til å fordype meg i emnet, som kommende yrkesaktiv i helsevesenet.

1.2 Problemstilling

Jeg har brukt mye tid på å formulere problemstillingen, grunnet ønske om en konkret og relevant problemstilling. En god problemstilling er viktig for å gi innsikt i og informasjon om temaet på en best mulig måte. På bakgrunn av dette belyses oppgaven gjennom følgende problemstilling:

Hvilken betydning har verdighet for den rusavhengige pasient, innlagt på somatisk sykehus?

1.3 Avgrensning

På grunn av oppgavens omfang og tidsbegrensning vil denne oppgaven se på betydning av verdighet for rusavhengige pasienter som er innlagt på somatisk sykehus. Oppgaven blir avgrenset til somatisk sykehus for å belyse én del av helsevesenet. Jeg har valgt en del av helsevesenet hvor rusavhengige pasienter er en relevant pasientgruppe, men ikke hovedgruppen som for eksempel ved en rusinstitusjon.

Ved en ruslidelse kan pasienten også ha tilleggsmisdiagnoser som for eksempel psykiske lidelser (Lossius, 2017). Denne oppgaven er avgrenset til ruslidelser, og inkluderer ikke kormorbiditet. Oppgaven er også avgrenset til voksne mennesker.

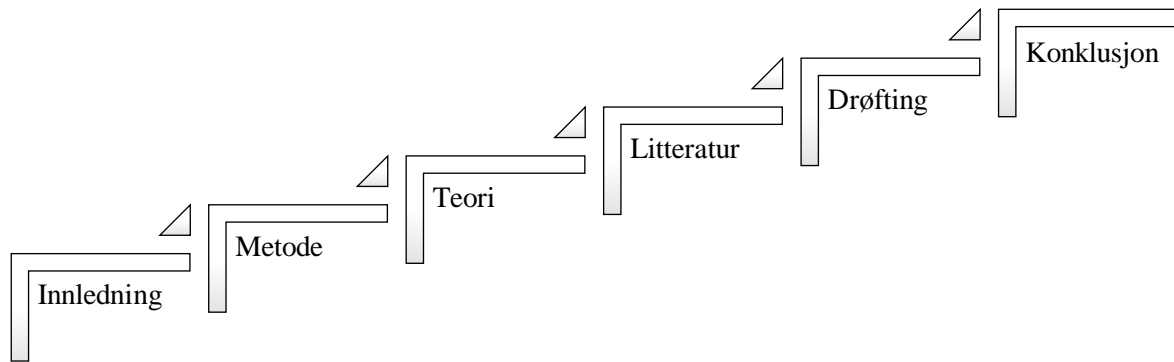
Begreper som ”pasienter med ruslidelser” og ”rusavhengige” er gjennomgående i denne oppgaven. Det er viktig å presisere at dette ikke er for å generalisere mennesker med denne type problematikk. Dette blir gjort for enkelthetens skyld, og for å avgrense den aktuelle pasientgruppen. Begrepene blir gjerne sett på som mindre stigmatiserende enn begreper som ”narkomane”, ”rusmisbruker” eller ”stoffmisbruker”, som bevisst blir ekskludert fra oppgaven.

For enkelthetens skyld blir sykepleiere, i noen tilfeller, omtalt som ”hun”, mens pasient blir omtalt som ”han”. En viktig presisering er at når begrepet sykepleier og pasient anvendes senere i oppgaven, refereres det til sykepleier og pasient ved somatisk sykehus.

1.3 Oppgavens oppbygning

Oppgaven er bygd opp på en strukturert og logisk måte, for å sikre en ”rød tråd”. For å gi leseren et innblikk i oppgavens innhold blir tema og problemstilling presentert først. Videre

presenteres metode og materiale for å gi et innblikk i litteraturen som er brukt, vitenskapsteoretisk posisjon og etiske overveielser. Teorien blir så presentert, for å vise faglig kunnskap og for å danne et forståelsesgrunnlag. Under drøftingen blir teorien drøftet opp mot funnene og egne refleksjoner. Avslutningsvis kommer konklusjonen. Oppbygningen er illustrert i modellen under:



Illustrasjon 1: Oppgavens oppbygning

2.0 Metode og materiale

2.1 Metode

Når vi ønsker å undersøke noe bruker vi metode som redskap for å samle inn den informasjonen som vil være relevant til undersøkelsen vår. Metoden forteller noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2017, s. 51-52).

Etter retningslinjene fra VID, vil dette være en litteraturstudie. I en slik studie vil man systematisere kunnskap fra allerede utgitt litteratur, som for eksempel forskningsartikler. Det innebærer å samle inn relevant litteratur og gjøre en kritisk gjennomgang av disse kildene. Til slutt vil man sammenfatte det hele. Formålet med en slik oppgave er å gi en oppdatert og god forståelse av kunnskapen, på det området som problemstillingen belyser. Det er også viktig å henvise til hvordan en har kommet frem til kunnskapen (Thidemann, 2015, s. 81).

En fordel med litteraturstudie er at en kan utforske ulike fag- og forskningsartikler som er aktuell for teamet. Det vil gjøre det mulig å gå i dybden på- og gi ulike perspektiver på et omfattende tema.

Utfordringen med en slik oppgave er at forskningen er gjort på forhånd, og en har dermed begrenset mengde relevant forskning å forholde seg til (Forsberg & Wengström, 2008, s. 30).

Det kan være vanskelig å finne forskning av god kvalitet, som er fra nyere tid. For å skrive en god og kvalitetssikret oppgave er det derfor viktig å være kritisk til kildene som blir brukt.

2.2 Vitenskapsteoretisk posisjon

Denne oppgaven belyser et tema som dreier seg om å *forstå* andre menneskers opplevelse av verdighet. Humanvitenskapen tar utgangspunkt i et femdimensjonalt univers, hvor de fire første dimensjonene vil bestå av rom, stoff, tid og hastighet. Den siste, og grunnleggende dimensjonen for denne posisjonen, er betydning- eller meningsdimensjonen. Dette forståelsesgrunnlaget bidrar til å forstå mennesker rundt oss, og det er akkurat det tematikken i denne oppgaven belyser (Dalland, 2017, s. 44-45).

For å finne tolkninger som hjelper oss å forstå oss selv og andre, må vi se på humanetiske fag som historie, litteraturvitenskap og kunst. I tillegg må vi se på samfunnsfag som sosiologi, antropologi og jus. En vitenskap som omfatter en slik ”forståelsestolkning” kalles hermeneutikk. Tidligere har hermeneutikken vært spesielt knyttet til tolkningen av tekster, mens den senere er knyttet til skille mellom forklarende og forstående vitenskaper (Dalland, 2017, s. 44-46). Denne oppgaven er en litteraturstudie, og en skal da tolke og forstå allerede utgitt litteratur. Det vil derfor være naturlig å belyse den gjennom hermeneutikken.

Fenomenologi er en betegnelse som ofte brukes sammen med hermeneutikk. Mens hermeneutikk betyr fortolkningslære, handler fenomenologien om læren om fenomenene. Et fenomen er en fremtoning, det som viser seg eller kommer til syne. Hermeneutikk handler om å forstå meningsfulle fenomener. En beskrivende fenomenologi dreier seg om å forstå menneskers tanker, følelser og atferd. Dette vil danne grunnlaget for å kunne få innsikt i hvordan pasienter forstår og opplever sitt møte med helsevesenet (Dalland, 2017, s. 45-47). Ettersom oppgaven belyser rusavhengige pasienters *forståelse* og *opplevelse* av verdighet under innleggelse, vil hermeneutikk og fenomenologi være sentralt for å kunne besvare problemstillingen.

2.3 Søkehistorikk

For å finne relevant forskning til min problemstilling gjorde jeg søk i databasene; SveMed+, PubMed og Cinahl. Disse databasene er anerkjente innenfor helse og medisin, og dette vil sikre pålitelige kilder. Jeg startet søket i SveMed+ for å finne nasjonal forskning, men fikk ingen relevante treff. Videre gjorde jeg søk i de internasjonale databasene, PubMed og Cinahl.

Jeg brukte emneordene ”stigma”, ”healthcare”, ”health professionals”, ”patient”, ”nurse”, ”medical ward”, ”dignity”, ”attitude of health professionals” og ”nurse-patient relations”. Da det blir brukt mange ulike termer for rusavhengighet gjorde jeg et søk med OR: ”substance abuse”, ”substance use”, ”drug use”, ”drug addiction”, ”illicit drugs” og ”drug abuse”. Jeg kombinerte emneordene med AND.

2.5 Kildekritikk

Kildekritikk handler om kritisk vurdering og grundig gjennomgang av litteraturen. En må vurdere og karakterisere litteraturen, samtidig som en må kunne redegjøre for litteraturen som blir anvendt. Tanken er at leseren skal få et innblikk i hvilken relevans og validitet litteraturen har for å kunne belyse problemstillingen (Dalland, 2017, s. 158).

Denne oppgaven vil bygge på tre internasjonale forskningsartikler:

- Monks, R., Topping, A. & Newell, R. (2012). The dissonant care management of illicit drug users in medical wards, the view of nurses and patients: a grounded theory study. *Journal of advanced nursing*, 69(4), 935-946. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06088.x>
- Baillie, L. (2009). Patient dignity in an acute hospital setting: A case study. *International journal of nursing studies*, 46(1), 23-37. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.08.003>
- Boekel, L. C. Van., Brouwers, E. P. M., Weeghel, J. Van. & Garresten, H. F. L. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 131(1/2), 23-35. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018>

Både Journal of Advanced Nursing og International Journal of Nursing Studies er tidsskifter vurdert til nivå 2 av Norsk senter for forskningsdata. Drug and Alcohol Dependence er vurdert til nivå 1. Dette vil styrke reliabiliteten til kildene, i tillegg til at alle tidsskriftene publiserer utelukkende fagfelle-vurdert forskning. At artikkelen er fagfelle-vurdert betyr at eksperter innenfor området kritisk vurderer artikkelen før den blir publisert (Svartdal, 2018). Dette er en kvalitetssikring av forskningen, og styrker reliabiliteten og validiteten til studiene (Dalland, 2017, s. 40).

Denne studien tar utgangspunkt i internasjonal forskning, på grunn av manglende moderne, nasjonal forskning. Det kan være en svakhet, da det ofte ikke kan relateres direkte til det norske helsevesenet. Samtidig er det universale i denne oppgaven behovet for annerkjennelse og verdighet, noe som er både tid- og stedløst. På grunn av dette vil den internasjonale forskningen kunne relateres til det norske helsevesenet.

Gjennom søkeprosessen ble det funnet mye internasjonal forskning som omhandlet generelle holdninger til rusavhengige pasienter, i helsevesenet. Det var likevel vanskelig å finne forskning som kan knyttes direkte til den rusavhengige pasients opplevelse av verdighet. Studien inkluderer derfor en artikkel som omhandler alle pasientgrupper, men artikkelen er direkte knyttet til verdighet.

Artiklene som er anvendt er relativ ny forskning, og blir brukt for å kunne relateres mest mulig til dagens situasjon. Den systematiske oversiktsartikkelen var publisert i 2013, men noen av studiene som er inkludert vil være eldre enn 10 år. Det kan svekke overførbarheten til dagens sykepleie. Artikkelen blir likevel inkludert i oppgaven, da mange av studiene er fra nyere tid og den gir et bredt bilde av det aktuelle temaet.

Forskningsartikkelen ”The dissonant care management of illicit drug users in medical wards, the view of nurses and patients: a grounded theory study” er basert på 41 dybdeintervju, hvor kandidatene hadde ulik alder, erfaring og biografisk bakgrunn. 9 medisinske avdelinger var inkludert. Dette styrker validiteten til studien, og viser at det er tatt utgangspunkt i et bredt spekter av kandidater.

Artikkelen ”Patient dignity in an acute hospital setting: A case study” er basert på 24 pasientintervju og 19 sykepleierintervju. Deltakerne hadde også i denne studien ulik alder, erfaring og bakgrunn. Dette styrker validiteten til studien. Samtidig er denne studien basert på én avdeling, på et sykehus i England. En kan da stille seg kritisk til om dette gjenspeiler andre avdelinger og sykehus. I forkant av intervjuet ble sykepleierne observert i avdelingen. Det kan ha påvirket deres framtoning, da det gjør dem bevisst på ivaretagelse av pasientens verdighet. Det foreligger en mulighet for at dette har påvirket svarene i intervjuene.

I oppgaven er det bevisst brukt primærlitteratur der det er mulig. Forskningsartiklene som er brukt er skrevet på engelsk. Det vil da alltid foreligge en fare for at innholdet blir mistolket når det oversettes (Dalland, 2017).

2.6 Etiske overveielser

Etiske overveielser innebærer å være bevisst på hvilke etiske utfordringer arbeidet kan medføre. Forskningsetikk er en del av etikken, og handler om å vurdere forskning i forhold til samfunnets normer og verdier (Dalland, 2017, s. 235-236).

Oppgaven er skrevet etter retningslinjer for oppgaveskriving fra VID Vitenskapelige Høgskole. Kildehenvisningen følger Apa 6th referansestil, og litteraturlisten inneholder referanser til all anvendt litteratur. På denne måten blir det gitt innsyn i hvor kildene og informasjonen er hentet fra.

3.0 Teori - et forståelsesgrunnlag

I henhold til oppgavens problemstilling blir Joyce Travelbees sykepleierteori en sentral del av forståelsesgrunnlaget. Videre blir temaene ruslidelse, verdighet, stigmatisering og skam belyst for å danne et grunnlag for videre drøfting.

3.1 Joyce Travelbee – sykepleierens mellommenneskelige aspekt

Joyce Travelbees sykepleierteori fokuserer på sykepleiefaglig mellommenneskelig dimensjon. Denne teorien ble først presentert i 1966, men er fremdeles høyst aktuell for både sykepleieutdanningen og sykepleiere.

Travelbee hevder at:

”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene” (Travelbee, 1999, s. 29).

Grunnleggende begreper i Travelbees teori er menneske-til-menneske forhold, lidelse, håp, menneske som individ, mening og kommunikasjon (Travelbee, 1999, s. 29). Grunnet omfanget av oppgaven, avgrenses teorien til å ha hovedfokus på menneske-til-menneske-forhold. Bakgrunnen for dette valget er at det er en svært sentral del av teorien, samtidig som det er mest aktuelt for problemstillingen.

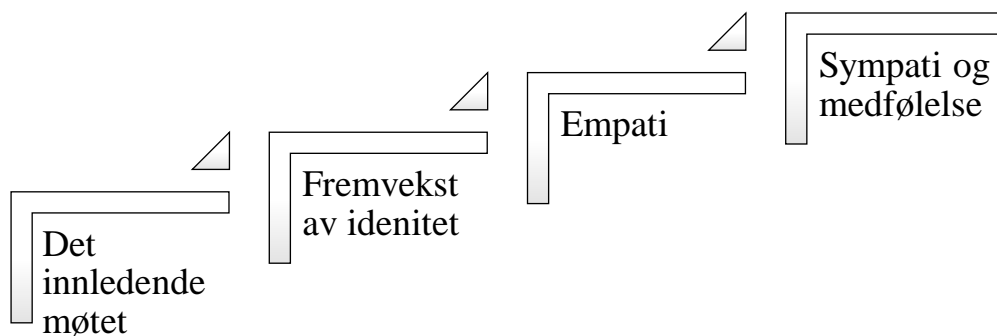
3.1.1 Et menneske-til-menneske-forhold

En grunntanke i Travelbees teori er at den profesjonelle sykepleieren har som oppgave å danne et menneske-til-menneske-forhold. Et slikt forhold vil være virkemiddelet som gjør det mulig for sykepleieren å gjennomføre sine oppgaver. Sykepleierens mål og hensikt vil være å

hjelpe et menneske med å forebygge eller mestre sykdom og lidelse, og å finne mening i disse erfaringene. Grunnmuren i et slikt forhold er at sykepleieren, ved hvert møte, går inn med en bevissthet om å lære den andre å kjenne (Travelbee, 1999, s. 171-172).

En forutsetning for et menneske-til-menneske-forhold er at begge parter forholder seg til hverandre som unike menneskelige individer, ikke som generelle og abstrakte roller. ”Sykepleier” og ”pasient” vil være slike generelle roller. Dette forholdet krever at fasaden som sykepleier og pasient legges vekk, slik at en kan nå inn til hverandre som enkeltindivider. Først når hvert individ i interaksjonen opplever den andre som menneske, kan en reell kontakt oppstå (Travelbee, 1999, s. 171).

En annen forutsetning for å danne et menneske-til-menneske-forhold er at sykepleieren og den hun har omsorg for, har gått gjennom fire trinnvise faser. De ulike fasene er illustrert i modellen under:



Illustrasjon 2: trinn for å danne et menneske-til-menneske-forhold

I det første møtet med et annet menneske vil det være menneskelig å observere, bygge opp antagelser, og gjøre seg opp meninger om vedkommende. På mange måter vil dette møtet være preget av generalisering, og det dannes et førsteinntrykk på bakgrunn av observasjoner og vurderinger en gjør. Under det innledende møtet vil derfor den syke ofte se på sykepleieren som en ”sykepleier” og sykepleieren ser på vedkommende som en ”pasient”. De ser hverandre i liten eller ingen grad som unike individer (Travelbee, 1999, s. 186-187).

En sentral oppgave for sykepleieren vil være å være bevisst på hvordan ”stereotype” oppfatninger kan prege inntrykket en får av det syke mennesket. Det er viktig å ha bevissthet rundt dette, for å kunne bryte ut av denne kategoriseringen, og da få øye på det særegne individet. Det er antakelig lettere å oppleve den syke som et menneskelig individ hvis det er en person vi finner tiltrekkende, eller en som oppfyller våre egne behov. Likevel er

sykepleierens oppgave å respondere på alle hun har omsorg for, som menneskelig individ. Den som blir oppfattet som mindre ”tiltrekkende” er kanskje i realiteten den som har størst behov for anerkjennelse, og å bli behandlet som et menneske av sykepleieren (Travelbee, 1999, s. 187-188).

Når sykepleieren og vedkommende hun har omsorg for begynner å oppleve hverandre som unike individer, går forholdet inn i en ny fase – nemlig fremvekst av identiteter. Identitet og personlighet vil gradvis komme til syne, og generaliseringen vil begynne å avta. En vil begynne å få inntrykk av den andres personlighet, og det etableres en tilknytning mellom to individer. Sykepleieren får en begynnende forståelse av hvordan pasienten som individ føler, tenker og oppfatter sin situasjon. For at dette skal kunne skje avhenger det av at sykepleieren frigjør seg fra å oppfatte pasienten på bakgrunn av likheter med andre pasienter hun har pleiet (Travelbee, 1999, s. 188-189).

Den neste fasen i etableringen av menneske-til-menneske-forholdet er empatifasen. Empati handler om evnen til å forstå et annet menneskes psykologiske tilstand. En tar del i den andres sinnstilstand, men en vil likevel ikke føle og tenke som den andre. Det handler om å ”ta del”, men samtidig stå utenfor. Når empatien oppstår vil en forstå meningen med tankene og følelsene til det andre mennesket, og en kan forutsi handling. Det vil være vanskelig for et menneske å forstå eller forutsi noe en ikke selv har erfart, og empati avhenger av at de involverte har lik erfaring. Ettersom empati bare kan oppstå på bakgrunn av likhet, er det urealistisk å forvente at sykepleier kan ha empati med alle syke personer (Travelbee, 1999, s. 193-195).

Den siste fasen, sympati og medfølelse, er et resultat av den empatiske prosessen. Når man opplever sympati og medfølelse for den andre, vil en være i stand til å forstå den andres plager. En vil bevegges eller gripes av vedkommende sin ulykke, og ønske å lindre eller avhjelpe situasjonen. For at sympati skal forekomme må en oppleve nærhet til den en føler sympati for. Sympati og medfølelse uttrykkes gjennom måten man omgås den andre og utfører pleien på (Travelbee, 1999, s. 200 – 201).

Når den syke og sykepleieren har gått gjennom disse fire fasene, har de etablert et menneske-til-menneske-forhold. Forholdet vil være preget av en nær og gjensidig relasjon mellom de to menneskene. De har nå vært gjennom en rekke hendelser og erfaringer som oppleves som meningsfulle og betydningsfulle for begge to. Det vil påvirke tankene, følelsene og holdningene de deler. De vil ikke lengre karakteriserer den andre på bakgrunn av rollene, men

relaterer seg nå til hverandre som menneske. Grunnen til dette er at forholdet nå er preget av gjensidig forståelse og kontakt, og en ser dermed ikke på den andre som en ”stereotype” (Travelbee, 1999, s. 211-212).

3.2 Rus og ruslidelse

I Norge bruker vi den internasjonale sykdomsklassifikasjonen ICD-10 til å diagnostisere ulike sykdommer. Dette systemet blir også brukt for å diagnostisere ruslidelser, og det blir her gjort et skille mellom skadelig bruk og avhengighet (Lossius, 2017, s. 26).

Skadelig bruk av rusmidler er når bruken av rusmiddelet/rusmidlene gir alvorlig helseskade, enten fysisk eller psykisk. Skadelig bruk av rusmidler kan forekomme uten at det foreligger et avhengighetssyndrom (Lossius, 2017, s. 26).

På helsebiblioteket blir avhengighetssyndrom definert som: ”når en rekke atferdsmessige, kognitive og fysiologiske fenomener utvikler seg etter gjentatt stoffbruk” (Helsedirektoratet, 2012, s. 18). Dette vil utvikle seg over tid, og kan komme til syne på ulike måter. Typiske kjennetegn for avhengighetssyndrom er blant annet et ønske om å ta stoffet til tross for skadelige konsekvenser, i tillegg til vansker med å kontrollere bruken. Det vil kunne oppstå toleranseutvikling og abstinenssymptomer. I noen tilfeller vil inntak av rusmiddelet være den høyeste prioriteringen i hverdagen, og en prioriterer derfor vekk andre aktiviteter og forpliktelser (Helsedirektoratet, 2012, s. 18).

Ruslidelse er et begrep som ofte blir brukt om både avhengighet og skadelig bruk av rusmidler (Helsedirektoratet, 2012).

En ruslidelse er en kompleks lidelse, hvor en rekke nevrologiske, fysiske og miljømessige faktorer spiller inn. Samtidig antas det at genetiske faktorer har stor innvirkning på hvem som utvikler avhengighet. Studier viser at genetikk bidrar med så mye som 50% av sannsynligheten for å utvikle avhengighet. Genene er likevel ikke avgjørende for å utvikle avhengigheten, da det ofte må miljømessige og sosiale påvirkninger til for at det skal skje (Jellestad, 2017, s. 83-84).

I utgangspunktet kan en ruslidelse ramme alle, men noen har høyere risiko for å utvikle avhengighet enn andre. Barn og unge som vokser opp i problemfylte hjem, er ofte mer utsatt for å utvikle en avhengighet når de blir eksponert for rus. I tillegg vil ulike psykiske lidelser

hos barn som spiseforstyrrelser, angst og depresjon kunne være faktorer som i større grad gjør dem utsatt for å utvikle avhengighet senere i livet (Lossius, 2017, s. 23).

Ungdommer er generelt mer sårbare for å utvikle ruslidelser enn eldre. Bakgrunnen for dette er at de områdene av hjernen som er sentral for motivasjon, dømmekraft og regulering av spontanatferd ikke er fullstendig utviklet før 25 årsalderen. Studier viser også at rusmisbruk over tid vil kunne føre til lavere hjerneaktivitet i disse områdene av hjernen (Jellestad, 2017, s. 83-84).

For å forstå hvorfor noen mennesker begynner å ruse seg, må vi se på hvordan rus påvirker både hjernen og kroppen. Mange rusmidler påvirker de samme delene av hjernen som er aktive når vi opplever nærhet og glede i samvær med andre mennesker. I ytterste konsekvens kan derfor rus erstatte behovet for nære relasjoner. Rusmidler påvirker også intensiteten i følelsesregisteret vårt, og kan for mange dempe fysisk og psykisk smerte. Psykiske vansker som selvskading, spiseforstyrrelser og angst kan holdes i sjakk med rusmidler, og det kan på denne måten oppleves som en ”pause” fra hverdagen. Med dette i bakhodet kan det kanskje være lettere å forstå hvorfor så mange som 10-20% av oss utvikler en rusavhengighet, en gang i løpet av livet (Lossius, 2017, s. 24).

En ruslidelse vil utvikle seg over tid, og ofte i ulike ”faser”. Mange ganger vil det være en glidende overgang fra kontrollert bruk til skadelig eller farlig bruk av rusmidler. I den første fasen tenker de færrest over at de har et problematisk forhold til rus. I neste fase begynner en ofte å tenke over at ikke alt er som det skal. Denne fasen er preget av ambivalens, hvor man til tider ønsker å slutte å ruse seg, samtidig som man vil utsette dette til en gang i fremtiden. Det kan være utfordrende å vite akkurat når bruken av rusmidler er gått for langt. En kan si at man står i fare for å utvikle en ruslidelse når en ruser seg på uheldige tidspunkt som før jobb, eller på en måte som gjør at andre reagerer, i tillegg til at en ruser seg mer enn *andre* (Lossius, 2017, s. 25).

3.2.1 Abstinenser

Når en først har utviklet en toleranse for et rusmiddel, vil det være vanskelig å trappe ned bruken. Grunnen til dette er at det oppstår abstinenssymptomer når tilførselen av rusmiddelet reduseres betydelig eller opphører helt. Abstinenssymptomer er kroppslige symptomer som virker motsatt av den virkningen rusmiddelet hadde. Disse symptomene kan vise seg som blant annet magekrampe, søvnevansker, hodepine, diare, tremor og muskelsmerte. Abstinenser

kan også ha en mer alvorlig grad, som abstinenskrampes med bevissthetstap (Kronholm, 2017, s. 173).

Abstinenssymptomer kan påvirke psyken til vedkommende. Mange av stoffene vil kunne gi abstinenser som paranoide forestillinger, hallusinasjoner, forvirring, irritabilitet, uro, rastløshet, angst og plutselige aggresjonsutbrudd (Skjøtskift, 2018, s. 103-106).

3.2.2 Emosjonelt ladd relasjon

En pasient og en terapeut vil påvirke hverandre emosjonelt. Terapeuten kan utvikle sterke negative og sterke positive følelser overfor pasientene. Sterke negative følelser vekkes oftere i samarbeid med pasienter med dårlig impuls kontroll, relasjonelle skader, aggressiv atferd eller avvissende atferd. Dette er skader som forekommer hyppigere blant mennesker med ruslidelser. Det kan derfor tenkes at pasienter med ruslidelser møter sterkere motstand blant helsearbeidere enn andre pasientgrupper. Pasienter som vekker negative følelser avslutter også oftere behandlingen før tiden, sammenlignet med dem som vekker positive følelser (Lossius, 2017, s. 31).

3.3 Verdi og verdighet

Gjennom de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere kommer det tydelig frem at alle pasienter skal ivaretas med verdighet (Norsk sykepleierforbund, 2016). Verdighet er nært knyttet til dagens sykepleie, og er dermed svært aktuelt.

I dagens vestlige samfunn er vi oppvokst med en forståelse av at et hvert menneskeliv er verdifullt. Uavhengig av ytre faktorer som alder, kjønn, yrke og helsetilstand har vi alle en *verdi*. Dette gjør at vi ikke kan vurdere et menneskeliv opp mot et annet menneskeliv, da livene er like mye verdt. Det er ventet at hvert menneske blir sett på som verdifullt og dermed også blir møtt med en holdning som fremmer dette (Skærbæk & Lillemoen, 2013, s. 12-13).

Dette er ”glansbilde”, og det er en forståelse av hvordan vi *ønsker* at samfunnet skal være. Virkeligheten gjenspeiler ikke alltid dette. Stadig flere mennesker opplever at deres verdi er knyttet opp mot ytre faktorer, og de blir dermed vurdert opp mot andre menneskers verdi. I dagens samfunn må ressursene prioriteres, og dette fører til at noen enkeltindivider settes foran andre. Stigmatisering og holdninger vil kunne, bevist eller ubevisst, påvirke hvem som blir prioritert (Skærbæk & Lillemoen, 2013, s. 12-13).

Verdighet er et mye brukt begrep, men det er også et vagt og lite definert begrep. Om ikke betydningen av verdighet er tydelig, kan det forsvinne mellom håndgripelige og mer målbare

prioriterte oppgaver, som for eksempel behandlingstid. Det vil være vanskelig å ha respekt for pasienters verdighet, om betydningen av verdighet ikke ligger til grunn (Baillie, 2009).

Begrepet verdighet kan ha både en subjektiv og en objektiv vinkling. Den objektive verdigheten ligger nært forklaringen av menneskets verdi, og det handler om den verdigheten vi har som mennesker. Den subjektive verdigheten handler om enkeltmenneskets opplevelse av verdighet. Menneskets opplevelse av at verdigheten blir krenket eller ivaretatt vil avhenge av hvordan vi blir behandlet av medmennesker (Kristoffersen, 2016, s. 17).

I forskningsartikkelen ”Patient dignity in an acute hospital setting: A case study” blir pasientverdighet definert som: å føle seg verdsatt og komfortabel med sin fysiske presentasjon og oppførsel. Å ha kontroll over situasjonen og å være komfortabel med oppførselen til andre mennesker en omgås (Baillie, 2009, s. 33).

Mennesker som er avhengig av andres hjelp er særlig utsatt for å oppleve hjelpen og omsorgen som verdig eller krenkende. For mange kan det å søke og motta hjelp oppleves som tap av verdighet. Det gir ansatte i helse- og sosialsektoren et ekstra ansvar når det kommer til å møte og behandle mennesker på en måte som ivaretar deres opplevelse av verdighet. Dette gjelder alle mennesker som av ulik grunn har et hjelpebehov, uavhengig av ytre faktorer (Skærbæk & Lillemoen, 2013, s. 12-13).

3.4 Stigmatisering og skam

I store norske leksikon blir stigmatisering definert som: ”det å merke noen negativt i sosial sammenheng, for eksempel stigmatisering av en minoritetsgruppe ved å hevde at gruppen generelt har spesielt dårlige egenskaper, er upålitelig og lignende” (Malt, 2017).

Stigmatisering knyttes ikke bare til reelle karaktertrekk hos et menneske, men også til karaktertrekk som andre tilegner vedkommende. Det blir dermed ofte en generalisering av en gruppe mennesker som man tilegner samme egenskaper (Biong & Ytrehus, 2018, s. 224).

Mange rusavhengige er utsatt for å møte en stigmatiserende holdning. Holdningene kan komme både fra samfunnet generelt, men også fra helsepersonell og andre pasienter. Dette kan føre med seg en rekke negative konsekvenser, som gjør det vanskeligere for vedkommende å håndtere problemet. En negativ konsekvens vil være at mennesker med denne problematikken, i noen tilfeller, blir en nedprioritert pasientgruppe. Dette kan igjen føre til en dårligere tilrettelegging av tjenestetilbudet (Biong & Ytrehus, 2018, s. 224-225).

Helsepersonellet kan også danne en frykt for denne pasientgruppen, som kan påvirke måten de tilnærmer seg på. Dette kan føre til at stigmatisering blir en forsterkende årsak til at personer med ruslidelser ikke kontakter hjelpeapparatet. Det kan gjøre at en stor gruppe mennesker ikke får den hjelpen de både har behov for og rett til (Biong & Ytrehus, 2018, s. 224-225).

Bakgrunnen for stigmatisering av en person kan være at vedkommende har uønskete kjennetegn, som gjør at han/hun skiller seg ut i forhold til ”normalen”. Vedkommende som er stigmatisert vil ofte ha samme bilde på identitet som andre, noe som fører til at de selv kan føle seg utilstrekkelig da de ikke passer inn i dette bilde. På denne måten blir stigma en vedvarende kilde til skam (Schei, 2006, s. 18).

Ruslidelse er en type lidelse som ofte fører med seg skamfølelse. Likevel ser en at mennesker med denne type problematikk ofte er plaget av skamfølelse lenge før rusavhengigheten oppstår. Undersøkelser viser at en stor andel mennesker med ruslidelser, har hatt utfordringer som lærings- og atferdsproblemer i skolen, har mistet en av foreldrene sine eller vokst opp uten foreldre. Dette er traumer som vil kunne føre til et svært negativt selv bilde (Fekjær, 2006, s. 179-181).

Som ungdom kan en føle at en ikke strekker til eller blir akseptert hverken i nærmiljøet, hjemme eller på skolen. For mange vil det være naturlig å søke tilhørighet i miljøer hvor man ikke opplever seg selv som annerledes. I noen tilfeller vil disse miljøene, og atferden det medfører, være så stigmatisert at selv bilde etterhvert blir tydeligere svekket (Fekjær, 2006, s. 179-181). Dette kan blant annet være miljøer preget av rus.

Rus kan i noen tilfeller brukes som en ”time out”, hvor man ikke tenker over hva man sier og gjør. Når man er ruset vil det i noen tilfeller være lettere for alle parter å gi rusmiddelet skylden, og ikke personligheten. Dette kan blant annet føre til en avslappet og befriende følelse for mennesker som sliter med å finne en tilhørighet og aksept (Fekjær, 2006, s. 179-181).

4.0 Litteratur

4.1 Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review (Boekel, Brouwers, Weeghel & Garresten, 2013)

”*Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review*” er en systematisk oversiktsartikkel. Forfatterne har gjort en grundig gjennomgang av engelske og nederlandske artikler, publisert mellom Januar 2000 og November 2011. Søkene ble gjort i databasene Pubmed, Psycinfo og Embase. Etter en nøye gjennomgang av søkeresultatene var det 28 studier som bestod inklusjonskriteriene. Alle de inkluderte studiene er gjennomført i vestlige land. Artikkelen var først publisert i 2013.

Formålet med denne oversiktsartikkelen var å vurdere helsepersonellens holdninger til pasienter med rusavhengighet, og å undersøke hvilken innvirkning holdningene eventuelt kan ha på helsetilbudet til denne pasientgruppen.

Artikkelen hevder at helsepersonell generelt uttrykker negative holdninger til pasienter med rusavhengighet. På bakgrunn av dette opplevde mange at tilnærmingen til pasientene ble mer oppgaveorientert, som førte til mindre personlig engasjement og redusert empati. Grunnen til dette var at pasientene ofte ble oppfattet som manipulerende, aggressive, uhøflig og lite motivert. Dette kan forsterke følelser som frustrasjon, opprør og maktesløshet blant helsepersonellet. Flere av de inkluderte studiene viser at helsepersonell som har mer erfaring med mennesker med rusavhengighet uttrykker en mer positiv holdning.

4.2 The dissonant care management of illicit drug users in medical wards, the views of nurses and patients: a grounded theory study

(Monks, Topping & Newell, 2012)

”*The dissonant care management of illicit drug users in medical wards, the views of nurses and patients*” er en grounded theory studie. I denne kvalitative studien intervjues sykepleiere og pasienter på 9 medisinske avdelinger, på et akuttstusykehus i England. Artikkelforfatterne gjorde dybdeintervju med 24 kvinnelige, og 5 mannlige sykepleiere fra alderen 21-58 år. Deres jobberfaring etter endt studie varierte fra 4 måneder til 37 år. Forfatterne inkluderte også 12 innlagte pasienter, med rusmiddelproblematikk.

Formålet med studien var å undersøke hvordan sykepleiere gir omsorg til rusavhengige pasienter på medisinsk avdeling. Forfatterne gir også innsikt i erfaringene og synspunktene til pasientene som mottar omsorgen.

I denne studien kom det frem at pasienter med rusavhengighet i noen tilfeller blir forhåndsdomt av sykepleiere. Dette kan påvirke omsorgen i den grad at den blir avvikende og ulik omsorgsytelsen som ble gitt til andre pasientgrupper.

4.3 Patient dignity in an acute hospital setting: A case study

(Baillie, 2009)

”Patient dignity in an acute hospital setting: A case study” er en kvalitativ studie. Studien tar utgangspunkt i helsepersonell og pasienter på en kirurgisk sengepost, på et sykehus i England. Forfatterne intervjuet 24 pasienter fra alderen 34-92 år. Blant dem var 15 menn og 9 kvinner, fra ulike sosioøkonomisk bakgrunn. Personalet på avdelingen ble først observert, før 19 ansatte ble intervjuet.

Pasientintervjuene startet med at pasientene selv skulle definere hva verdighet betydde for dem. Videre i intervjuet ble deres definisjon av begrepet anvendt. Det ble stilt spørsmål som hvordan verdigheten berøres ved innleggelse, og hvordan helsepersonellet kan fremme verdighet. Sykepleierintervjuene startet også med at sykepleieren skulle definere hva verdighet betydde for dem. Videre ble det stilt spørsmål som hvilken rolle sykepleieren har i en situasjon hvor pasientens verdighet kan fremmes, og hvordan helsepersonellens tilnærming til pasienten kan påvirke opplevelsen av verdighet.

Formålet med denne studien var å gi en innsikt i betydningen av verdighet, hvordan verdigheten kan trues og fremmes ved innleggelse på sykehus.

I denne studien ble det funnet at pasientens verdighet handlet om å føle seg komfortabel, verdsatt og å selv ha kontroll over egen situasjon. Helsepersonellens framtoning, miljøet og pasientens opplevelse av privatliv kan påvirke, og i noen tilfeller true, pasientens verdighet. Personalet kan fremme verdighet ved å respektere personvern, samt samhandle med pasienten på en måte som fremmer følelser av velbehag, kontroll og verdi.

5.0 Drøfting

I dette kapittelet blir teorigrunnlaget og funn i forskningsartikler drøftet opp mot problemstillingen:

Hvilken betydning har verdighet for den rusavhengige pasient, innlagt på somatisk sykehus?

5.1 Mennesket bak pasienten

Travelbee hevder at et menneske er: ”et enestående, uerstattelig individ – et engang-eksisterende-vesen i denne verden, lik, men også ulik hver eneste person som noen gang har levd eller noen gang vil leve” (Travelbee, 1999, s. 54). Dette er svært vesentlig i yrket som sykepleier. En skal behandle alle pasienter som unike individer. Samtidig finnes det likheter mellom mennesker, og en må ta med seg noen erfaringer fra andre pasienter, slik at en kan utøve best mulig sykepleie.

For at sykepleieren skal kunne utføre sine oppgaver, er det avgjørende å danne et menneske-til-menneske-forhold først. En forutsetning for dette er at begge parter forholder seg til hverandre som *unike* individer, og ser mennesket bak rollen som ”sykepleier” og ”pasient”. Det er viktig å være bevisst på hvordan en møter andre mennesker, slik at ikke stereotype oppfatninger preger inntrykket av den andre. Først da kan en reell kontakt oppstå (Travelbee, 1999). En kan se at dette også stemmer med funnene i artikkelen ”Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review” som viser at stigmatiserende holdninger mot pasienter med ruslidelser kan prege inntrykket av den andre, og påvirke relasjonen mellom sykepleier og pasient (Boekel et al., 2013).

I forskningsartikkelen ”Patient dignity in an acute hospital setting: A case study” kommer det frem at iboende i all sykepleie er respekten for menneskerettighetene, inkludert kulturelle rettigheter, rett til å bestemme over eget liv, rett til verdighet og rett til å bli behandlet med respekt. Det sentrale i sykepleien handler om respekten for menneskets verdighet, å forhindre situasjoner som kan krenke verdighet, og gjenopprette verdighet hvis den har gått tapt. Sykepleieren må respektere hvert enkelt individs verdighet, under hver enkelt handling (Baillie, 2009). Dette finner en også igjen i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere, hvor det understrekes at sykepleieren skal ivareta den enkeltes pasients verdighet (Norsk sykepleierforbund, 2016).

Selv om viktigheten av verdighet og å se hverandre som unike mennesker blir understreket i ulik litteratur, er det forskjellige faktorer som indikerer at dette ikke alltid samspiller med praksis. Forskningsartikkelen ”The dissonant care management of illicit drug users in medical wards, the views of nurses and patients: a grounded theory study” hevder at pasienter med rusavhengighet i mange tilfeller blir forhånds dømt negativt av sykepleiere. Det kom også frem at sykepleierne er mindre bekymret for pasienter med rusavhengighet, og prioriterer

pasienter med andre somatiske diagnoser. Dette er begrunnet med at pasienter med andre diagnoser er mer verdige mottakere av omsorg og oppmerksomhet. Pasienter med rusavhengighet får dermed redusert omsorgsyttelse. De negative oppfatningene av rusavhengige blir sett på som motstridene til sykepleiernes verdier, som blant annet omhandler å se mennesket bak pasienten (Monks et al., 2012). Å vurdere en pasient som mer verdig mottaker av omsorg enn en annen, er svært avvikende i forhold til de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund, 2016). Skærbæk og Lillemoen (2013) fastslår også at en ikke kan vurdere et menneskeliv opp mot et annet, noe det kan se ut som at sykepleierne gjør i dette tilfellet.

I den systematiske oversiktsartikkelen til Boekel et al. (2013) ble det også funnet negative holdninger til rusavhengige, blant helsepersonell. I denne artikkelen kom det frem at helsepersonellens motivasjon for å jobbe med rusavhengige pasienter, var signifikant lavere sammenlignet med andre pasientgrupper. De fleste studiene som er inkludert i oversiktsartikkelen påpeker at helsepersonell generelt har begrenset hensyn, mindre motivasjon og følelser av utilfredshet når de jobber med pasienter med ruslidelser (Boekel et al., 2013). Dette er funn som er motstridende til litteraturen (Skærbæk og Lillemoen, 2013), som påpeker at alle mennesker er like mye verdt, og at sykepleieren må se hver enkelt pasient som likeverdig mottaker av omsorg. Skærbæk og Lillemoen (2013) hevder at alle mennesker har en verdi, uavhengig av ytre faktorer som alder, kjønn, yrke og helsetilstand. Det kommer likevel frem i forskningsartiklene at pasienters verdi blir vurdert på bakgrunn av ytre faktorer (Boekel et al., 2013; Monks et al., 2012).

Negative holdninger fra helsepersonell leder til dårlig kommunikasjon, og avtagende terapeutisk allianse. Helsepersonell kan i noen tilfeller få en mer unngående atferd i møte med pasienter med ruslidelser. Som et resultat av dette gjør helsepersonell kortere visitt, viser mindre empati og har redusert personlig engasjement i omsorgsyttelsen til denne pasientgruppen. Det blir en mer oppgave-orientert tilnærming, noe som gjør at helsetjenesten ikke blir optimal (Boekel et al., 2013). Om en ser dette opp mot Travelbee sin teori, vil de negative holdningene gjøre det vanskelig å oppnå et menneske-til-menneske-forhold. Dette kan få negativ innvirkning på samspillet mellom pasient og sykepleier, da de ikke oppnår en reell kontakt. Om sykepleier og pasient ikke oppnår et menneske-til-menneske-forhold, vil sykepleieren, ifølge Travelbee, ikke oppnå sine mål. Sykepleieren vil dermed ikke kunne hjelpe pasienten å mestre sykdom og lidelse, og finne mening i erfaringene (Travelbee, 1999).

Samhandlingen mellom pasient og sykepleier er mer ideell når sykepleieren viser interesse for, og lytter til pasientens problem. Om sykepleieren går inn med en holdning til den rusavhengige pasient som et ”menneske” og ikke ”problembruker” vil dette kunne påvirke sykepleier-pasient-forholdet positivt. Et viktig element i sykepleier-pasient-forholdet er at de to individene kjenner hverandre (Monks et al., 2012). Dette støtter artikkelen til Monks et al. (2012) og Travelbees teori oppunder. Helsepersonellets fremtoning, særlig å være vennlig og å trygge pasienten, vil kunne føre til gode relasjoner mellom sykepleier og pasient. Gode relasjoner til pasienten vil kunne fremme pasientens opplevelse av verdighet (Baillie, 2009). Dette understreker at en gjensidig og god relasjon mellom sykepleier og pasient, er viktig for pasientens opplevelse av verdighet.

Likevel bruker sykepleiere generelt mindre tid til å bli kjent med pasienter med rusavhengighet, og minimerer interaksjonene med dem for å unngå *muligheter* til konflikt og vold. Noen sykepleiere prøver gjerne å dekke over at de ikke er i stand til å engasjere seg emosjonelt ved å merke rusavhengige som ”vanskelige”, ”kilde til problem” eller ”fremmede” (Monks et al., 2012). Om sykepleieren uttrykker disse holdningene ved å bruke betegnelser som ”vanskelig pasient” i interaksjoner med andre sykepleiere, kan holdningene bli overført. Dette kan skape et dårlig miljø, med stigmatiserende holdninger, på avdelingen. Alle de inkluderte forskningsartiklene påpekte at miljøet på avdelingen hadde innvirkning på holdningene til helsepersonellet (Baillie, 2009; Boekel et al., 2013; Monks et al., 2012). Studien til Baillie (2009) understreker at helsepersonellets holdninger og sykehusmiljøet kan påvirke pasientens opplevelse av verdighet. Det vil således være viktig å være bevisst i møte med andre sykepleiere. Dette for å sikre at en ikke overfører sine egne stigmatiserende holdninger til andre, eller at en selv adapterer andres stigmatiserende holdninger.

Det kan tenkes at sykepleierne opplever et ambivalent forhold til denne pasientgruppen. På en side har de holdninger som tilsier at alle pasienter er unike, og at alle har rett på samme omsorg og behandling. Samtidig vil stigmatiserende holdninger til rusavhengige, bevisst eller ubevisst, kunne påvirke sykepleierens fremtoning. Tanken om at alle mennesker er like mye verdt, og at en ikke kan måle et menneskeliv opp mot et annet faller bort. I slike tilfeller står pasientens opplevelse av verdighet i vesentlig fare for å bli krenket.

De gjennomgående negative og stigmatiserende holdningene, kan bidra til at pasienter med ruslidelser har høyere terskel for å oppsøke hjelp, fordi verdigheten står i fare for å bli krenket (Boekel et al., 2013). Skærbæk og Lillemoen (2013) understreker at mennesker som er avhengig av andres hjelp særlig er utsatt for å oppleve hjelpen og omsorgen som verdig eller krenkende. De påpeker at dette gir ansatte i helse- og sosialsektoren et ansvar for å ivareta menneskers opplevelse av verdighet (Skærbæk & Lillemoen, 2013, s. 12-13). Ved å uttrykke negative og stigmatiserende holdninger til rusavhengige pasienter, tar en ikke ansvar for å ivareta verdigheten til pasientene. I slike tilfeller kan pasientene føle seg som mindre verdige mottakere av omsorg og behandling. Dette kan forsterke pasientenes følelse av avvike fra ”normalen”. Mennesker som blir utsatt for stigmatiserende holdninger, har ofte samme bilde på egen identitet som andre. Når de opplever å avvike fra ”normalen”, kan de føle at de ikke passer inn i rollen som pasient. Det kan gi pasienten skamfølelse (Schei, 2006, s. 18).

Ifølge Travelbee (1999) kan det være lettere å se mennesket bak pasienten om det er en person vi finner ”tiltrekkende”, og en som oppfyller våre egne behov. På den andre siden, påpeker hun at de som blir oppfattet som mindre ”tiltrekkende”, kanskje er de som har størst behov for annerkjennelse, og å bli behandlet som et menneske av sykepleieren (Travelbee, 1999). Dette kan på mange måter relateres til pasienter med rusavhengighet. Mange har en ”oss” og ”dem”-holdning til mennesker med rusavhengighet (Lossius, 2017). Ut i fra litteraturen (Travelbee, 1999) kan det tenkes at de negative holdningene kommer av en tanke om at pasientgruppen ikke oppfyller våre behov. Dette er svært uheldig, da pasienter med ruslidelser ofte er mennesker som er ekstra sårbare, og har et større behov for annerkjennelse.

Sykepleiere uttrykker generelt negative holdninger til pasienter med ruslidelser. Dette kan resultere i et dårligere samspill mellom sykepleier og pasient. Et mindre optimalt samarbeid kan ha en negativ innvirkning på pasientens følelse av ”empowerment” og selvtillit. På en annen side, er følelsen av ”empowerment” og selvtillit viktig for at pasienten skal føle seg verdsatt. I sin ytterste konsekvens kan dette påvirke behandlingsresultatene, og i noen tilfeller vil pasienten avslutte behandlingen tidligere enn planlagt (Boekel et al., 2013). Pasientens opplevelse av at verdigheten blir ivaretatt, er således svært viktig for å sikre at pasienten får fullverdig behandling og omsorg. Ikke bare følelsesmessig og mentalt, men også fysisk.

5.2 Et menneske-til-menneske-forhold

Negative holdninger fører til at sykepleiere gjør kortere besøk hos rusavhengige pasienter, og bruker mindre tid på å bli kjent med dem. Sykepleierne føler seg trygg og kompetent til å håndtere de fysiske aspektene til pasientene, men føler seg mindre selvsikker når de håndterer rusrelaterte og psykiske behov. Den mangelfulle selvtilliten fører, i mange tilfeller, til utilstrekkelig omsorg (Monks et al., 2012). På bakgrunn av disse funnene kan det tenkes at de stigmatiserende holdningene kommer av uvitenhet og usikkerhet til hvordan en skal forholde seg til denne pasientgruppen. Den mangelfulle selvtilliten kan gjøre at en minimerer samspillet med pasienter med ruslidelser, noe som gjør at verdigheten står i fare for å bli krenket.

I studien til Monks et al. (2012) blir den manglende kunnskapen bekreftet av pasienter og sykepleiere. Pasientene som deltok i studien oppfattet den mangelfulle kunnskapen om rusmidler som en trussel mot omsorg. Den manglende kunnskapen hadde også innvirkning på støtten og informasjonen pasientene fikk. Én sykepleier fortalte at det selvsagt burde gjøres helsefremmende tiltak når rusavhengige pasienter var innlagt, slik det ble gjort med andre livsstilssykdommer. Når pasienter med ruslidelser ble innlagt ble det ofte bare sagt ”du burde ikke gjøre det”. Dette kom av manglende forståelse, som resulterte i at omsorgsytelse og å gi informasjon ble utfordrende (Monks et al., 2012). Det kan føre til en ”gi opp” kultur, hvor sykepleierne ikke har tro på bedring, og dermed blir mindre motivert for å jobbe med denne pasientgruppen. I slike situasjoner, vil det være viktig å huske på å se forbi pasientens funksjonstap og diagnose, og se mennesket bak som et menneske med lengsler, drømmer og håp (Kristoffersen et al., 2016, s. 23). Dette er fundamental for alle pasienter, også pasienter med ruslidelser.

I studien til Baillie (2009) kom det frem at å føle seg trygg og bli tatt hånd om var viktige faktorer for opplevelsen av verdighet. Om pasienten opplever at sykepleieren har manglende kunnskap om hans situasjon kan dette fremme en utrygg følelse hos pasienten. Den utrygge følelsen, kombinert med at sykepleierne er lite motivert for omsorgsytelse til denne pasientgruppen, kan true opplevelsen av verdighet.

Samtidig viser forskning at helsepersonell som har mer erfaring og som jobber jevnlig med rusavhengige pasienter, har en mer positiv holdning til denne pasientgruppen (Boekel et al., 2013). Sykepleiere som har personlig erfaring med mennesker med ruslidelser har også en mer positiv holdning. Den personlige forståelsen gir sykepleierne et perspektiv fra ”innsiden”,

som blir integrert i det profesjonelle arbeidet. Dette fører til at sykepleierne ser pasientene som ”mennesker” ikke som ”rusavhengige”. I mange tilfeller, er de mer kompetent til å samhandle og gi en ikke-dømmende omsorg og støtte (Monks et al., 2012). Dette underbygges av teorien til Travelbee. Travelbee hevder at empati avhenger av at sykepleier og pasient har lik erfaring. Bakgrunnen for dette er at det vil være vanskelig for et menneske å forstå tankene og følelsene rundt en situasjon en selv ikke har erfart (Travelbee, 1999). Selv om sykepleierne gjerne ikke har erfaring med å være i akkurat samme situasjon som den rusavhengige pasienten, har sykepleierne erfaring med andre mennesker i lignende situasjon. Hver person er lik, men også ulik, alle som noen gang har levd, eller noen gang vil leve (Travelbee, 1999 s. 54). Likhetene som sykepleieren har erfart, kan gjøre det lettere for henne å forstå tankene og følelsene til pasienten.

Pasientene i studien til Monks et al. (2012) gjenkjente sykepleierne som hadde empatisk holdning til dem, og responderte positivt. På bakgrunn av dette kan det se ut som at økt kompetanse innenfor ruslidelser, har en positiv innvirkning på relasjonen mellom sykepleier og pasient. Dette kan igjen ha innvirkning på pasientenes opplevelse av verdighet, da det kan tenkes at de i større grad føler seg verdsatt, når sykepleierne ”ser” dem og deres behov.

Ifølge Travelbee må en se hverandre som unike individer for at identitet og personlighet skal komme til syne. Det er avgjørende for at generaliseringen skal avta (Travelbee, 1999). Ut i fra denne teorien, kan en diskutere om sykepleiere med erfaring med rusavhengige har lettere for å oppnå et menneske-til-menneske-forhold med pasientene. Grunnen til dette er at disse sykepleiere bruker mer tid på å skape en relasjon til denne pasientgruppen, blant annet ved å gjøre lengre visitter hos dem. Om en følger Travelbees steg i menneske-til-menneske-forholdet, vil en da etterhvert se hverandre som unike individer. En vil nå inn til hverandre, og oppnå en god relasjon. Som nevnt, er en god relasjon viktig for pasientenes opplevelse av verdighet.

Om sykepleierne bruker mindre tid på å bli kjent med pasienter med rusavhengighet, kan det være vanskelig å skape en god relasjon og å se hverandre som unike individer. I lys av Travelbees teori, vil det føre til at generaliseringen av pasienten ikke avtar, og sykepleier og pasient ser på hverandre som ”roller”. Å se den andre som et unikt individ er sentralt i fasen ”fremvekst av identitet”, og videre for å kunne oppnå et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 1999). På den andre siden vil sykepleiere med mer erfaring med rusavhengige,

oftere se dem som ”mennesker” (Monks et al., 2012). Da har generaliseringen avtatt, og en kan, ifølge Travelbee, gå videre i prosessen for å etablere et menneske-til-menneske-forhold. Jamfør Travelbees teori kan det derfor tenkes at sykepleiere med erfaring med rusavhengige, har lettere for å oppnå et menneske-til-menneske-forhold.

En kan stille spørsmål ved om det er avgjørende å etablere et menneske-til-menneske-forhold med pasienten for å oppnå en god relasjon og fremme den rusavhengige pasientens verdighet. Viktige elementer for å fremme verdighet for pasienter er informasjon, selvstendighet, vennlighet og respekt (Baillie, 2009). Respekt for pasienten og hans autonomi, samt vennlighet og informasjon er verdier som for mange sykepleiere er grunnleggende og iboende. Samtidig kom det frem i studien til Monks et al. (2012) at de negative holdningene til pasienter med rusavhengighet, påvirket atferden til helsepersonellet på en måte som var motstridende til deres verdier. Det kan derfor se ut som om de grunnleggende og iboende verdiene til sykepleierne blir overkjørt av stigmatiserende holdninger. En bevisstgjøring rundt å etablere et menneske-til-menneske-forhold kan kanskje være et virkemiddel for å ivareta de grunnleggende verdiene, også i interaksjoner med rusavhengige pasienter.

En kan likevel stille seg kritisk til om en må gå gjennom de fire ulike fasene i et menneske-til-menneske-forhold for å kunne oppnå et gjensidig forhold. Sykepleieryrket er et omsorgsyrke, hvor det ligger naturlig å vise omsorg og forståelse for andre mennesker. Det kan derfor tenkes at sykepleieren evner å ha sympati og medfølelse for pasienten, uten å kjenne hans personlighet og identitet. Dette kan også relateres til pasienter med ruslidelser. Det kan tenkes at sykepleierne har medfølelse og sympati for denne pasientgruppen, men grunnet manglende forståelse og kunnskap minimerer de samspillet med pasientene. Selv om det ikke er sykepleierens intensjon, kan dette oppleves som manglende sympati og medfølelse, og kan således påvirke pasientens opplevelse av verdighet.

Ifølge Travelbee, er et menneske-til-menneske-forhold virkemiddelet for at sykepleieren skal kunne oppnå sine mål. Målet er å hjelpe et menneske med å forebygge eller mestre sykdom og lidelse, og å finne mening i disse erfaringene. Et viktig element i etableringen av et menneske-til-menneske-forhold er at en ikke ser hverandre som generelle roller, noe ”sykepleier” og ”pasient” er (Travelbee, 1999). Dette kan sees på ulike måter, og en kan stille seg kritisk til nødvendigheten av å se forbi rollene. Det kan tenkes at sykepleieren kan oppnå sine mål, og se pasienten som unik, uten å nødvendigvis se forbi ”sykepleier” og ”pasient” rollene. Om sykepleieren ser på den rusavhengige pasient som en ”rolle” men også evner å se

han som et individ med unike behov, vil dette antakelig være tilstrekkelig for å oppnå en god relasjon og ivareta pasientens verdighet.

5.3 En emosjonelt ladd relasjon

Som nevnt gir ikke abstinenssymptomer bare fysiske, men også psykiske symptomer.

Psykiske abstinenssymptomer som kan oppstå er blant annet vrangforestillinger, hallusinasjoner, uro, rastløshet og plutselige aggresjonsutbrudd (Skjøtskift, 2018, s. 103-106). Når pasienter med ruslidelser er innlagt har de normalt ikke tilgang til de rusmidlene de er avhengig av. Det kan føre til abstinenssymptomer (Monks et al., 2012). Pasientene i studien ”The dissonant care management of illicit drug users in medical wards, the views of nurses and patients: a grounded theory study” rapporterte å bli svært misfornøyd når abstinenssymptomene ikke ble håndtert effektivt. Denne misnøyen eskalerte i mange tilfeller til ukontrollert aggresjon mot sykepleierne. I slike tilfeller vil det være fundamentalt å ”se” pasienten og hans behov, slik at abstinenssymptomene blir håndtert effektivt. Det vil også være viktig å gi vedkommende tilstrekkelig informasjon om abstinenser som kan oppstå, slik at han er forberedt på dette og kan utrykke sine behov på en tydelig måte. Dette vil ikke bare skape en bedre relasjon, men er også svært viktige faktorer for å fremme pasientens verdighet.

I den samme studie kom det frem at interaksjoner med pasienter med ruslidelser ofte var følelsesmessige ladet, og preget av en gjensidig følelse av mistillit. Dette påvirket sykepleierne i den grad at de minimerte samspillet med denne pasientgruppen. Pasientene i studien oppfattet dette, og reagerte med å bli stadig mer fiendtlig. Konsekvensen av den gjensidige mistilliten var en eskalering av negativ oppførsel, noe som i noen tilfeller endte i konflikt. Konflikten involverte verbalt eller fysisk overgrep, rettet mot sykepleierne og annet helsepersonell (Monks et al., 2012). Det fører til en ond sirkel hvor sykepleieren minimerer samspillet, pasienten reagerer med negativ atferd, og sykepleieren minimerer samspillet ytterligere. Dette understreker viktigheten av at sykepleieren har kunnskap om ruslidelser, og er kjent med adferdsmønsteret til rusavhengige pasienter i ulike situasjoner. Ved økt kunnskap, kan en unngå at samspillet blir minimert og en får en større forståelse for pasientens behov. Det kan være en avgjørende faktor for at pasientens verdighet blir ivaretatt under innleggelse.

Litteraturen i forståelsesgrunnlaget bekrefter at interaksjoner mellom sykepleier og pasient er følelsesmessig ladet. Lossius (2017) hevder at pasient og sykepleier påvirker hverandre emosjonelt, ved at en utvikler sterke negative eller positive følelser overfor pasientene sine.

De negative følelsene blir ofte vekket i personalet hvis pasienten er aggressiv eller avisende (Lossius, 2017, s. 31-32). Om en ser dette opp mot funnene i studien til Monks et al. (2012) ser det ut til at det vekkes negative følelser hos sykepleierne grunnet den gjensidige mistilliten, som fører til en fiendtlig atferd fra pasientens side. Dette vil for sykepleieren, kunne bekrefte de stigmatiserende holdningene som mange har mot denne pasientgruppen. I slike tilfeller kan det være utfordrende å skape en nær relasjon. Det kan ha konsekvenser for pasientens opplevelse av verdighet, da nære relasjoner er viktig for å føle seg verdsatt. Pasientene som vekket negative følelser hos personalet avsluttet ofte behandlingen før tiden, noe som kan føre til at mange pasienter med rusavhengighet opplever en mindre optimal helsetjeneste (Lossius, 2017, s. 31-32).

Om en ser pasienter som uttrykker negativ atferd opp mot den hermeneutiske og fenomenologiske forståelsen, må en se på hvordan sykepleieren forstår pasientens atferd. En må også se på hvordan pasienten opplever og erfarer situasjonen. Sykepleierne i studien til Boekel et al. (2013) beskrev omsorg for pasienter med ruslidelser som emosjonelt utfordrende og potensielt utrygt. Denne pasientgruppen ble ofte oppfattet som manipulerende, aggressiv, uhøflig og dårlig motivert. På bakgrunn av denne studien kan det se ut som at sykepleierne tolket atferden til den rusavhengige pasient som truende, ettersom de opplevde omsorgsytelsene som potensiell utrygg. Dette kan ha vært en av årsakene til at helsepersonell brukte mindre tid på, og hadde en mer unngående atferd til rusavhengige pasienter. I Boekel et al. (2013) hevdet sykepleierne at pasienter med ruslidelser hadde en rekke egenskaper som kan kategoriseres som negative, eller ”mindre tiltrekkende”. Samtidig hevder Travelbee (1999) at de menneskene en finner minst ”tiltrekkende”, ofte er dem som har størst behov for anerkjennelse. Dette kan relateres til pasienter med ruslidelser, da det er en pasientgruppe som ofte har et stort behov for anerkjennelse, men samtidig kan ha egenskaper som kan oppfattes som ”mindre tiltrekkende”.

Sykepleierne opplevde, i mange tilfeller, en uforutsigbar atferd fra pasienter med ruslidelser. Dette fikk dem til å føle seg bekymret i interaksjoner med denne pasientgruppen. Den uforutsigbare atferden eskalerte i noen tilfeller til konflikter og vold. I slike situasjoner rapporterte sykepleierne å føle seg maktesløse (Monks et al., 2012). Pasientenes uforutsigbare atferd kan føre til mangelfull forståelse for hans atferd og tanker.

Samtidig viser funnene i artikkelen til Boekel et al. (2013) at pasientene opplevde at sykepleierne minimerte samspeilet med dem. Dette førte til at de ble stadig mer fiendtlig mot

sykepleierne. Rusavhengige pasienter er en ekstra sårbar pasientgruppe, som ofte har et behov for bekreftelse og annerkjennelse fra sykepleierne. Ved å bruke mindre tid på pasienter med rusavhengighet vil det være vanskelig å oppnå en god relasjon og pasienten kan oppleve å ikke få tilstrekkelig med informasjon og omsorg. Pasienten kan få en følelse av å være mindre verdsatt enn andre pasienter, og det er da en vesentlig fare for at verdigheten blir krenket.

Pasientene i studien til Baillie (2009) understrekte viktigheten av helsepersonellens fremtoning i forhold til deres opplevelse av verdighet. Interaksjonene med de ansatte opplevdes svært betydningsfullt for pasienten. Samtidig viser funnene i studien at bare et fåtall av de ansatte påpekte at interaksjonene mellom sykepleier og pasient, kunne true pasientens verdighet. En beskrivende fenomenologi handler om å forstå andre menneskers tanker, følelser og atferd (Dalland, 2017, s. 45-47). I denne situasjonen kan det se ut som at sykepleierne ikke fullkommet har forstått pasientens tanker og følelser. Det vil være vanskelig å ivareta pasientens verdighet, om en ikke har samme forståelse av hva som kan true pasientens verdighet. Dette understreker viktigheten av å kjenne pasienten og hans behov, og å kunne forstå hans tanker og følelser.

Teorien til Travelbee er også preget av en hermeneutisk forståelse, med fokus på å forstå sykepleier og pasient. Dette kommer tydelig frem i delen av teorien som omhandler et menneske-til-menneske-forhold. Ifølge Travelbee (1999) er det avgjørende å danne et menneske-til-menneske-forhold for å kunne oppnå sykepleierens mål. For å kunne danne et slikt forhold er en avhengig av at en går gjennom de fire fasene: det innledende møte, fremvekst av identitet, empati og sympati og medfølelse. Selv om en kan være kritisk til viktigheten av å gå gjennom disse fasene, understreker fasene likevel Travelbees tanke om å ”se” pasienten, og den hermeneutiske forståelsen kommer til syne.

6.0 Konklusjon

Hensikten med oppgaven var å belyse viktigheten av verdighet for en sårbar pasientgruppe. Problemstillingen var som følger:

”Hvilken betydning har verdighet for den rusavhengige pasient, innlagt på somatisk sykehus?”

For å svare på problemstillingen har denne pasientgruppen et større behov for annerkjennelse og følelse av verdi, grunnet deres livssituasjon som ofte gjør dem mer sårbare. Som sykepleier vil det være svært viktig å være bevisst i sine handlinger, slik at en kan fremme følelsen av

verdighet. Viktige faktorer for pasientens opplevelse av verdighet er informasjon, vennlighet, respekt og gode relasjoner til de ansatte. I ytterste konsekvens kan sykepleiernes stigmatiserende holdninger føre til at pasienter med ruslidelser opplever å få sin verdighet krenket, under innleggelse på somatisk sykehus. Opplevelsen av verdighet er en viktig faktor for at pasienter med ruslidelser skal fullføre behandlingen.

Travelbees teori er preget av en hermeneutisk forståelse, hvor viktigheten av å "se" pasienten kommer til syne. I oppgaven ble det sett kritisk på viktigheten av å danne et menneske-til-menneske-forhold. Er det avgjørende å danne et menneske-til-menneske-forhold for å oppnå en reell kontakt, og fremme pasientens verdighet? I oppgaven kommer det frem at sykepleieren kan evne å oppnå en god relasjon, uten å først gå gjennom de ulike fasene. Å "se" pasienten og oppnå en reell kontakt vil likevel være viktig for ivaretagelse av pasientens verdighet. Travelbees teori kan derfor brukes som et virkemiddel som gjør en bevisst i samhandling med pasienter.

Ut i fra litteratur og forskning kan en se at litteraturen ikke stemmer overens med funnene i forskningsartiklene, som belyser praksis. Mens litteraturen påpeker at alle mennesker har en verdi, og at det er ventet at alle pasienter blir møtt med verdighet er dette motstridende til funnene fra praksis. Forskningsartiklene viser at sykepleiere i stor grad har negative og stigmatiserende holdninger til pasienter med rusavhengighet. Det gjør at de blir sett på som mindre verdige mottakere av omsorgsytelse. Dette ble påpekt av pasientene i flere tilfeller, og det påvirket deres atferd i en negativ retning. Pasientens atferd bekreftet sykepleierens stigmatiserende holdninger, og det påvirket relasjonen mellom dem.

Forskningsartiklene fant også at sykepleiere med mer erfaring med pasienter med ruslidelser hadde en mer positiv framtoning til dem. De mestret i større grad å se pasientene som "mennesker" ikke som "rusavhengige". Det førte til en ikke-dømmende omsorg og støtte, noe som påvirket relasjonen i en positiv retning. Dette understreker viktigheten av erfaring og kunnskap rundt pasienter med ruslidelser, da det kan se ut som økt kunnskap har en positiv innvirkning på relasjonen mellom sykepleier og pasient.

Det er viktig at pasienter med ruslidelser blir tatt på alvor, slik at vi ikke får en "gi opp" kultur, med en "glemt" pasientgruppe. Det vil være uetisk å rangere noen som mer verdige omsorgsmottakere enn andre. Negative holdninger til rusavhengige kommer i mange tilfeller til syne i befolkningen, men dette må på ingen måte gjenspeiles i helsevesenet. Sykepleierne må kunne peke mot en livsstilsendring og motivere til et liv uten rus, samtidig som de får den

behandlingen de trenger. Det vil da være avgjørende at sykepleieren ikke lar stigmatiserende holdninger påvirke relasjonen til pasientene.

En forbedret praksis vil være med på å øke bevisstheten til sykepleiernes holdninger, og hvordan deres holdninger kan påvirke pasienters opplevelse av verdighet. Hva som fremmer en pasients verdighet varierer fra pasient til pasient. Dette understreker viktigheten av sykepleiernes evne til å lære pasienter å kjenne.

7.0 Perspektivering – veien videre

Basert på denne oppgaven og studiene den sammenfatter kan en se at økt kunnskap blant sykepleiere påvirker omsorgsyttelsen til rusavhengige pasienter. I hvilken grad bør dette gjenspeile utdanningen av norske sykepleiere?

Som nevnt i innledningen, påpeker to store norsk utgivelser den store kunnskapsmangelen ovenfor pasienter med ruslidelser (Den Norske legemiddelforening, 2015; Statens institutt for rusmiddelforskning, 2015). Det er således belegg for å hevde at dette bør være en større del av sykepleierutdannelsen. Vi kan ikke ha informasjon om at det mangler kunnskap uten å sette i verk tiltak for å øke kompetansen blant helsepersonell. Om en skal gjøre noe med kunnskapsnivået må det gjøres på en arena hvor en når ut til mange. Sykepleierutdanningen er et eksempel på en slik arena.

Det er kanskje vanskelig for dem som styrer utdanningen å legitimere at det aktuelle temaet skal blir en større del av utdanningen, når det er manglende nasjonal forskning på området. Det vil derfor være gunstig med mer og god nasjonal forskning. Med evidensbasert nasjonal forskning vil det med stor sannsynlighet også bli et større tema i utdannelsen for helsepersonell.

Om en sammenligner fagplanene til VID Bergen for bachelor i sykepleie, ser en at rus har fått en mye større plass de siste årene. I fagplanen for 2014/2015 finner en to treff på begrepet ”rus”. I fagplanen for 2018/2019 får en derimot 18 treff på ”rus”. Det ser ut som sykepleieutdanningen stadig tar mer ansvar for å øke kunnskapen rundt ruslidelser, noe som er gledelig å se. Likevel er det enda en vei å gå for å optimalisere samspillet med denne pasientgruppen, i somatisk sykehus.

8.0 Litteraturliste

Baillie, L. (2009). Patient dignity in an acute hospital setting: A case study. *International journal of nursing studies*, 46(1), 23-37. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.08.003>

Boekel, L. C. Van., Brouwers, E. P. M., Weeghel, J. Van. & Garresten, H. F. L. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 131(1/2), 23-35. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018>

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6.utg). Oslo: Gyldendal.

Den norske legemiddelforening. (innspillsrapport 2015). *Et fullverdig liv. Rus og psykisk helse – bedre hjelp til de sykeste*. Hentet fra https://legeforeningen.no/PageFiles/216403/Innspillsrapport%20-%20et%20fullverdig%20liv.pdf?fbclid=IwAR0X05XfvDymf-KbYySDc0jURleBsq66dgAcU1wh_rvwOieoWnOnhCYbnS0#page37

Fekjær, H. O. (2006). Skam ved rus- og spilleproblemer. I P. Gulbrandsen, P. Fugelli, G. H. Stang, & B. Wilmar (Red.), *Skam i det medisinske rom* (s.177 -189). Oslo: Gyldendal akademisk.

Forsberg, C. & Wengstrøm, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier* (2. utg.). Stockholm: Forfatterna och Bokforlaget Natur och Kultur.

Harald V (2008). Nyttårstalen 2008: H. M. Kongens nyttårstale 2008. Hentet fra <https://www.kongehuset.no/tale.html?tid=74838&scope=0>

Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser: Sammensatte tjenester – samtidig behandling*. (IS-1948). Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/188/Nasjonal-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser-IS-1948.pdf>

Jellestad, K. F. (2017). I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling* (2. utg., s. 75-88). Oslo: Gyldendal akademiske.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (3. utg., b. 3, s. 15-80). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kronholm, K. (2017). I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling* (2 utg., s. 169-193). Oslo: Gyldendal akademiske.

Lossius, K. (2017). *Håndbok i rusbehandling* (2. utg). Oslo: Gyldendal akademiske.

Malt, U. (2017). Stigmatisering. I *Store Norske leksikon*. Hentet 19. Februar 2019 fra <https://snl.no/stigmatisering>.

Monks, R., Topping, A. & Newell, R. (2012). The dissonant care management of illicit drug users in medical wards, the view of nurses and patients: a grounded theory study. *Journal of advanced nursing*, 69(4), 935-946. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06088.x>

Norsk sykepleierforbund. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

Schei, E. (2006). Skam i pasientrollen. I P. Gulbrandsen, P. Fugelli, G. H. Stang, & B. Wilmar (Red.), *Skam i det medisinske rom* (s.15 - 30). Oslo: Gyldendal akademisk.

Skjøtskift, S. (2018). Rusmidlenes virkninger og skadevirkninger. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (s. 90-112). Oslo: Cappelen Damm AS.

Statens institutt for rusmiddelforskning. (2015). *Rusmidler i Norge 2015*. Hentet fra https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2015/rusmidler_i_norge2015.pdf?fbclid=IwAR2PAkolGhpvIox0X6qDaOgjqzFi9bcQoM2Bo0aigsyweTBdStDuN8LBIaw

Skærbæk, E. & Lillemoen, L. (Red.). (2013). *Verdi og verdighet. Etikk i praksis*. Oslo: Cappelen Damm AS.

Svartdal, F. (2018). Fagfelle vurdering. I *Store Norske leksikon*. Hentet 14. Mars 2019 fra <https://snl.no/fagfelle vurdering>.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.

Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.

Ytrehus, S. (2018). Familiens situasjon. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2. utg., s. 215 - 233). Oslo: Cappelen Damm.

A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V Q