

Sykepleie, rusmisbruk og holdninger

Hvordan påvirker sykepleierens holdninger behandlingen av rusmisbrukere under opphold på medisinske avdelinger i sykehus?

Kandidatnummer: 313

VID vitenskapelige høgskole Diakonhjemmet

Bacheloroppgave

Bachelor i Sykepleie

Kull: 13 sykdel

Antall ord: 10 021

29. September 2016

# Sammendrag

## **Problemstilling**

Hvordan påvirker sykepleierens holdninger behandlingen av rusmisbrukere under opphold på medisinske avdelinger i sykehus?

## **Innledning**

Gjennom arbeid i rusomsorgen ble det klart for meg at rusmisbrukere ofte føler seg dårlig behandlet i møte med helsesektoren. Dette fikk meg til å lure på hvilke holdninger sykepleiere ved medisinske avdelinger i sykehus har i forhold til rusmisbrukere som pasienter, og hvordan holdningene påvirker behandlingen rusmisbrukerne mottar.

## **Metode**

Prinsipper for strukturert litteratursøk ble benyttet for å innhente forskning. Noen nøkkelord i søkeprosessen var: sykepleie, rusmisbruker, holdninger, sykehus, illegalt rusmisbruk, stigma, diskriminering. Fire forskningsartikler ble inkludert på bakgrunn av bestemte inkluderingskriterier og relevans.

## **Resultat**

Forskningen viser at sykepleiere ofte har negative holdninger i møte med rusmisbrukere som pasienter. Noen unntak ble identifisert. Relevant utdanning og erfaring påvirket holdninger på en positiv måte. Negative holdninger hadde på flere områder negativ innvirkning på den konkrete behandlingen pasientene mottok.

## Summary

### **Topic question**

How does nurses attitude effect the treatment drug abusers receive when hospitalized in a medical ward?

### **Background**

Through my personal work in the drug related care sector, I've experienced a general mistrust in the healthcare sector by drug abusers. This made me wonder what attitudes dominated, amongst nurses working in medical wards in hospitals, towards drug abusers as patients. Moreover, I wondered how these attitudes would effect the treatment theses patients received.

### **Method**

Principals for a structured literature study has been applied to gather research. Some key-words used were: Nurses, drug abuser, attitudes, hospital, illicit drug abuse, stigma, discrimination. Four research articles were included on the basis of relevance and matching some already set criteria.

### **Result**

According to the research, nurses in general had negative attitudes towards drug abusers in a patient role. Some exceptions were identified. Relevant specialization and personal experience were found to effect attitudes in a positive way. Negative attitudes were found to influence the treatment the patient received in a negative way.

# Innholdsfortegnelse

<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>2</b>
<b>SUMMARY</b> .....	<b>3</b>
<b>1 INNLEDNING</b> .....	<b>5</b>
1.1 RELEVANS OG SYKEPLEIE.....	5
1.2 BAKGRUNN FOR VALG AV OPPGAVE.....	6
1.3 AVGRENSNING.....	6
1.4 PROBLEMSTILLING .....	7
1.5 BEGREPSAVKLARING.....	7
1.6 DISPOSISJON.....	8
<b>2 TEORIDEL</b> .....	<b>9</b>
2.1 RUS OG RUSMISBRUK.....	9
2.1.1 <i>Rusmisbruk</i> .....	9
2.1.2 <i>Rusmidler</i> .....	10
2.1.3 <i>Kokain og Amfetamin</i> .....	10
2.1.4 <i>Opioider</i> .....	11
2.2 HJERNEN OG RUSAVHENGIGHET .....	11
2.2.1 <i>Avhengighet</i> .....	12
2.3 LOVVERK OG ETIKK .....	13
2.4 SYKEPLEIERTEORETISK BAKGRUNN.....	14
2.4.1 <i>Joyce Travelbee</i> .....	14
2.5 KOMMUNIKASJON.....	16
2.5.1 <i>Nonverbal kommunikasjon</i> .....	16
<b>3 METODE</b> .....	<b>17</b>
3.1 VALG AV METODE.....	18
3.2 INKLUDERINGS- OG EKSKLUDERINGSKRITERIER .....	18
3.3 FREMGANGSMÅTE .....	18
3.4 KILDEKRITIKK .....	19
3.5 ETIKK.....	20
<b>4 FUNN</b> .....	<b>21</b>
4.1.1 <i>Artikkel 1:</i> .....	21
4.1.2 <i>Artikkel 2</i> .....	22
4.1.3 <i>Artikkel 3</i> .....	23
4.1.4 <i>Artikkel 4</i> .....	24
<b>5 DISKUSJON</b> .....	<b>26</b>
5.1 HOLDNINGER.....	26
5.2 HVA ER SYKEPLEIERENS ROLLE? .....	27
5.3 BEHANDLING I PRAKSIS .....	29
<b>6 KONKLUSJON</b> .....	<b>32</b>
<b>LITTERATURLISTE</b> .....	<b>33</b>
<b>VEDLEGG</b> .....	<b>36</b>
ARTIKKELFUNN.....	36

# 1 Innledning

## 1.1 Relevans og sykepleie

Senest i september i år (2016) kunne NRK rapportere om en rusmisbruker som døde av underernæring. Fylkeslegen har i den sammenheng uttalt at mannen ikke mottok forsvarlig helsehjelp (NRK 2016). Selv om det ikke kommer klart frem i artikkelen hvorfor mannen ikke fikk den helsehjelpen han trengte, kan man jo stille spørsmålsteget ved dødsfallet. I en undersøkelse utført av Europeisk overvåkingscenter for narkotika og narkotikamisbruk (EMCDDA) fremkommer det at det i Norge forekommer flest overdoser sammenlignet med andre land i Norden, og Norge ligger som nummer to pr. innbygger sammenlignet med Europa (EMCDDA 2014:78). Den samme rapporten sier også at, spesielt rusmisbruker som injiserer, er i stor fare for å bli smittet med HIV/AIDS og andre infeksjonssykdommer. Videre viser en undersøkelse utført av Sandøy for SIRIUS at aldersgruppen 25-34 år skiller seg ut ved at de både benytter seg av cannabis og andre narkotiske stoffer oftere enn de andre aldersgruppene i undersøkelsen (Sandøy 2015:41-42). Videre kan Den norske legeforening rapportere om at det i Norge er mellom 11 000 og 15 000 aktive sprøytemisbrukere. Mellom 0,25 og 0,50 % av befolkningen mellom 15 og 25 år også står i fare for å utvikle et invalidiserende rusmisbruk (Høie og Sletnes 2006:5). Det faktum at det i Norge forekommer flest overdoser i Norden, sett i sammenheng med at relativt unge mennesker gjerne benytter seg av narkotika er bekymringsverdig. Regjeringen sier også i sine målsetninger for rus og psykiatri at rus er et satsningsområdet, både med tanke på behandling og forebygging (Regjeringen 2015). Personer som hyppig bruker illegale rusmidler som heroin og amfetamin er også i en risikosone for å pådra seg helseplager. Risikoatferd, kombinert med livsførsel kan påvirke helsen. Spesielt kan hyppig langvarig bruk av heroin ha store konsekvenser. I tillegg til risiko relatert til injisering er helsen generelt dårlig. Infeksjonssykdommer, dårlig tannstatus, dårlig ernæringsstatus og økt dødelighet dominerer helsebilde vedrørende denne gruppen (Høie og Sletnes 2006:11). I grove trekk kan vi oppsummere med at rusmisbruk er relativt utbredt i Norge. Vi vet også at bruk av rusmidler, spesielt heroin, medfører en helserisiko. Dette er en gruppe mennesker som trenger helsehjelp, og er å se i somatiske avdelinger.

Fra et sykepleieperspektiv kan man si at Norges sykepleierforenings yrkesetiske retningslinjer sier blant annet at ”Sykepleieren bidrar aktivt for å imøtekomme sårbare gruppers særskilte behov for helse- og omsorgstjenester” (NSF 2011:11). Rusmisbrukere faller i aller høyeste grad inn under sårbare grupper. Det er derfor helt klart en sykepleieroppgave å tilse at rusmisbrukere mottar helsetjenester på en måte som er tilrettelagt for pasientens spesifikke behov.

## 1.2 Bakgrunn for valg av oppgave

Bakgrunnen for valg av tematikk baserer seg primært på personlige opplevelser i løpet av studietiden min. Jeg var heldig nok til å ha praksis ved en bolig for rusmisbrukere, som jeg senere fikk deltidsjobb ved. Beboerne disponerer egne leiligheter, gjerne over flere år og alle er i aktiv rus. Jeg opplevde det som ekstremt interessant og givende å få jobbe med denne pasientgruppen, men en av de tingene som har festet seg ved meg er en generell motvilje til å dra til fastlege eller oppsøke annet helsepersonell. Jeg oppfatter at beboerne her generelt har lite tiltro til helsesektoren, og flere har begrunnet dette med at de ved tidligere møter opplevde å ikke bli tatt på alvor. Helsetilstanden blant beboerne er vekslende og mange har et reelt behov for tett oppfølging av helsepersonell, men utsetter dette i det lengste eller nekter. Jeg opplevde også at en beboer kom tilbake fra besøk på legevakten hvor de ikke hadde tatt smerteproblematikk på alvor. ”De ser meg bare som en jævla junkie” var svaret ved spørsmål på hva som gikk galt.

Da jeg med mine egne øyne har sett hvor hardt mange som inkluderes i gruppen rusmisbrukere lever, ser jeg også at denne gruppen har et stort behov for helsetjenester. Jeg ønsker derfor å undersøke hvilke holdninger sykepleiere har i forhold til å jobbe med denne pasientgruppen. Ved det aktuelle arbeidsstedet opplevde jeg generelt at beboerne, rusmisbrukerne, ble møtt med gode holdninger og forståelse. Allikevel uttalte beboerne at de til tider følte seg dårlig behandlet av personalet internt, i tillegg til den tidligere benevnte generelle mistroen til helsesektoren. Det fikk meg til å lure på om dette var reelt. Hvordan er egentlig sykepleiernes holdninger ovenfor rusmisbrukere? Hva har disse holdningene å si for behandlingen rusmisbrukerne får i praksis?

## 1.3 Avgrensning

Formålet med denne oppgaven er å undersøke hvilke holdninger som er dominerende blant sykepleiere i forhold til rusmisbrukere som pasientgruppe. Videre tar jeg sikte på å undersøke hva holdninger har å si for den behandlingen (både medisinsk og generelt) rusmisbrukere mottar. Jeg tar i oppgaven utgangspunkt i rusmisbrukere som primært misbruker illegale rusmidler, innlagt ved somatiske avdelinger i sykehus. Grunnlaget for dette er at jeg vil undersøke hvordan holdningene fremstår hos personell som ikke er spesialisert på rusmisbruk. Dobbeldiagnoser, såkalt ROP-lidelse vil ikke bli diskutert i denne oppgaven. Videre avgrenser jeg oppgaven til å handle om rusmisbrukere over 18 år, men skiller ikke mellom kjønn.

## 1.4 Problemstilling

På bakgrunn av dette er problemstillingen min som følger:

*Hvordan påvirker sykepleierens holdninger behandlingen av rusmisbrukere under opphold på medisinske avdelinger i sykehus?*

## 1.5 Begrepsavklaring

**Sykepleier** – Ifølge Travelbee er en sykepleier først og fremst et menneske. Det som skiller en sykepleier fra et hvilket som helst annet menneske er den utdanningen og de ferdighetene sykepleieren sitter på. Den kunnskapen sykepleieren sitter på skal benyttes til å hjelpe andre mennesker til å forebygge sykdom, gjenvinne helse, finne mening i lidelse eller opprettholde en best mulig helsetilstand, innenfor et klart avgrensede områder med et juridisk ansvar for sine handlinger (Travelbee 2012:72).

**Stigmatisering** – Er i følge det store norske leksikon: ”I overført betydning det å merke noen negativt i sosial sammenheng; f.eks. stigmatisering av en minoritetsgruppe ved å hevde at gruppen generelt har spesielt dårlige egenskaper, er upålitelige og lignende” (Malt 2014). I denne oppgaven er det en passende definisjon. Begrepet *stigma* vil bli brukt for å beskrive en situasjon der man opplever at motparten har plassert deg i en kategori, med tilhørende negative merkelapper.

**Holdninger** –

”Holdning, innstilling, i sosialpsykologien betegnelse for vedvarende beredskap til å reagere positivt eller negativt overfor spesielle objekter, ideer og verdier. Holdninger kommer til uttrykk gjennom oppfatninger og meningsytringer, som følelsesmessige reaksjoner, og i handlinger. De kan være basert på kunnskap eller være ervervet gjennom erfaringer, men er ofte overtatt relativt ureflektert fra foreldre, venner og andre grupper man har valgt å identifisere seg med” (Teigen 2012).

I denne oppgaven kan man se holdninger i sammenheng med stigmatisering. Forskjellen her er at i at der stigmatisering blir et negativt begrep, kan holdninger både være positive og negative. Det kommer helt an på hvilke erfaringer, kunnskap og meninger man sitter med. Holdninger kan være mer eller mindre berettiget, men det viktige i denne oppgaven er at man kan inneha både positive og negative holdninger. Det interessante her blir da å se om holdninger av forskjellig natur har forskjellig effekt i behandlingen av pasienten.

**Rusavhengighet** - Jeg har i denne oppgaven bevisst valgt å bruke begrepet *rusmisbruker*. Grunnen til dette er at ifølge ICD-10 skiller vi mellom skadelig og avhengig brukermønster når det diagnostiseres rusrelaterte sykdommer. Med skadelig bruk menes bruk som medfører alvorlige fysiske og psykiske skader (Lossius, 2012:26). På den måten kan rusmisbruk forstås som *skadelig bruk*, og *rusmisbrukere* blir da individer med et skadelig bruksmønster.

**Avhengighet** – Avhengighet kan defineres som ”(..)gjentatt, tvangsmessig inntak eller bruk på tross av negative konsekvenser på brukerens helse, yrke og sosiale liv” (Jellestad 2012:75).

**Verdighet** – I følge menneskerettighetserklæringen er *verdighet* noe mennesker har i seg. Man har en iboende, ukrenkelig verdighet på bakgrunn av at man er et menneske (FN 1948). På den måten kan verdighet sees på som den verdien du har fordi du er et menneske. Samtidig er verdighet en bekreftelse på vår egenverd, en respektfull annerkjennelse av hvem vi er og vårt liv (Aakre 2011).

**Behandling** – Behandling er et relativt vidt begrep. Begrepet har fått en ganske sentral plass i denne oppgaven grunnet den vide betydningen. Et av poengene i denne oppgaven er at man som sykepleier har et vidt ansvarsområde. Man administrerer for eksempel en medisinsk behandling til en pasient. Men vi behandler også pasienter på andre måter. Hvordan vi oppfører oss i møte med pasienten er også en del av behandlingen. Da problemstillingen i denne oppgaven er å undersøke hvordan holdninger påvirker *behandlingen* av rusmisbrukere som pasienter er jeg interessert i mer enn hvordan den medisinske behandlingen blir utført. Har holdninger eksempelvis noe å si for måten sykepleieren behandler rusmisbrukeren på som et menneske.

## 1.6 Disposisjon

Jeg har innledningsvis i denne oppgave lagt til grunn mitt personlige engasjement for denne tematikken. Problemstillingen er blitt redegjort for og definert. Videre inneholder denne oppgaven seks kapitler. I tillegg til innledningen er det et teorigapittel, et metodekapittel og et kapittel med funn, før en diskusjonsdel og deretter følger konklusjonen.

Oppgaven er strukturert slik at det i starten av hvert kapittel er skrevet en innledning til hva kapitlet tar for seg. I teorigapitlet har jeg brukt et utvalg av relevant litteratur, for å belyse tematikken. Jeg har i metodekapitlet beskrevet prosessen bak funnene, som blir presentert i et eget kapittel. Jeg vil i diskusjonsdelen se teori og funn opp mot hverandre og diskutere tematikken i lys av problemstillingen. Til slutt følger en oppsummerende konklusjon.



## 2 Teoridel

I dette kapittelet skal jeg ta for meg teorigrunnet. Målet med denne delen av oppgaven er å belyse tematikken i oppgaven ved hjelp av utvalgt litteratur. Forskjellige aspekter ved rusmisbruk og rus, kommunikasjon, etikk, menneskerettigheter og sykepleieteoretikere vil bli benyttet i håp om å gi leseren en god forståelse av tematikken i oppgaven.

### 2.1 Rus og rusmisbruk

Jeg vil her se rusmisbruk i en historisk sammenheng og gi en innføring i rusmidler og avhengighet.

#### 2.1.1 Rusmisbruk

I en historisk sammenheng sier Skutle og Haga at cannabis var det første illegale rusmiddelet som for alvor ble presentert på det norske markedet. Dette skjedde på midten av 1960-tallet. Utover 70-tallet ble hallusinogener introdusert, primært ved LSD, men også i form av sentralstimulerende stoffer som amfetamin. Amfetamin etablerte seg for alvor og har siden hatt en stabil og relativt stor utbredelse blant rusmiljøer. Heroin, som er det mest utbredte rusmiddelet i tunge rusmiljøer, fikk inntog i starten av 1990-tallet. I det samme tiåret ble også såkalte ”designerdrugs” og partydop inntog på markedet, og ble spesielt populære i ungdomsmiljøer (Skutle og Haga 2012:357).

Mer relevant for denne oppgaven er kanskje at også holdninger til mennesker med rusmiddelproblematikk og forståelsen av rusmiddelproblematikken har endret seg gjennom årene. Skutle og Haga skriver at man fra 1800-tallet og helt frem til andre verdenskrig anså rusmisbrukere for å være umoralske mennesker, de var sosiale avvikere. På 50 og 60-tallet endret dette synet seg og man anså da rusmidlene som gift, som igjen førte til sykdom. Fjernet man giften, fjernet man også sykdommen. Synet på genetikk fikk også plass og problemet ble ansett som arvelig betinget. Behandlingen ble gjennomgått ved innleggelse i sykehus. Utover 1970- og 80-tallet ble dette synet utfordret. Psykologer mente at rusavhengighet i stor grad var et atferdssyndrom. Den rusavhengige var derfor ikke et offer, men det å ruse seg ble ansett som selvvalgt. Nytelse av rus i samspill med miljørelaterte faktorer ble sett på som avgjørende. Et mer sosialpsykologisk og humanistisk forståelse steg frem og total rusfrihet var ikke det eneste målet. På 1990-tallet begynte de biologiske og hjerneorganiske faktorene å bli vektlagt. Termer som *toleranse* og *abstinenser* ble introdusert, og man forsto i økende grad de fysiologiske virkningene rusmidlene har på kroppen. Dette har også vært toneangivende for den

nåværende forståelsen av rusavhengighet. Det er nå bred faglig enighet om at grunnene til rusmisbruk er sammensatte. Man kan si at man nå benytter seg av en *biopsykososial forståelsesmodell* (Skutle og Haga 2012:361-362).

### 2.1.2 Rusmidler

Man kan i all hovedsak dele rusmidler inn i 3 hovedgrupper. Man snakker da om rusmidler med dempende, stimulerende eller hallusinerende effekt. Et rusmiddel kan ha et eller flere av effektene, men de har alle noe til felles når det gjelder effekt rett etter inntak. Rusmidler gir en følelse av velvære, de svekker konsentrasjonen og hukommelsen, gir nedsatt kritisk samt økt impulsivitet (Folkehelseinstituttet 2015). Jeg vil nå gå nærmere inn på noen av de vanligste illegale rusmidlene.

### 2.1.3 Kokain og Amfetamin

De vanligste sentralstimulerende midlene er amfetamin, metamfetamin og kokain. Amfetamin og metamfetamin er kjemisk sett nært beslektet, og gir tilnærmet lik effekt. Generelt gir sentralstimulerende stoffer en oppkvikkende effekt. Illegal bruk av amfetamin økte markant på 90-tallet og en undersøkelse fra 2008 viser at om lag 2-2,5 % av ungdommer i Norge mellom 15 og 20 år oppga å ha prøvd dette rusmiddelet. Amfetamin ble blant annet delt ut blant soldater under andre verdenskrig, slik at de skulle holde seg våkne. Noen kjennetegn ved amfetaminrus er høyt stemningsleie, pratsomhet, våkenhet eller mangel på søvn og rastløshet og nervøsitet. Puls, respirasjon, blodtrykk og temperatur øker. Den stimulerende effekten på hjerte- og karsystemet gir økt sjanse for blant annet hjerneblødning, hjerteinfarkt og hjerterytmeforstyrrelser (Skutle og Haga 2012:368).

Sentralt i belønningssystemet står neurotransmitteren dopamin. Adferd som tradisjonelt sett har sikret vår overlevelse har også skilt ut dette stoffet. Dopamin er kjent for å gi en velbehagsfølelse. Etter at dopaminet har blitt skilt ut, blir det vanligvis reopptatt i nervecellen det kom fra som en slags resirkuleringsprosess. Ved bruk av amfetamin og kokain skjer ikke dette, da disse substansene hindrer reopptak, og øker mengden tilgjengelig dopamin i hjernen. Man har ved hjelp av bildeteknologi lært at disse stoffene aktiviserer andre deler av hjernen forbundet med belønningssystemet. Kokain hindrer også reopptak av to andre neurotransmittere, serotonin og noradrenalin. I tillegg til at disse stoffene stimulerer til økt produksjon av dopamin, sees noradrenalin på som viktig for våkenhet og stimulering av nervesystemet, mens

lavt nivå av serotonin sees i sammenheng med generell nedstemthet eller depresjon og påvirker humøret vårt. Begge stoffene er kjent for å være svært avhengighetsskapende (Jellestad 2012:77-80).

#### 2.1.4 Opioider

Opioider har en noe annen måte å fungere på. Det mest fremtredende ved denne gruppen er at de er ekstremt effektive smertedempere, samtidig som de er ditto avhengighetsskapende. Kroppen produserer naturlig stoffer fra samme gruppe, noe som medfører at kroppen har egne reseptorer for denne typen substanser. Her virker det som andre medlemmer av samme gruppe også kan koble seg til. I tillegg til den smertedempende effekten gir også opioider en lystoppelse. Mye tyder på at også disse stoffene fører til økt utskillelse av dopamin og påvirker belønningssystemet (Jellestad 2012:81).

Opiater er en samlebetegnelse av stoffer som binder seg til de tidligere benevnte opioidreseptorene. Heroin er den formen av dette stoffet som hyppigst brukes illegalt. I en spørreundersøkelse fra 2000-tallet angir 0,5-1% av befolkningen at de har brukt heroin. Det ble anslått at det var om lag 12 000 norske brukere av heroin som injiserer. Styrken på heroinen som er tilgjengelig på gata i Norge varierer veldig i styrke, noe som øker overdosefaren. Ved hyppig og langvarig bruk er misbrukere ofte preget av alvorlige fysiske (og/eller psykiske) plager, samt alvorlig funksjonssvikt i relasjon til samfunnet generelt, da spesielt arbeidsmessig. Sammenlignet med befolkningen er det blant kroniske brukere betydelig økt sykelighet og dødelighet (Skutle og Haga 2012:370-371).

## 2.2 Hjernen og rusavhengighet

For at en person skal kunne bli betegnet som rusmisbruker, vil det ligge en avhengighet til grunn. Personen er avhengig av *noe*, som i denne oppgaven da vil være illegale rusmidler. Ifølge Jellestad er det fellestrekk mellom alle typer avhengighet, i den form at det handler om å miste kontrollen over egen adferd i møte med substansen eller aktiviteten du har en avhengighet av. Det er det de samme hjerneområdene og nervebanene som aktiviseres, det såkalte belønningssystemet, om du bruker rusmidler eller for eksempel har sex eller gambler. Det at belønningssystemet har blitt aktivert av aktiviteter som å spise, ha sex og generell sosial interaksjon, har vært en faktor for overlevelse. Medikamenter og andre kjemiske stoffer kan påvirke lignende områder i hjernen linket med overlevelse og kan da også forklare hvorfor de er så vanskelige å slutte med, for eksempel, rusmidler (Jellestad 2012:75).

En av de mest fremtredende faktorene ved rusmisbruk over tid er at man utvikler toleranse. Det vil si at man trenger mer av et gitt stoff for å oppnå ønsket effekt. Grunnen til dette er at når nervene skal sende signaler til hverandre, såkalte *impulsoverføringer*, er en av de viktigste komponentene transmittersubstans og reseptorer. Reseptorer er som ”nøkkelhull” som kan starte prosessen, mens transmittersubstansen gjør det mulig å fortsette signalet til neste celle slik at nervesignalet kan fortsette og til slutt gi den beskjeden den skulle gi. Langvarig rusmisbruk kan skape ubalanse i mengde transmittersubstans og antall reseptorer tilgjengelig. Konsekvensen av disse nevralt endringen er at hjernen blir mindre sensitiv ovenfor rusmidlene, da kroppen aktivt forsøker å opprettholde en tilnærmet normal tilstand for å beskytte seg selv, *homeostatisk mekanisme* (Jellestad 2012:75-77).

### 2.2.1 Avhengighet

Ved et vedvarende rusbruk vil kroppen kompensere for å opprettholde balansen. Dette er bakgrunnen for økt toleranse, men forklarer også hvorfor man opplever abstinenser ved plutselig stopp i inntaket. Forenklet kan dette forklares med at kroppen har vent seg til det stoffet den fikk og da blir det uvant for kroppen når den *ikke* får tilgang på stoffet. Et eksempel er der heroin gir lykkerus, forstoppelse og avslappelse, blir abstinenssymptomene nedstemthet, diare og kramper. Med andre ord kan det i en slik situasjon være fristende å gjenoppta bruk av heroin grunnet stoffets positive sider. I tillegg vil dopaminmengden i hjernen være lavest rett etter seponering av stoffet (Jellestad 2012:81-82).

Man kan si at avhengighet har to sider. Det er det rent fysiske, som involverer en abstinensreaksjon. Men selv etter at abstinensperioden er over kan personer som tidligere har tatt rusmidler oppleve et sug, en lyst på rusmidler. Dette kan forklares ved at dopaminproduksjonen er nedsatt, men samtidig kan det også sees fra et psykisk perspektiv. Man kan se suget som en lært respons som baserer seg på de positive effektene ved rusmidlet, eller ved hukommelsesbilder fra omgivelsene. Disse hukommelsesbildene kan alene være nok til å fremkalle sug og føre til tilbakefall til rusen (Jellestad 2012:83).

Selv om avhengighet til rusmidler er et reelt, biologisk fenomen er det allikevel kun et fåtall av de som prøver rusmidler som utvikler avhengighet. Studier viser at langvarig rusmisbruk leder til nedsatt funksjon i deler av hjernen som er relatert til motivasjon, dømmekraft og hemming av spontan adferd. Spesielt barn og unge vil være utsatt for å utvikle rusavhengighet, da disse delene av hjernen ikke er ferdigutviklet før i 25-årsalderen. Antall ganger man prøver et rusmiddel har noe å si for utvikling av avhengighet. Økt grad av eksponering gir økt

sjanse for avhengighet. Videre har miljø- og sosialøkonomiske faktorer en rolle. I tillegg til dette spiller også genetik en stor rolle i utviklingen av avhengighet. På denne måten forklares den tidligere benevnte biopsykososiale forståelsesmodellen, som i dag er dominerende. Det finnes visse spesifikke gener som disponerer for avhengighet til både sentralstimulerende midler (kokain, amfetamin) og opiat. Man antar at genetisk disposisjon kan bidra med så mye som 50 % av sannsynligheten for å utvikle avhengighet, men man er helt i startfasen av å utforske dette emne (Jellestad 2012:83-84).

### 2.3 Lovverk og etikk

Som menneske må du forholde deg til visse rammer for å være en del av samfunnet. Det finnes både lovverk og regler som appellerer til samfunnet generelt. Jeg vil nå ta for meg et utvalg av lover, NSF's yrkesetiske retningslinjer samt menneskerettighetene og se disse i forhold til rusmisbrukere som pasienter.

Ifølge FN's *verdenserklæringen for menneskerettigheter* fremgår det at man har visse rettigheter utlukkende på bakgrunn av å være et menneske. Ved å være et menneske har du en iboende verdighet som gir deg de samme rettighetene uavhengig av "(...)rase, farge, kjønn, språk, religion, politisk eller annen oppfatning, nasjonal eller sosial opprinnelse, eiendom, fødsel eller annet forhold" (FN 1948). Jeg har her uthevet *annet forhold*. Av dette fremgår det at alle har samme rettigheter og ikke skal diskrimineres på bakgrunn av *hvem de er*. Videre sier menneskerettighetserklæringen i artikkel 21.2 at: "Enhver har rett til lik tilgang til offentlige tjenester i sitt land" (FN 1948). Dette for å understreke at rusmisbrukere har lik rett på offentlige helsetjenester i Norge. I tillegg har FN en annen konvensjon, som er juridisk bindende og omhandler økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter. Det er spesielt artikkel 11 og 12 som er av betydning i denne oppgavens sammenheng. I artikkel 12 fremkommer det "Konvensjonspartene anerkjenner retten for enhver til å ha den høyest oppnåelige helsestandard både i fysisk og psykisk henseende" (FN 1966:4). Igjen poengteres verdigrunnlaget med et verdig menneskesyn, som fremkommer i den helhetlige måten dette punktet er formulert på.

I tillegg har sykepleiere i Norge sine egne yrkesetiske retningslinjer, utarbeidet av Norsk sykepleierforbund (NSF) med bakgrunn i INCs etiske regler, å forholde seg til. De legger samme verdisyn som i menneskerettighetserklæringen til grunn for sin etikk, nemlig det at den iboende verdigheten i vært menneske og respekten for det enkelte liv skal ligge til grunn

for *all* praksis. Sykepleien skal være tuftet på barmhjertighet, omsorg og respekten for livet (NSF 2011:5).

I møte med rusmisbrukere som pasienter er det noen punkter jeg ønsker å trekke frem. Artikkel 2 i de yrkesetiske retningslinjene omhandler sykepleieren i møte med pasienter. Der fremkommer det at, som sykepleier, er du forpliktet til å behandle pasienter på en måte som ivaretar deres verdighet og integritet. Samtidig skal sykepleien være *helhetlig*, man må se forbi sykdom og diagnose og se *mennesket*. Sykepleie skal videre utføres på en måte som understøtter håp, mestring og livsmot. I tillegg understrekes det at den helhetlige sykepleien skal tilrettelegge den enkelte pasients behov (NSF 2011:8).

I tillegg til dette er det en egen lov, lov om pasient- og brukerrettigheter, på plass for å beskytte pasienter, samt sikre at man har tilgang på helsetjenester ved behov. Blant annet sier § 2.1 at man har rett på nødvendig helsehjelp. Dette være seg i kommunen, spesialisthelsetjenesten eller i en fastlegeordning. I tillegg utdypes denne paragrafen at tjeneste som ytes skal være *verdige*. § 4 i samme lov omhandler samtykke. Der fremkommer det at helsetjenester kun kan gis til samtykkende personer.

## 2.4 Sykepleierteoretisk bakgrunn

Jeg vil i denne delen av oppgaven se oppgavens tematikk fra et sykepleierteoretisk perspektiv. Hensikten med dette er å forsøke å belyse hva sykepleie er i møte med rusmisbrukere som pasienter. Jeg har i denne oppgaven benyttet meg av sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee, og hennes *menneske-til-menneske-forhold* teori.

### 2.4.1 Joyce Travelbee

Sentralt i Joyce Travelbee sin tenkning står hennes menneskesyn. For Travelbee er et menneske i seg selv unikt og annerledes alle andre mennesker. Det er unikheten som står i fokus og grunnleggende for all videre tenkning (Travelbee 2014:57). Travelbee definerer sykepleie som en *mellommenneskelig prosess*. Sykepleie vil alltid involvere mennesker. Samtidig er det en *prosess*, i forstand at sykepleie alltid er i utvikling. Sykepleieren og pasienten vil påvirke hverandre gjensidig og samspillet dem i mellom vil avgjøres på bakgrunn av dette. Som en sykepleier er det din oppgave å ”Identifisere og være i stand til å frambringe forandring på en målrettet, innsiktsfull og omsorgsfull måte” (Travelbee 2014:30-31). En farlig fallgruve for

sykepleieren er å avhumanisere pasienten ved å redusere vedkommende til et sett av stereotypiske kjennetegn. Da er det fort gjort at pasienten blir sett som en et sett med arbeidsoppgaver heller en det unike mennesket det faktisk er (Travelbee 2014:66-67).

Sentralt for Travelbee står derfor det hun kaller *menneske-til-menneske-forhold*. Til grunn for dette begrepet ligger forutsetningen om at både sykepleier og den syke forholder seg til hverandre som unike, menneskelige individer. Man må se forbi eventuelle merkelapper man har plassert på hverandre. Betegnelser som sykepleier og pasient må forbigås, for å på den måten å nå inn til hverandre som individer. (Travelbee 2014:171-173).

Travelbee vektlegger 4 faser forholdet må gjennom for at det skal kunne klassifiseres som et menneske-til-menneske-forhold. Den første fasen er det *innledende møtet*. Her vil observasjoner av begge parter være fremtredende. Antagelser, formeningar og stereotypier vil være fremtredende, og man ser hverandre i liten grad som individer eller unike. Den andre fasen blir kalt *fremvekst av identiteter*. Her begynner begge parter å fremstå mer som individer. Man blir kjent med hverandres personligheter og tilknytning etableres. Synet på hverandre som kategorier blir mindre fremtredende. Den tredje fasen betegnes som *empatifasen*. Da har man bygd opp en relasjon, med økende evne til å se hverandre som unike individer. Her utvikler man en evne til å leve seg inn i den andres psykiske tilstand. Den siste fasen blir kjennetegnet av *sympati og medfølelse*. Her bygger man videre på empatifasen i den forstand at man her kjenner et behov for å lindre den smerten man forstår at motparten opplever. Sympati og medfølelsen gir en oppriktig følelse av at den andres ulykke angår en selv, samtidig som man har et ønske om å hjelpe.

Travelbee sier videre at hensikten eller målet med sykepleie kan sies å være å lindre eller forebygge sykdom, eller finne mening i sykdommen eller lidelsen om nødvendig (Travelbee 2014:48). På den måten overskrider sykepleie det å administrere medisin eller andre tekniske gjøremål. Ved å bruke menneske-til-menneske-forhold som et verktøy kan man nå "målet" med sykepleie på en konstruktiv måte. Dersom fokuset er å skape et menneske-til-menneske-forhold blir ethvert møte med pasienten et skritt på veien mot målet og hensikten med sykepleie, et menneske-til-menneske-forhold er godt, det er konstruktivt og pasientens behov blir ivaretatt (Travelbee 2014:172-173).

## 2.5 Kommunikasjon

Som det fremkommer av avsnittet over, handler sykepleie om mer enn det å utføre klart definerede arbeidsoppgaver og administrere medisinsk behandling. Det handler også om å interagere på et menneskelig nivå og se forbi de kategoriene vi i utgangspunktet har plassert hverandre i. Kommunikasjon kan være et avgjørende verktøy i en slik sammenheng.

Eide og Eide skriver at hjelpende kommunikasjon er en kunst. Samtidig har vi alle en medfødt evne til å *kommunisere*. Vi har brukt kommunikasjon til å interagere med omverden siden vi var spedbarn, men allikevel har mange mye å lære. Når man som sykepleier kommuniserer med pasienter er det viktig at man er profesjonell i sin bruk av kommunikasjon. Sentralt i denne kommunikasjonsformen er at den er faglig velfundert og har et mål å være til hjelp for pasienten. Selve kjernen blir å anerkjenne den andre. Du må lytte aktivt, være åpen men samtidig direkte (Eide og Eide 2009:12-13).

På den måten er det nødvendig å dra et skille mellom dagligdags kommunikasjon og profesjonell eller hjelpende kommunikasjon. Vi er ikke privatpersoner, vi er yrkesutøvere. Vi har et helsefaglig formål med kommunikasjonen. Samtalen har et formål, og formålet er å hjelpe pasienten (Eide og Eide 2009:18-19). Ifølge Eide og Eide er det er en del aspekter som er sentrale for hvorvidt kommunikasjonen oppleves hjelpende for pasienten. Sentralt her, som vi var inne på tidligere, er det å lytte viktig. Videre må vi observere og fortolke pasientens verbale og nonverbale signaler. På den måten kan vi forstå hvordan pasienten har det, for videre å møte eventuelle behov på en god måte. Som sykepleiere skal vi også bidra til å skape en god og likeverdig relasjon. Selv om vi er fagpersonen må vi høre på og samhandle med pasienten og på den måten komme frem til gode beslutninger. Når det kommer til kommunikasjon med rusmisbrukere, ser jeg noen av disse aspektene som ekstra viktige. For det første er det viktig at informasjon blir formidlet på en klar og tydelig måte. Videre er det ønskelig å stimulere pasientens ressurser og muligheter, samt å skape alternative perspektiver og nye handlingsvalg. Kanskje viktigst av alt vil det være å stille seg åpen til å snakke om vanskelige følelser og eksistensielle spørsmål (Eide og Eide 2009:21-26).

### 2.5.1 Nonverbal kommunikasjon

Et av begrepene nevnt over er nonverbal kommunikasjon. Da hele oppgaven ønsker å undersøke hvordan holdninger påvirker behandlingen rusmisbrukere mottar ved medisinske avdelinger, føler jeg dette er et ekstra fremtredende aspekt ved kommunikasjonen. En ting er hva vi ser, men *måten* vi sier det på, kan være vel så viktig.



Med nonverbal kommunikasjon menes det kommuniseres uten bruk av ord. Ofte kan nonverbale responser gi uttrykk for mer enn vi ønsket eller mente, med positivt eller negativt fortegn. Et spontant smil eller en bekymret rynke. Det er ikke alltid man er like bevisst på hva kroppen din formidler. Den nonverbale kommunikasjonen har på den måten mer å si i møte med pasienten enn man kanskje tilegner den umiddelbart. Vi kan avgi signaler som sier noe om hvorvidt vi er innstilt på å hjelpe og lytte eller ei. Dette blir da avgjørende for om pasienten føler seg trygg og godt ivaretatt (Eide og Eide 2009:198). Videre skiller man mellom kongruens og inkongruens i den nonverbale kommunikasjonen. Kongruens er når den nonverbale og verbale kommunikasjonen stemmer overens. Den nonverbale kommunikasjonen understøtter den verbale, og man fremstår som tillitsvekkende og pålitelig. Inkongruens er det motsatte. Du kan si alle de riktige tingene, men det blir ikke understøttet av kroppsspråket. Dette vil kunne føre til utrygghet hos pasienten, og kanskje mistillit og være kontraproduktivt med tanke på relasjonsarbeidet (Eide og Eide 2009:189-200). Ved bevisst bruk av nonverbal kommunikasjon, og samsvar mellom hva du ønsker å formidle og det du faktisk formidler, vil denne uttrykksformen kunne bidra til en god relasjon med pasienten, øke trygghetsfølelsen og gi pasienten inntrykk av å bli sett og hørt.

### 3 Metode

I denne delen av oppgaven vil jeg ta for meg elementer relatert til den vitenskapelige metoden som er benyttet i oppgaven. Jeg vil gjøre rede for valg av metode, samt begrunnelse for valget. Videre vil jeg også presentere prosessen bak innhenting av data, for å gi leseren mest mulig innsyn i den vitenskapelige prosessen som er brukt i oppgaven. Eventuelle funn vil bli presentert i tillegg til en evaluering av metodevalg og etiske aspekter relatert til å bedrive forskningsarbeid innenfor helsefag.

Ifølge Dalland er metode noe som hjelper oss med å fremskaffe ny kunnskap. En metode innebærer på den måten ethvert virkemiddel eller verktøy som medvirker til å komme frem til ny kunnskap. Det er redskapet vi bruker for å innhente ny data. Man skiller i grove trekk mellom kvalitative og kvantitative metoder. Forenklet er forskjellen her at en kvalitativ metode vil si noe om fenomener eller opplevelser, som verken kan måles eller la seg stadfeste, mens den kvantitative metoden gir oss konkrete tall og annen målbar data (Dalland 2013:111-113).

Det er derfor viktig å velge en metode som på best mulig måte belyser den tematikken som er aktuell. Ved bruk av metode er det også viktig at funnene og resultatene stemmer overens med virkeligheten. Dataene som benyttes skal brukes nøyaktig og være systematisk utvalgt.

### 3.1 Valg av metode

Dalland skriver at når man velger en spesifikk metode er begrunnelsen for dette at det vil belyse temaet på en faglig interessant måte (Dalland 2013:111). Jeg har i denne oppgaven benyttet prinsipper for et strukturert litteraturstudie. Med det mener jeg at søkeprosessen og utvelgelsen av forskning har skjedd på en systematisk og strukturert måte. Dette vil jeg komme tilbake til og gi et større innblikk i. Ideelt sett hadde jeg ønsket å intervju rusmisbrukere ved sykehus selv. Dette på bakgrunn av at jeg tror det hadde vært ekstremt lærerikt å kunne hentet data fra primærkilden på egenhånd. Dette viste seg å være lite gjennomførbart på grunnlag av oppgavens natur og tiden tilgjengelig, samt det faktum at jeg mangler erfaring og kompetanse på området. Jeg mener derfor at å velge litteratursøk som metode gir meg en unik mulighet til å utforske temaet og på den måten finne frem til relevant og spennende data. Dette begrunner jeg med at som bachelorstudent er de undersøkelsene jeg kunne gjort på egenhånd begrenset. Andre tilgjengelige former for metode blir derfor ikke grundige eller omfattende nok med tanke på oppgavens tematikk (Dalland 2013:112-115). Ved å benytte meg av litteratursøk som metode har jeg mulighet til å få frem flest mulig stemmer som på den måten gir et mest mulig helhetlig bilde.

### 3.2 Inkluderings- og ekskluderingskriterier

Hovedkriteriet for at inkludere forskning i oppgaven er at forskningen må være relevant for oppgaven. Jeg har derfor ekskludert forskning som ikke omhandler rusmisbrukere eller sykepleie/helsepersonell. Videre har jeg ikke skilt på kjønn i oppgaven, noe som da også har vært et kriterium for valg av forskning. Et av de viktigste aspektene ved denne oppgaven har vært å få frem stemmen til pasientgruppen. Derfor har det også blitt holdt et ekstra øye på studier der rusmisbrukere i en pasientrolle har blitt intervjuet. Artiklene som er inkludert er ikke eldre enn 10 år, dette for å sikre at faginnholdet er oppdatert.

### 3.3 Fremgangsmåte

I litteratursøket benyttet jeg meg av databaser som google scholar, PubMed, sykepleien.no/forskning, Idunn, helsebiblioteket og Cinahl. Jeg bygde opp søket mitt med et og et ord, for å på den måten avgrense søket på en strukturert måte. Jeg brukte da enten ordet ”and” eller ”or” mellom de forskjellige søkeordene, for å på den måten avgrense videre. Jeg benyttet meg av både norske og engelske søkeord i separate søk. Søkeord jeg brukte var: rusmisbruk, sykepleie, holdninger, sykepleier, helsepersonell, sykehus, pleie, diskriminering, fordommer,

avhengighet, substance abuse, substance use, nurse, healthcare professional, care, discrimination, stigma, hospital, addiction, illicit drug use, attitudes,

Etter at søket var tilstrekkelig innsnevret, så jeg først på titler for å bedømme om de var relevante. De som hadde en relevant tematikk leste jeg så abstractet på, før jeg leste gjennom flere av forskningsartiklene. Alle søk som ledet til artikkelfunn er blitt ført inn i en tabell og lagt til oppgaven som vedlegg.

På måten beskrevet over har jeg forsøkt å benytte en god og strukturert søkestrategi. Jeg har benyttet søkeord som er relevante for tematikken valgt i oppgaven. Måten søkene er bygd opp på føler jeg gav meg et bredt utvalg av data tilgjengelig på området. Med bakgrunn i de kriteriene jeg satt for forskningen, valgte jeg så ut 4 forskjellige forskningsartikler som jeg mener er representative for forskningen på feltet. Da det var viktig at pasientgruppen ble inkludert i denne oppgaven er pasientene en del av intervjuobjektene i to av artiklene. Videre er det en artikkel som omhandler rusmisbrukere i Norge, for å aktualisere problemstillingen. Den siste inkluderte artikkelen er et såkalt review. Begrunnelsen for at dette studiet er inkludert er at det oppsummerer forskning på feltet og sammenligner trender oppdaget i tidligere forskning. Dette for å forsikre meg om validiteten i funnene i de øvrige artiklene.

### 3.4 Kildekritikk

Fremgangsmåten og søkeprosessen er gjengitt på en slik måte at søkene kan etterprøves og vise samme resultater. Dette er for at eventuelle lesere vil kunne vurdere måten søkene har blitt gjort på og avdekke eventuelle feil i søkeprosessen min. Videre har søkeprosessen avdekket at det den siste tiden har blitt forsket en del på rus og helsepersonells holdninger ovenfor rusmisbrukere. Dette medførte at tilgangen på oppdatert forskning var relativt god, fordi det ikke fantes veldig mye utdatert forskning. Selv om de forskningsartiklene som er inkludert som funn i utgangspunktet oppfyller de kriteriene jeg har stilt i forkant, er visse aspekter opp for kritikk. Review-artikkelen som er inkludert ble utgitt i 2013, men har inkludert forskning i sin gjennomgang som dateres så langt tilbake som i 2000. En annen svakhet ved denne artikkelen er at den har inkludert studier som går på alkoholmisbruk. Til tross for dette syns jeg studiet oppsummerer feltet på en måte som er relevant for å belyse at negative holdninger ovenfor rusmisbrukere er et utbredt fenomen. Videre er rusmisbrukere innlagt i akuttmottak inkludert i forskningsartikkelen skrevet av Monks, Topping og Newell. Målgruppen i oppgaven er rusmisbrukere innlagt ved medisinske avdelinger, så dette er noe utenfor målgruppen.

Jeg har generelt i oppgaven forsøkt å benytte meg av primærlitteratur. Til tross for dette, så bruker flere lærebøker sekundærlitteratur aktivt inn i sine tekster. Mye er også oversatt, som medfører en viss bruk av sekundærlitteratur i denne oppgaven. Ved bruk av sekundærlitteratur er det alltid en fare for at det opprinnelige perspektivet har forandret seg i forhold til det som originalt var intensjonen gjennom bearbeiding, fortolkelse og oversetting (Dalland 2013:73). Jeg har også vært kritisk i min bruk av kilder funnet på internett. Det finns mange interesseorganisasjoner som publiserer artikler om rus og andre relaterte temaer, men som har et underliggende politisk motiv som kan påvirke troverdigheten deres. Jeg har derfor prøvd å forholde meg til troverdige kilder på internettet.

### 3.5 Etikk

Når man bedriver forskning innenfor helsefag er etikk viktig. For det første er pasienter ofte i en sårbar situasjon, men også fordi den medisinske tilstanden kan være av sensitiv natur. Derfor er prinsipper som taushetsplikt, anonymisering og frivillig samtykke viktig i denne sammenheng (Dalland 2013:104-105). Ved litteratursøk benytter jeg meg kun av andres forskning. Dette medfører at de etiske vurderingene skal være tatt av de respektive forskerne. Jeg har allikevel som en del av seleksjonsprosessen og kildekritikken hatt dette i bakhodet.

## 4 Funn

Jeg vil nå presentere funnene i metodedelen min. Etter å ha gjennomført prosessen beskrevet over har jeg valgt å inkludere fire forskningsartikler. I denne delen av oppgaven vil hver av forskningsartiklene bli kort presentert, før jeg vil bruke de aktivt inn i diskusjonsdelen av oppgaven.

### 4.1.1 Artikkel 1:

Nåden, D., Li, R., Andenæs, R. & Undall, E. (2012) ”Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus.” Publisert i: Sykepleien Forskning.

Artikkelforfatterne ønsker i dette studiet å undersøke og kartlegge helsepersonells holdninger, handlinger og kunnskap i forhold til smertelindring av opioidavhengige med smerter innlagt i sykehus. Bakgrunnen for studiet er at det er et veldokumentert fenomen at smertebehandling generelt sett ikke blir utført adekvat. Videre finnes det lite forskning på smertebehandling til opioidavhengige pasienter. Med bakgrunn i at det er påvist at også smertebehandling gitt til opioidavhengige ikke er optimal, tar artikkelen for seg å belyse tre spørsmål:

*I hvilken grad utføres sentrale handlinger når opioidavhengige pasienter med smerte er innlagt i sykehus?*

*Hvordan vurderer leger og sykepleiere sin kunnskap om rusmisbruk og smerte?*

*Hvilke holdninger har leger og sykepleiere til opioidavhengige pasienter med smerte?*

I studiet har det blitt benyttet et beskrivende tverrsnittdesign. Det ble valgt ut fire forskjellige sykehus, i fire forskjellige helseregioner der det ble delt ut spørreskjema til 375 sykepleiere og 81 leger. Deltagerne i undersøkelsen hadde enten heltids eller deltidsstillinger og jobbet på de avdelingene hvor det hyppigst hadde opioidavhengige innlagt hos seg. Spørreskjemaet som ble benyttet hadde ikke blitt validert tidligere da forskerne fant det hensiktsmessig å utvikle sitt eget, noe som kan sees på som en svakhet ved studiet. Svarprosenten i studiet var på 74%.

Studiet viser at 38% aktivt kartla pasientenes rusmisbruk. 47% oppgav at de gav pasienten opioidsubstitutt som hjelp mot abstinenser. Rundt halvparten svarte at de anvendte smertekartleggingsverktøy. Flertallet følte seg manipulerte av opioidavhengige pasienter samtidig som et mindretall trodde på pasientens smertekildring. 55,7% av deltagerne var enige i at rusmisbruk er en sykdom. Det egenvurderte kunnskapsnivået lå i snitt på 3,0 på en skala fra 1-5.

Studiet peker på at det er flere faktorer som påvirker pasientbehandling og som i dette tilfelle avgjør om pasienten mottar adekvat smertelindring. Den belyser at et forhold preget av tillitt

er ønskelig. Helsepersonell kan føle at pasienten forsøker å manipulere til seg mer medikament enn det den behøver. Samtidig kan pasienten ha hatt dårlige opplevelser med helsevesenet i fortiden, som er med på å skape et pasient- behandler forhold preget av mistillit. Det viser seg samtidig at rusmisbrukeren har en tendens til ikke å skjule medikamentmisbruket dersom deres angivelse av smerte blir trodd.

#### 4.1.2 Artikkel 2

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". Publisert i: *Journal of Advanced Nursing*

Artikkelforfatterne ønsker i dette studiet å undersøke på hvilken måte helsetjenester blir utført til pasienter med en historie av rusmisbruk, som enten er innlagt i en medisinsk avdeling eller i et akuttmottak. De ønsker også å undersøke hvordan pasientene opplever situasjonen. Bakgrunnen for studiet er at rus, til tross for økt fokus de senere årene, er et problem for folkehelsen globalt. Det er også dokumentert at denne pasientgruppen er i en risikogruppe når det kommer til å utvikle sykdom og problemer med helsen som en konsekvens av livsstil. Det legges også til grunn at innleggelse gjerne skjer uten planleggelse og i perioder der rusmisbruket har toppet seg, noe som medfører at denne gruppen gjerne er i en sårbar situasjon. Videre er det også rapportert at sykepleiere og andre helsearbeidere sitter med negative holdninger vedrørende denne pasientgruppen.

Det er i studiet blitt brukt en grounded theory tilnærming. Den baserer seg på totalt 41 semi-strukturerte intervjuer utført ved 9 forskjellige avdelinger i vest-England i 2008. Et utvalg av sykepleiere, med varierende alder, erfaring og biografisk bakgrunn ble valgt ut. Innledende intervjuer viste at negative holdninger dominerte, noe som medførte at sykepleiere kjent for positive holdninger ble inkludert. Pasienter ble inkludert etter mulighet. Der det var mulig fikk også deltagere lese gjennom intervjuet sitt for å validere eventuelle resultater. Studiet viser at ingen av sykepleierne i dette studiet har mottatt formell opplæring i hvordan man håndterer denne pasientgruppen. De følte seg kompetente til å ivareta pasientens medisinske og fysiske behov, men problemer relatert spesifikk til rusmisbruk ble det rapportert mindre kompetanse på. Både i forhold til abstinenser, konkret ruseffekt og den psykososiale eller emosjonelle biten. Dette ble bekreftet av pasientene som uttalte at det var kjent i miljøet at kompetansen på ruslidelser var utilstrekkelig og mange ventet i det lengste med å oppsøke medisinsk personell, da de anså faren for abstinenssymptomer for å være verre enn den eventuelle lidelsen de

ønsket hjelp for. Sykepleierne påpekte at de med andre pasienter med livsstilssykdom aktivt gir råd og veiledning følte de seg ikke kompetente til å gjøre dette med denne pasientgruppen, noe som videre vanskeliggjorde et videre konstruktivt pasient-pleier forholdt. Når sykepleieren faktisk gav uttrykk for å bry seg om pasienten ble også samtalene mindre ladet. Det å se personen bak rusen ble identifisert som et problem.

### 4.1.3 Artikkel 3

Boekel, C., Brouwers, E. og Weeghel, J. (2013). "Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review." Publisert i: Drug and Alcohol Dependence

Målet med studiet i denne artikkelen, er å undersøke helsearbeideres holdninger ovenfor pasienter med rusbruk. Videre ønsker studiet å si noe om hvilke konsekvenser holdningene har på helseomsorg gitt til denne pasientgruppen i vestlige land. Forfatterne påpeker at helsepersonell er "portvokterne" til eventuell videre behandling, så hvilke holdninger som dominerer kan i så måte være avgjørende for fremtiden til denne gruppen pasienter.

Studiet er utført som et litteratursøk og tar for seg artikler publisert mellom januar 2000 og november 2011, skrevet på enten engelsk eller nederlandsk. Flere databaser ble søkt i, på en systematisk måte. 1 562 forskningsartikler ble funnet. Etter flere runder med ekskludering gjensto totalt 28 studier som ble inkludert i dette studiet. De forskjellige studiene ble utført i forskjellige land og det ble benyttet forskjellige fremgangsmåter. Det var også forsket på forskjellige type helsearbeidere i de ulike studiene, i tillegg til at det i noen av studiene også var inkluderte pasienter som studieobjekter.

Studien viser at negative holdninger dominerer synet på pasienter som bruker rusmidler. Spesielt de som brukte illegale rusmidler var det uttalt ekstra sterke negative holdninger mot, da spesielt fra sykepleierne. Et av studiene viste at flertallet ønsket at denne pasientgruppen kun skulle behandles av eksperter, da det enten manglet evne eller vilje til å vise empati ovenfor pasientgruppen. De helsearbeiderne som rapporterte positive holdninger som regel var spesialiserte på området, hadde mer arbeidserfaring eller personlig erfaring med pasientgruppen. Pasientgruppen ble ansett som potensielt voldelig, manipulerende og lite motiverte for behandling. Dette medførte at behandlere brukte mindre tid hos pasienten, hadde en mer oppgaverettet fremtoning og at behandlere gjerne gikk i par når de oppsøkte pasienten. Frustrasjon, mot-

villighet, maktesløshet preget behandlernes opplevelse av å arbeide med pasientgruppen. Helseomsorg levert til pasienten ble angitt til sub-optimal, med manglende empati som et sentralt punkt.

Studiet peker også på at utdanning og erfaring er viktige komponenter for å bekjempe negative holdninger, men at strukturelle faktorer som tid, organisering, mulighet for å konsultere spesialister, samt støtte blant kolleger, var vel så viktig.

#### 4.1.4 Artikkel 4

Pauly, B., McCall, J., Browne, A., Parker, J. og Mollison, A. (2015). “*Toward Cultural Safety: Nurse and Patient Perceptions of Illicit Substance Use in a Hospitalized.*” Publisert i: *Advances in Nursing Science*

Denne studien peker på hvordan personer som bruker illegale rusmidler ofte møter på hindringer som stigma, diskriminering og sosial utestengelse når de oppsøker helsesektoren. Cultural safety (kulturell trygghet) har blitt sett på som en måte å bekjempe usikkerhet og stigma innenfor helsesektoren. Artikkelforfatterne ønsker på den måten å undersøke hva som kjenner tegner kulturell trygghet for personer som bruker ulovlige rusmidler i møte med helsesektoren.

Designet på studiet var en kvalitativt, etnografisk forskningsmetode. Måten det ble utført på var ved hjelp av dybdeintervjuer med både sykepleiere og pasienter ved to avdelinger på et urbant sykehus. Dette designet er spesielt godt egnet til å undersøke de kulturelle rammene som gjør det mulig for et fenomen å oppstå. Den ene avdelingen var kjent for å behandle spesielt HIV pasienter på en god måte. Det ble intervjuet totalt 34 personer, hvorav 15 var pasienter. Alle pasientene involvert vedkjente å ha brukt illegale rusmidler de siste 12 månedene. Et fåtall av sykepleierne rapporterte om ekstra utdanning eller spesialisering på rusmisbruk og avhengighet. Sykepleierne ble også observert i interaksjon med de aktuelle pasientene.

Basert på dataen samlet inn delte artikkelforfatterne opplevelsen av å være *illegal rusmisbruker på sykehus* inn i tre kategorier:

1. Illegalt rusmisbruk som en personlig feil.
2. Illegalt rusmisbruk som en kriminell handling.
3. Illegalt rusmisbruk som en avhengighetssykdom.



Dette ble tre hovedemner, hvor både pasientenes og sykepleiernes syn blir presentert. Pasientene uttrykte frykt for å bli stemplet som rusmisbruker og at de søkte rusmidler. Det at lidelsen deres ble sett på som selvforskyldt og at det var uverdige medisinsk oppfølging, medførte også frykt for diskriminering og stigma som igjen ledet til at de vegret seg for å oppsøke hjelp. Et av de viktigste poengene denne undersøkelsen avdekker, er at flere av pasientene rapporterte å bite i seg smerten, heller enn å be om adekvat smertelindring i frykt for å bli sett som rusmiddelsøkende. Et annet viktig poeng er at verken sykepleiere eller pasienter betegnet illegal rusmisbruk som et folkehelseproblem.

## 5 Diskusjon

Jeg vil i denne delen av oppgaven se funnene fra metodedelen i sammenheng med litteraturen benyttet i teoridelen. Ved å se forsinking og teori opp mot hverandre vil jeg forsøke å belyse problemstillingen ved å diskutere rundt den.

### 5.1 Holdninger

Forutsetningen for denne oppgaven og valg av tematikk belaget seg på opplevelser i arbeid med rusmisbrukere. Jeg fikk der inntrykk av at rusmisbrukerne der jeg jobbet følte seg dårlig mottatt i helsesektoren og at dårlige holdninger dominerte. Jeg vil derfor se hva funnene fra metodedelen avdekker vedrørende holdninger hos sykepleiere og helsepersonell.

I forskningsartikkelen skrevet av Nåden, Li, Andenæs og Undall fremkommer det at et knapt mindretall av de spurte i undersøkelsen var usikre eller uenige i at rusmisbruk er en sykdom. Artikkelen peker videre på at en holdning om at rusmisbruk er selvforskyldt fortsatt eksisterer. En mulig årsak for dette kan være at holdninger er vanskelige å forandre og at ny kunnskap ikke enkelt integreres i helsepersonells holdningsutdanning. Videre viser studier at helsepersonell er lite villige til å bruke tid på pasienter med sykdommer som ansees som selvforskyldte (Nåden m.fl. 2012).

I en annen forskningsartikkel, skrevet av Monks, Topping og Newell, fremkommer det at flere av sykepleierne identifiserte negative holdninger hos seg selv og sine kolleger. En sykepleier uttalte under et intervju at:

I think if you ask most nurses and doctors and they were truthful I'd probably say that nurses' attitudes towards IV drug abusers and illicit drug use and, think they're a waste of space. I think that's what they'd say. I think they're something we have to tolerate (Monks, Topping og Newell 2012).

Videre ble disse holdningene gjenkjent av rusmisbrukerne selv. En sa:

I was coughing up a load of blood, I'd lost a lot of blood and the doctor said 'We want to put some blood in you, you'd better come in.' 'No problem, yeah.' And this nurse came up and was one I had words with previously 'Why should we waste a bed on you, you type of people?' You know what I mean. So that was it, I went nuclear! (Became verbally and physically violent) (Monks m. fl. 2012).

Videre viser den samme studien at rusmisbrukere ble identifisert som utagerende, verbalt aggressive, potensielt voldelige og som et hinder for å drive en travel avdeling på en effektiv måte (Monks m. fl. 2012). Et oversiktsstudie utført av Boekel, Brouwers og Weeghel viser at helsepersonell på generelt grunnlag innehar negative holdninger vedrørende å jobbe med rusmisbrukere. Sykepleierne rapporterte et lavt nivå av motivasjon og lite tilfredsstillelse ved å jobbe med denne pasientgruppen. I motsetning viser denne studien at helsepersonell med relevant spesialisering eller erfaring (personlig eller yrkesmessig) rapporterte bedre holdninger vedrørende samme pasientgruppe (Boekel, Brouwers og Weeghel 2012). Dette underbygges av studien utført av Monks med flere, som også identifiserte at personer med personlige erfaringer, gjennom venner og familie, virket å være i stand til å se personen bak sykdommen og danne mer gunstige relasjoner med pasienten. Den samme studien identifiserte også begrepet ekspertsykepleier som enten gjennom utdanning eller erfaring hadde bygd opp kunnskap om pasientgruppen, og rapporterte bedre holdninger (Monks m. fl. 2012).

For å oppsummere rapporterer de forskjellige forskningsartiklene om ganske like trender når det kommer til sykepleiere og helsepersonells generelle holdninger vedrørende rusmisbrukere. På et generelt grunnlag sitter mange sykepleiere med dårlige holdninger. Rusmisbrukere blir sett på som lavstatus å jobbe med, og termer som "lite motiverende og tilfredsstillende" blir brukt til å betegne det å jobbe med denne pasientgruppen. Allikevel er noen grupper plukket ut som unntak. Yrkesprofesjonelle med relevant spesialisering er et unntak. I likhet viser det seg også at de såkalte ekspertsykepleierne innehar kunnskap og holdninger som gjør det mulig å bygge relasjoner og jobbe med denne gruppen på en konstruktiv måte.

## 5.2 Hva er sykepleierens rolle?

Surely we should be doing something while they're here. You would with any physical illness which is caused by lifestyle, if it was an MI, your health promotion, you would be using that. But with IV drug use, all we do is say, 'You shouldn't do it', But because we don't have an understanding, I can't, I can't offer nursing care or information to these people (Monks m. fl. 2012).

I sitatet over kommer det frem at sykepleieren har lyst til å gjøre noe, men føler at hun blir utilstrekkelig i sin forståelse av problematikken. Dette kommer i veien for å gjøre den jobben hun syns hun burde gjøre. Men hva er egentlig sykepleierens rolle i denne sammenhengen?

Vi kan starte med det Travelbee sier. Som redegjort for tidligere i oppgaven står mellommenneskelige forhold sentralt i hennes tenkning. Sentralt der er at man klarer å se forbi kategoriene vi sorterer hverandre etter. Vi må se mennesket og bruke tid på å etablere forhold basert på hvem personen bak diagnosen er (Travelbee 2014). Videre underbygges dette av FNs menneskerettighetserklæring, som har menneskets unikhet i sentrum av sitt verdigrunnlag (FN 1948). De yrkesetiske retningslinjene til NSF er også tuftet på det samme verdigrunnlaget og sier at sykepleien skal være helhetlig og tilrettelegges den enkeltes pasients behov (NSF 2011). Med dette som et fundament er det klart for meg at, som sykepleier er det ikke bare viktig, men du er pliktig til å se hele mennesket og ikke bare en diagnose. I en forlengelse av dette er ikke nødvendigvis sykepleierarbeidet begrenset til de medisinske prosedyrene og andre praktiske arbeidsoppgavene man er pålagt til å utføre. Dersom man etablerer menneske-til-menneske-forhold er faktisk enhver interaksjon med pasienten en sykepleiehandling (Travelbee 2014).

Hvis man da i forlengelse av dette anser avhengighet, derunder rusmisbruk, som en sykdom, blir dette da også en del av mennesket, og en derfor også et aspekt man som sykepleier må forholde seg til hos sine pasienter. Man må tilrettelegge sin sykepleie til hver enkelt pasient og se behovene akkurat denne pasienten har.

Videre må man som sykepleier ta høyde for de rent biologiske faktorene ved langvarig rusmisbruk. Man vet at langvarig rusmisbruk leder til nedsatt funksjon i deler av hjernen som er relatert til motivasjon, dømmekraft og hemming av spontan adferd. I tillegg vet man at stress øker sjansen for tilbakefall (Jellestad 2012:81-83). Dette blir i så måte symptomer eller en del av sykdomsbilde ved langvarig rusmisbruk. Videre identifiserer sykepleiere rusmisbrukere som utagerende, verbale og et uromoment for avdelingen. Dersom man har en forståelse for rusmisbruk og avhengighet må man se dette i sammenheng og som sykepleier, vise forståelse for at dette er en del av sykdomsbildet. Kari Lossius skriver i sin bok at:

Det er imidlertid ikke mange andre pasientgrupper som risikerer å bli skrevet ut fra behandlingstilbudet sitt når man viser symptomene sine. Det er utenkelig å skrive ut en innlagt suicidal pasient i det øyeblikket vedkommende forsøker å ta sitt eget liv eller å avslutte behandling til personer med angst bare fordi pasientene fikk gjentatte angstanfall. Har ruspasienter mindre akseptable symptomer enn andre pasienter? (Lossius 2012:29).

Selv om Lossius i dette sitatet sikter til rusmisbrukere innlagt i rusbehandling, er det fortsatt et litt merkelig fenomen. Det er mulig at ny kunnskap og stadig forandring av synet på hva avhengighet og rusmisbruk egentlig *er*, har påvirket synet på rusmisbrukere som pasienter. Uansett står det klart for meg, på bakgrunn av inkludert litteratur i denne oppgaven, at som sykepleier må man skaffe seg innblikk og kunnskap i pasientene. Man må deretter finne ut av hvordan man kan håndtere pasientens spesifikke problematikk på en best mulig måte, i samarbeid med pasienten. For å få til dette er det nødvendig å bygge en relasjon. Med relasjonene i bunn må man bli kjent med pasientens utfordringer og ta høyde for disse i videre arbeid.

### 5.3 Behandling i praksis

Så sykepleierens oppgave blir som nevnt over, å se hele mennesket, ikke bare kategorien, gruppen eller diagnosen vi har plassert individet i. Som vi kan lese i delkapittelet om holdninger fremkommer det at rusmisbrukere som gruppe blir ansett som utagerende, verbale og til hinder for å drive en effektiv avdeling. Samtidig vet vi nå også at langvarig rusmisbruk medfører svekket evne til motivasjon, hemming av dømmekraft og nedsatt impuls kontroll. Det at rusmisbruker blir stemplet som problempasienter til tross for at dette i stor grad kan beskrives som en del av sykdomsbildet, gjør det naturlig for meg å se holdninger, kunnskap og forståelse i sammenheng.

Forskningsartikkelen, skrevet av Pauly, McCall, Browne, Parker og Mollison, sier at som en konsekvens av dårlige holdninger og stigma i møte med helsevesenet venter mange rusmisbrukere i det lengste med oppsøke helsehjelp. De samme faktorene medfører også at mange rusmisbrukere motsetter seg råd fra helsepersonell og drar fra behandlende sykehus før behandlingen er gjennomført. Dette medfører at rusmisbrukere i verstefall ikke oppsøker helsehjelp før de er alvorlig syke og risikerer å dra før behandlingen er gjennomført (Pauly m. fl. 2015). Monks med flere, peker på den samme konsekvensen, at rusmisbrukere unngår å oppsøke helsehjelp, men påpeker at dette fra rusmisbrukerne er et bevisst valg som følge av manglende kunnskap om rusavhengighet hos personellet. Rusmisbrukerne anser faren for abstinenssyke som større enn de øvrige helseplagene de eventuelt har (Monks m. fl. 2012).

Den samme studien sier videre at sykepleiere bevisst bruker mindre tid med denne pasientgruppen som en strategi for å unngå uønskede episoder som vold, verbal sjikane og generell urolighet på avdelingen. I tillegg angis det at samtaler med denne pasientgruppen er spenningsladet med et negativt fortegn. Sykepleierne ville videre heller prioritere andre pasienter

med andre sykdommer, og anså disse pasientene som viktigere en rusmisbrukerne. Videre peker studien på at sykepleiere valgte å ikke emosjonelt engasjere seg i disse pasientene, i frykt for at deres faktiske følelser for pasientgruppen skulle komme frem. Sykepleierne understreket at dette problematiserte det å være en omsorgsarbeider og følte at arbeidet de selv utførte i så måte holdt en lavere standard når det kom til rusmisbrukere, i forhold til øvrige pasienter man klarte å skape relasjonelle bånd med (Monks m. fl. 2012).

Det er her at nonverbal kan sees som relevant. Da sykepleierne identifiserer det som utfordrende å bygge relasjoner med denne pasientgruppen og unngår pasientene som en mestringsstrategi for å unngå uønskede situasjoner. Da er det viktig å være observant i forhold til hva ditt eget kroppsspråk formidler. Formålet med profesjonell kommunikasjon i denne type forhold, er at den skal være hjelpende for pasienten (Eide og Eide 2009). I så måte er egentlig dine personlige meninger og holdninger irrelevante, så lenge man er profesjonell og makter å gjøre sykepleierjobben på en god måte. Men poenget med kongruens og inkongruens er her svært relevant. Hvis du formidler en ting med ord, og en annen nonverbalt, kan dette i siste instans føre til ytterlige mistillit (Eide og Eide 2009). På den måten ser jeg det som viktig i hvert fall å være bevisst sine holdninger, slik at man fremstår på en mest mulig konstruktiv måte uavhengig av holdninger man innehar som privatperson.

Et annet problemområdet når det kommer til behandlingen av rusmisbrukere er smertelindring og sidemisbruk. Studiet gjort av Nåden med flere, sier at klinisk erfaring tilsier at rusmisbrukere ofte er ærlige vedrørende sitt sidemisbruk og smertenivå dersom man som helsepersonell klarer å bygge en relasjon preget av tillitt og respekt. Studien peker på at denne gruppen gjerne er marginalisert i samfunnet, og gjerne sitter på tidligere erfaringer som vanskeliggjør tillitt. Likevel viser dette studiet at helsepersonell ofte ikke har tiltro til pasientens rapporteringer på disse områdene. I tillegg uttalte under halvparten av deltagerne i denne undersøkelsen at de erstattet pasientens daglige forbruk av opioider. Undersøkelsen pekte også på at mange opioidavhengige ikke sier ifra om sitt misbruk, da de er bekymret for at smerteytringer skal avfeies som russøkende adferd. Når man da vet at særlig opioidavhengige står i risikozonen for å utvikle abstinenssyke kombinert med økt toleranse, er dette problematisk (Nåden m. fl. 2012).

Til nå har vi sett at negative holdninger og mangelfull kompetanse påvirker behandlingen av rusmisbrukere negativt, på et generelt grunnlag. I motsetning til dette, identifiserte studien til Monks med flere, at de såkalte ekspertsykepleierne var i stand til å bygge personbaserte forhold med pasientene sine. Dette medførte at disse sykepleierne var i stand til å utøve, det som

i studiet blir omtalt som sykepleieromsorg, på en god måte. Rusmisbrukerne som ble intervjuet i samme undersøkelse identifiserte også enkeltsykepleiere som tok seg tid og lyttet. Det at sykepleiere tok seg tid og lyttet ble identifisert som en form for empati fra rusmisbrukerens side og ble sett på som positivt. Samtalene ble da også mindre ladet (Monks m. fl. 2012).

## 6 Konklusjon

Som en konklusjon vil jeg si at negative holdninger vedrørende rusmisbrukere hos sykepleiere er relativt utbredt. Det virker som det er en viss sammenheng mellom holdninger, kunnskap og erfaring. Dersom negative holdninger dominerer og kombineres med lavt nivå av kunnskap kan dette få en negativ effekt på den faktiske behandlingen rusmisbrukere mottar ved innleggelse på medisinske avdelinger i sykehus.

Rusmisbrukere er en faglig utfordrende pasientgruppe å jobbe med. Det er en gruppe pasienter som har en sammensatt og kompleks lidelse. De sitter gjerne med erfaring og opplevelser fra samfunnet generelt, i tillegg til de erfaringene de har fra tidligere møter med helsesektoren (Nåden m. fl. 2012). Det at tilstanden kan forsåes fra et biopsykososialt perspektiv vitner om at det er en sammensatt tilstand. Allikevel er det mye som peker mot at gode holdninger kombinert med kunnskap og erfaring påvirker behandlingen av rusmisbrukere med positive fortegn.

Da mangelfull kunnskap om pasientgruppen virker å være en medvirkende faktor til dårlig behandling av rusmisbrukere, så vell som negative holdninger, virker det som om det er et behov for øke utdanningsnivået i forhold til denne pasientgruppen. Erfaringsmessig er den konkrete utdanningen vedrørende rus og avhengighetsproblematikk man sitter igjen med etter sykepleierstudiet relativt beskjeden. Jeg har i hvert fall opplevd det å skrive denne oppgaven som ekstremt lærerikt, da jeg ikke innså hvor omfattende og sammensatt denne problematikken var. På den måten kan konklusjonen min ende med en formaning om at man øker fokus på denne problematikken konkret i fremtidige utdanningsplaner for sykepleiestudenter.



## Litteraturliste

- Aakre, M. (2011). *Ja til verdighet*. Hentet: 17.09.2016 fra: <https://sykepleien.no/etikk/2011/02/ja-til-verdighet>
- Boekel, C., Brouwers, E. og Weeghel, J. (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. Hentet: 07.09.2016 DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018>
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 5. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, H. og Eide, T. (2009). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning og etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Europeisk narkotikarapport – trender og utviklinger (2014). *EMCDDA*. Hentet: 03.09.2016 fra: DOI: 10.2810/36919
- FN. (1966). *Internasjonal konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter*. Hentet 28.08. 2016 fra: <http://www.fn.no/FN-informasjon/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-konvensjon-om-oekonomiske-sosiale-og-kulturelle-rettigheter>
- FN. (1948). *Verdenserklæringen om menneskerettigheter*. Hentet: 28.08.2016 fra: <http://www.fn.no/FN-informasjon/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-verdenserklæring-om-menneskerettigheter>
- Folkehelseinstituttet. (2015). *Rusmidlenes virkning på hjernen – faktaark*. Hentet: 06.09.2016 fra: <https://www.fhi.no/ml/alkohologrusmidler/rusmidler-og-avhengighet/faktaark/rusmidlenes-virkning-pa-hjernen---f/>
- Høie, I. og Sletnes, T. (red.). (2006). *På helsa løs. Når rusbruk blir misbruk og misbruk til avhengighet*. Den norske lægeforening.
- Jellestad, F. (2012). *Hjernen og rusavhengighet*. I: Lossius, K. (Red.) (2012). *Håndbok i rusbehandling – Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lossius, K. (Red.). (2012). *Håndbok i rusbehandling – Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Malt, U. (2014, 10. desember). *Stigmatisering*. Store medisinske leksikon. Hentet 15. september 2016 fra <https://sml.snl.no/stigmatisering>
- 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.
- Norsk Sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere og ICNs etiske regler*. Oslo: NSF. Hentet: 01.09.2016. Fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- NRK. (2016). *Mann døde av underernæring på Haukeland*. Hentet: 18.09.2016
- 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
- Pasient- og brukerrettighetsloven – pasrl. (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven 2. juli 1999 nr.63)*. Hentet: 05.09.2016 Fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Pauly, B., McCall, J., Browne, A., Parker, J. og Mollison, A. (2015). *Toward Cultural Safety: Nurse and Patient Perceptions of Illicit Substance Use in a Hospitalized Setting* Advances in Nursing Science. 38 (2). 121-135 Hentet: 05.09.2016. DOI: 10.1097/ANS.0000000000000070
- Regjeringen. (2015). *Regjeringens målsetninger for rus og psykisk helse*. Hentet: 01.09.2016 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/)
- Sandøy, T. (2015). *Sirius Rapport: Bruk av illegale rusmidler: Resultater fra befolkningsundersøkelse 2012-2014*. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning. Hentet: 10.09.2016 fra: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/sirus-rap.4.15.pdf>
- Skutle, A. og Haga, W. (2012). *Stoffmisbruk og avhengighet*. I: Dahl, A. og Arre, T (Red.). *Praktisk psykiatri*. Bergen: Fagboksforlaget
- Teigen, K H. (2012). *Holdning*. Store norske leksikon. Hentet 7. 09.2016 fra <https://snl.no/holdning>.

Travelbee, J. (2014). *Mellommenneskelige forhold i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Akademisk

## Vedlegg

### Artikkelfunn

<b>Søkeord</b>	<b>Database</b>	<b>Antall treff</b>	<b>Artikkel</b>
Rusmisbruk, Sykehus	Sykepleien.no/forskning	16	Nåden, D., Li, R., Andenæs, R. & Undall, E. (2012) <i>Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus</i>
Nurse, illicit drug use, hospital	Chinahl	9	Monks, R., Topping, A. & Newell, R. (2012). <i>The dissonant care management of illicit drug users in medical wards, the views of nurses and patients: a grounded theory study</i>
drug abuse, stigma, health care	Chinahl	9	Boekel, C., Brouwers, E. og Weeghel, J. (2013). <i>Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review</i>
Nurse, illicit drug use, hospital, stigma	PubMed	2	Pauly, B., McCall, J., Browne, A., Parker, J. og Mollison, A. (2015). <i>Toward Cultural Safety: Nurse and Patient Perceptions of Illicit Substance Use in a Hospitalized</i>