

SPL 3901

06HBSPLH

Avsluttende eksamen i sykepleie

Gruppe: 623

”Hvordan ivareta rusmisbrukerens verdighet i møte med helsetjenesten?”

- Sykepleiers holdning og oppførsel.



Høgskolen i Gjøvik

Institutt for sykepleiefag, Mai 2009

9677 ord



SAMMENDRAG

Avsluttende eksamen i sykepleie

Kull 06HBSPLH

Gruppe: 623

Dato 07.05. 2009

Forfattere: (fylles evt. ut etter sensurering!)

Norsk tittel (Undertittel / Problemstilling):

Hvordan ivareta rusmisbrukerens verdighet i møte med helsetjenesten?

Sykepleiers holdning og oppførsel.

Engelsk tittel (Undertittel / Problemstilling):

How to take care of the drug addicts dignity and self respect in the meeting with public health care?

Nurse`s attitude and behavior.

Sammendrag

Hvordan ivareta rusmisbrukerens verdighet i møte med helsetjenesten, stiller vi spørsmål om i denne bachelor - oppgaven. Sykepleiers holdninger, oppførsel og kunnskaper står sentralt i å skape mellom – menneskelige relasjoner. Formålet med oppgaven er bevisstgjøring av sykepleierstudenter og sykepleiere: økt kunnskap gir gode holdninger.

Oppgaven er skrevet med en kvalitativ metode. Vi kunne slik fange opp opplevelser og meninger om temaet. Et viktig redskap har vært de uformelle samtalene med rusmisbrukerne vi møtte, kombinert med litteraturstudiet. Samtalene med sykepleiere, leger og andre i rusomsorgen har også vært til stor nytte.

Noen sykepleier har problemer med å behandle rusmisbrukere med verdighet. Vi mener å se en klar sammenheng mellom økt kunnskap og gode holdninger. Økt kunnskap om rusmisbruk bør legges inn i bachelor- utdannelsen for sykepleierfag.

Nøkkelord Holdninger – Verdighet – Respekt – Håp – Sykepleierprofesjon – Helsevesenet – Rusmidler - Rusmisbruk

Forord

Rusmisbrukere finnes overalt i samfunnet, innenfor alle sosiale lag, ikke bare i storbyer men også i bygd. Økende bruk av rusmidler og flere rusmisbrukere stiller større krav om kunnskap, økt innsats innenfor forebyggende arbeid og generelt opprustning og satsning innenfor hele rusomsorgen. Det stilles krav til et godt hjelpe- og behandlingsopplegg, og vi som sykepleiere må blant annet være bevisst vårt ansvar for å tilrettelegge for god omsorg og ivaretagelse av rusmisbrukerens verdighet gjennom våre holdninger.

Vi har gjennom utarbeidelsen av denne oppgaven møtt rusmisbrukeren med åpenhet og vilje til å forstå deres situasjon, og vi fikk masse tilbake!

Tusen takk til alle dere som så åpenhertig fortalte om både gode og dårlige dager, takk for at dere ga noe av dere selv, som vi kunne bruke til vår nytte!

Takk til Gatehospitalet og Avd. Sykepleier Marit Myklebust, for varm velkomst, lærerik observasjon og nyttig samtale under hospitering. Vi takker også alle ansatte på Villa MAR Grorud og Sagene for spennende opphold med samtaler og gode muligheter for observasjon.

En takk rettes også til Dr. Ivar Skeie, Avgiftningsenheten og lederne ved SI Sannerud, for lærerike innspill og kommentarer.

En rusmisbruker er som deg og meg, de er mennesker med alt det måtte bringe med seg av erfaringer og opplevelser. De trenger å bli møtt med omsorg, respekt og likeverd på lik linje som alle andre mennesker.

”Så blir de stående, disse tre:

Tro, håp og kjærlighet.

***Men størst blant dem er
kjærligheten.” (1 Kor 13:13)***



Innhold

FORORD	2
INNHold	3
1. INNLEDNING	5
1.1 BEGRUNNELSE FOR VALG AV TEMA.....	5
1.2 BEGRUNNELSE FOR VALG AV PROBLEMSTILLING	7
1.3 AVGRENSNING AV OPPGAVEN	8
1.4 OPPGAVENS HENSIKT	8
1.5 OPPGAVENS OPPBYGGING	9
2. METODEDEDEL	10
2.1 VALG AV METODE	10
2.2 LITTERATURSØK	11
2.3 KILDEKRITIKK.....	14
3. TEORI OG DRØFTINGSDEL	15
3.1 SYKEPLEIETEORETISK REFERANSERAMME.....	15
3.2 RUSMIDLER	17
3.3 SYKEPLEIEPROFESJONEN	21
3.3.1 VERDIER OG HOLDNINGER	22
3.3.2 NEGATIV ADFERD	25
3.3.3 ØKT KUNNSKAP GIR ØKT RESPEKT?	27
3.3.4 HÅP	29
3.4 RUSMISBRUKEREN	30

3.5 PASIENTRETTIGHETER	35
4. KONKLUSJON	37
5. ETTERORD	38
5.1 PROSESS- OG PRODUKTEVALUERING	38
5.2 HOSPITERINGSPRAKSIS	39
LITTERATURLISTE.....	40

1. Innledning

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Det er ettermiddag, en vanlig ukedag og to glade sykepleiestudiner er på studietur i tiggerstaden. Det er stor trafikk i gatene, noen biler men flest mennesker. Selvfølgelig, dette er hovedstaden så det myldrer av mennesker her. Vi er opptatt av liv og røre rundt oss og trives med mennesker, så valget av yrke er ikke tilfeldig. Men her inne blir forholdene mye større enn hjemme på bygda. Det er fascinerende for to bygdejenter å få være en del av denne by idyllen. Vi observerer og samtaler om det vi opplever, vi har lært på skolen at det er viktig å reflektere. Rundt oss ser vi mennesker av alle typer og alle lag i samfunnet. Men noen av de menneskene vi møter skiller seg ut fra denne mengden, både i fremtreden og utseende. De kan kategoriseres som en gruppe. Våre antagelser er at de er rusmisbrukere, de ser sånn ut. Disse menneskene er også en del av et fasinereende byliv. Mennesker i full sving med sine gjøremål, det er vanskelig å la være å iaktta dem. Tenker man seg et kontorlandskap ville det sett ut som en vanlig dag på børsen, meglere som sikrer dagens omsetning og analyserer kursens oppgang og nedgang. Oppgang og nedgang ja, vi gjør oss en del tanker om disse menneskene, i løpet av noen få minutter ser vi flere helt utslitte og sterkt pregede mennesker og i løpet av bare noen få minutter finner vi ut at de er rusmisbrukere. Er det dårlige holdninger det her, det å forhåndsdomme disse menneskene, eller er det rett og slett å være observant og realistisk samtidig.

I løpet av den korte tiden vi oppholder oss her mener vi å observere mange rusmisbrukere, mennesker som er avhengig av en vare som de akkurat nå kjøper av en selger på gata. Vår antagelse blir bekreftet da en mann plutselig kommer bort dit vi står; God dag, jeg er fra politiet! Han har kledd på seg litt slitte klær, skyggelue og er i aktivitet med mobilen akkurat som mange andre rundt oss. Vi nikker bekreftende og sier at vi hadde tenkt han var det. Politimannen spør om han kan få la det se ut til at vi snakker sammen og kjenner hverandre. Vi blir jo nysgjerrige og vil vite hva som foregår. Jo sier politimannen, det har ankommet et parti narkotika i blokken rett over gaten, politiet har fått meldinger om aktivitet. Ja så hadde vi rett, synes jo ganske

bestemt at vi hadde sett mange rusmisbrukere, og at disse menneskene var opptatt med noe. Vi blir på en måte en del av denne aksjonen og blir stående en stund, politimannen løper unna, men kommer tilbake. Vi opplever arrestasjoner, løslatelser, berusede mennesker som knapt klarer å gå, noen er hoppende glade, andre sinte. De fleste veldig fortvilte og oppgitte mennesker. Det føles som vi er to små nysgjerrige jenter som kikker over vinduskarmen, akkurat som om vi følger med på noe vi ikke har lov til å se. Det er en intens men også spennende situasjon å være med på.

Det er ettermiddag, en vanlig ukedag for en rusmisbruker i tigerstaden. Begge er vi enige om at disse travle menneskene bare kunne forsvinne, de gjør det utrygt og mindre trivelig for oss å være her. Disse menneskene synes å være i veien for idyllen i gata. Men de er bare mennesker, travle mennesker med et mål. De er rusmisbrukere på jakt etter dagens dose. En dose som en rusavhengig trenger for å tilfredsstille nødvendige behov, kanskje også en dose som opprettholder verdighet hos dette mennesket?

Som studenter kunne vi kjenne på hvordan holdningene var motstridene i forhold til disse menneskene. Vi har reflekter mye rundt våre holdninger i møte med dem, om hvordan våre holdninger burde være og om vi kan forholde oss til dette med den kunnskapen vi innehar som sykepleierstudenter. Vi spør oss om det bør være slik at helsepersonell overfører sine personlige holdninger inn i sin utøvende profesjon. Er det forskjell på om vi som sykepleiere ønsker en rusmisbruker vekk fra en avdeling eller om vi som privatpersoner og studenter ønsker dem bort fra gata?

Opplevelsene og erfaringene vi har gjort i møtene med disse menneskene gjennom denne hendelsen som sykepleierstudenter samt de praksiserfaringene vi har gjort oss, tilsier at området rus er et spennende tema. Vi interesserer oss for de utfordringene det ser ut til å være i forhold til verdier og holdninger ovenfor en rusmisbruker. Derfor valgte vi rus som tema i denne oppgaven.

1.2 Begrunnelse for valg av problemstilling

Med rusmisbrukere under behandling, er det ikke uvanlig at etiske problemstillinger dukker opp, og krever løsninger i forhold til denne pasienten – og medpasienter. Dette stiller ekstra krav til sykepleieren, noe som kan være slitsomt i en travel hverdag? Uro på avdelingen kan komme av for eksempel avvikende pasientadferd eller dårlig smertelindring av pasienten. Hva utløser den avvikende adferden?

Vi reagerer begge på de holdninger som kan komme frem på vaktrommet når rusmisbrukere omtales, og vi synes å merke manglende empati blant personalet når det gjelder disse pasientene. Vi har full forståelse for at man kan bli ”lei” disse pasientene som kommer med stadig tilbakevendende problemer som kan anses for å være ”selvforskyldte”, men i sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer står det at ”Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet” (NSF, 2007, s 7), og det er i det store og hele mange sykdommer og plager som kan anses for å være selvforskyldte.

Selv om man er profesjonell, mener vi å merke at holdninger ubevisst påvirker ens væremåte. Negative holdninger kan medføre at vi yter dårligere sykepleie, og at vi behandler rusmisbrukere mindre respektfullt. Rusmisbrukerne kan da oppleve mindre omsorg og trygghet, føle at de ikke blir hørt og at de ikke er verdt noe. Noe som kanskje trigger avvikende pasientadferd?

Vi ønsket å finne en ny vinkling innenfor temaet rus, og vi synes begge at vi har lært for lite om rusmisbruk på skolen. Kan liten kunnskap gi sykepleiere negative holdninger? Og kan dette igjen føre til at mange møter mellom rusmisbrukere og helsetjenesten føles negative for begge parter? Mange ulike problemstillinger rundt temaet ble diskutert, men vi ønsker å sette fokus på sykepleiers holdninger og rusmisbrukerens verdighet. Vår problemstilling ble derfor:

”Hvordan ivareta rusmisbrukerens verdighet i møte med helsevesenet”?

1.3 Avgrensning av oppgaven

I vår oppgave velger vi å fokusere på begrepet holdning, fordi vi anser det som et viktig redskap for å ivareta rusmisbrukerens verdighet. Respekt, omsorg, menneskeverd og håp er begreper vi ønsker å fremheve, siden det fra før finnes mye litteratur om dobbeltdiagnoser, helsefremmende og forebyggende arbeid innen rusomsorgen. Av praktiske hensyn har vi valgt å betegne rusmisbrukeren som "han".

Rusmisbruker, rusmiddelmissbrukere, rusavhengig, bruker, pasient og misbruker blir benyttet om hverandre som en variasjon på mennesker med narkomani. Rusmisbrukere kan misbruke ulike typer rusmidler, men brukes her som benevnelse på narkomane, noe vi føler er en vanlig oppfatning. Vi går ikke inn på andre typer misbruk, men noen typer misbruk nevnes likevel i oppgaven.

Behandling av rusmisbruk er også et område vi ikke utdyper. Rusomsorgen kommer inn under mange ulike lover. Vi går ikke nærmere inn på disse, men de nevnes. Vi konsentrerer oss om grunnholdningen respekt. Respekt innebærer at vi verdsetter et annet menneske med de negative og positive sider det må ha.

1.4 Oppgavens hensikt

Som sykepleiere vil vi møte rusmisbrukere i alle deler av helsetjenesten. Vi ønsker å øke våre kunnskaper om denne pasientgruppen, for å kunne møte dem med verdighet. Ved å bevisstgjøre vår mangel på kunnskap, og reflektere over egne og andres holdninger, har vi fått økt kompetanse på området. Som engasjerte mennesker ser vi viktigheten av at sykepleiere i sin posisjon er bevisst sine holdninger i møte med alle typer pasienter, og hvordan de gjennom sin adferd skaper negativt eller positivt miljø på arbeidsplassen.

Vi ønsker å bidra til økt kunnskap om rusmisbruk og holdninger blant sykepleiere og sykepleierstudenter, slik at yrkesgruppen har best mulig grunnlag for å ivareta rusmisbrukerens verdighet i møte med helsetjenesten.

1.5 Oppgavens oppbygging

Historien fra vår studietur sammen med våre tanker for oppgaven tror vi gir et godt utgangspunkt for videre lesing. Oppgaven skrives fra sykepleierstudenters ståsted, og utdannelsen vil nevnes, siden vi mener kunnskap og holdninger henger sammen. Kapittel 2 er vår metodedel. Den inneholder valg av metode, søk av litteratur og vår kildekritikk.

Erfaringsmessig passer det vår skrivemåte best å drøfte teorien etter hvert som den blir presentert. I kapittel 3 har vi valgt å gjøre nettopp dette, etter hvert som vi presenterer teori som belyser problemstillingen i oppgaven. Underkapitlene omhandler blant annet sykepleieteoretisk referanseramme, sykepleieprofesjonen og rusmisbrukeren.

Underveis i oppgaven nevner vi ulike pasientsituasjoner vi har erfart i praksisperiodene vi har gjennomgått på sykepleierstudiet, for å underbygge våre tanker rundt holdninger. Vi runder av oppgaven i kapittel 4 og 5, med konklusjon og etterord. Her evaluerer vi skriveprosessen og det ferdige produktet, og evaluerer læringsutbyttet vi hadde av hospiteringspraksisen.

2. Metodedel

2.1 Valg av metode

Dette er en avsluttende eksamensoppgave, bachelor -oppgaven for vår 3-årige sykepleierutdanning. Retningslinjer for oppgaven og utformingen av den er gitt fra høgskolen.

Oppgaven er en litteraturstudie relatert til erfaringer fra flere praksissituasjoner som vi har vært igjennom under utdanningen vår. I denne litteraturstudien drøfter vi problemstillingen vår opp mot allerede eksisterende litteratur. En litteraturstudie er i følge Dalland skrevet ut fra kunnskap fra bøker og andre skriftlige kilder. En søker seg frem til relevant litteratur og setter det sammen igjen på en ny måte. Målet er å finne frem til ny kunnskap eller en annen måte å se kunnskapen på (Dalland, 2000).

Den fremgangsmåten eller det hjelpemiddelet vi har brukt for å løse problemstillingen og for å komme frem til ny kunnskap, kan i følge Dalland defineres som metode (Dalland, 2000, s.71).

Metoden vi velger sier oss hvordan vi skal arbeide med stoffet for å kunne fremskaffe eller etterprøve den nye kunnskapen. Gjennom en bestemt metode vil vi finne opplysninger og data som gir oss svar på de spørsmål som problemstillingen belyser (Dalland, 2000).

Denne oppgaven er skrevet med en kvalitativ metode. Kvalitativ metode viser til egenskapene eller karaktertrekkene ved fenomener (ibid).

En slik metode gjør det mulig for oss å fange opp opplevelser og meninger om et tema. Denne metoden har derfor vært nyttig i utarbeidelsen av denne oppgaven. Et viktig redskap har vært de uformelle samtalene med rusmisbrukerne vi møtte, både i og utenfor et behandlingsopplegg. Også samtalene med sykepleiere, leger og andre innen rusomsorgen har vært til stor nytte. Disse samtalene og møtene har gitt et godt grunnlag for vår teori og drøftningsdel. Samtalene og observasjonene ble mulig for oss gjennom hospiteringen som var et obligatorisk krav fra høgskolen. Denne hospiteringen ser vi på som et godt redskap og metode for å løse problemer i forhold til

valgt tema. Dessuten er tankene våre omkring det vitenskapelige kunnskapssyn hermeneutikk, med som bakgrunn for utarbeidelsen av oppgaven. Med dette synet vil de som arbeider med mennesker prøve å forstå og tolke grunnlaget for eksistensen til mennesket:

”Hermeneutikk handler om å fortolke meningsfulle fenomener og å beskrive vilkårene for at forståelse av mening skal være mulig.” (Dalland, 2000).

Hermeneutikken forsøker å se helheten i problemet. Benner og Wrubel (1989) sier at kropp og sjel skal være integrert, samt at menneskets kunnskaper, erfaringer og opplevelser både er intellektuelle og kroppslige (Dalland, 2000). Vår egen forforståelse ut i fra erfaring og kunnskap fra tidligere arbeid innen helsevesenet er en ressurs for å tolke og forstå fenomenet vi står ovenfor. Selv om vi ikke har mye kunnskap om rusmisbrukere fra før, har vår tillærte evne til å se hele mennesket, det å forstå og være tilstede, hjulpet oss i observasjonene i forhold til deres problemer. Observasjonene og tolkningen blir styrket med en hermeneutisk innstilt tankegang.

2.2 Litteratursøk

Vårt søk startet med en generell gjennomgang av ulik litteratur ut fra temaet rus. Vi brukte mye tid på å lese igjennom og organisere litteraturen for temaet før vi fikk oversikt over mer konkret litteratur i forhold til problemstillingen. Vi benyttet oss da av skolebibliotekets bokkatalog BIBSYS. Der fant vi relevante bøker, oppslagsverk og tidsskrifter som var av interesse for skrivingen.

Vi benyttet oss av internett ressursen Helsebiblioteket for å finne relevante artikler. Gjennom søkemotoren *ProQuest*, på disse nettsidene fant vi en relevant artikkel i en tidsskrift fra Canada;

A time for everything: changing attitudes and approaches to reducing substance abuse. Canadian Medical Association. Journal. (Miller, John S, 1998).

Her fant vi også oversikten over de forskjellige databasene som vi har brukt for å søke etter litteratur. Vi valgte SveMed+, Ovid Nursing, Medline og British Nursing Index.

I databasen SveMed+ benyttet vi søkeordene; *stoffmisbruk, verdighet og holdninger*. I tillegg brukte vi søkeord kombinasjoner som; *Rus og verdighet, Drug abuse og Substance- Related disorders*. Oversikten i tabellene nedenfor viser antall treff som vi fikk på disse søkene:

SveMed+	*Holdninger		*0
	*Stoffmisbruk		*3
	*Verdighet		*11
		*Rus og verdighet	*1
		*Drug abuse	*135
		*Substance-Related disorders	*2063

SveMed+ ga 1 relevant treff på søkeord kombinasjonen ” Rus og verdighet”, en artikkel i tidsskriftet Sykepleien fra 2009, *Rus med verdighet?* (Aakre, 2009).

Og av de 3 treffene med søkeordet ”Stoffmisbruk” fant vi en relevant artikkel fra Tidsskriftet Den Norske Legeforening fra 2000, *Stoffmisbrukere må ha særomsorg* (Sundin, 2000).

Videre ga søkeresultat fra SveMed+ 135 treff med søkeord kombinasjonen ”Drug abuse, der fant vi en relevant artikkel fra Nordisk Alkohol-&Narkotikatidsskrift fra 2007, *NAT nr 5* (Perälä, 2007).

Ellers var de fleste treffene av eldre karakter eller ikke relevant i forhold til vår problemstilling.

British Nursing Index ga samme treff som SveMed+ med søkeordene *Dignity og Drug*, 1 relevant treff. Artikkelen fra Tidsskriftet Sykepleien 2009.

BritishNursingIndex	Drug, Dignity		*1
---------------------	---------------	--	----

I databasen Medline benyttet vi søkeordene; *Drug* og *Intoxication* og kombinasjonene *Drug fiend*, *drug addict*, *drug abuse with dignity*, *attitude drug fiend*, *attitude and drug use* og *drug user*. Vi brukte her flere søkeord og andre søkeordkombinasjoner enn i de foregående søkene og fikk disse treffene:

MEDLINE	*Drug		*14224
	*Intoxication		*10611
		*Drug fiend	*4
		*Drug addict	*604
		*Drug abuse with dignity	*252
		*Attitude Drug fiend	*525
		* Attitude and drug use	*1692
	*Drug user	*937	

Databasen Medline ga ingen andre treff av relevans enn SveMed+ og British Nursing Index. Vi forsøkte også forskjellige søkeord i databasen Ovid Nursing, disse ga noen av de samme treffene som ovenfor, og i tillegg fant vi en artikkel i Sykepleien ved hjelp av søkeordkombinasjonen *Nursing Profession Dignity Drug Abuse*:

Narkomanes dårlige helse – en sykepleiefaglig utfordring (Klingsheim, 2003). Ellers fant vi ingen treff som var relevante får vår problemstilling. Kombinasjonene vi brukte og antall treff er listet opp nedenfor:

Ovid nursing		*Drug abuser	*27
		*Substance abuse	*1071
		*Nursing Profession Dignity Drug Abuse	*2600

Søkeresultatene som vi fant relevante og kildene som er brukt til å presentere teorien, er både primære og sekundære. Primær kilden er den opprinnelige kilden til litteraturen, eksempler på dette er den selvvalgte litteraturen fra offentlige dokumenter i vår oppgave. Den sekundære kilden forklares ved at andre forfattere har henvist og referert til hva andre har skrevet i en ny bok eller artikkel. For eksempel kan noe pensumlitteratur og en artikkel fra Sykepleien være en slik kilde (Dalland, 2000). Den litteraturen vi har valgt å bruke, er det henvist til i teksten og den er skrevet inn i litteraturlisten.

2.3 Kildekritikk

Litteraturen i oppgaven vår er både pensum- og selvvalgt litteratur.

Den selvvalgte litteraturen i oppgaven er fagartikler som er hentet fra forskjellige tidsskrifter, også ulike rapporter, offentlige dokumenter og forskningsartikler er brukt. Vi har gått igjennom alle artiklene for å vurdere deres validitet og pålitelighet i forhold til oppgavens problemstilling. I tillegg til pensumlitteraturen, var de mest pålitelige kildene, forskningsartikler og offentlige dokumenter. Disse ble hentet fra Helsebiblioteket og andre nettsider som Helse- og sosialdepartementet, Rusmiddelbrukerens Interesse Organisasjon, RIO og Statens Institutt for Rusmiddelforskning, SIRUS, ble også benyttet. Disse kildene ser vi på som svært pålitelige fordi de er utarbeidet av regjeringen eller egne frittstående organisasjoner, de har et faglig sterkt ståsted i forhold til problemområdet rus i Norge. Vi har derimot vært kritiske i vår bruk av litteratur fra blader og tidsskrifter, men artikler fra Tidsskriftet Den Norske Legeforening og Sykepleien er referert til i teori og drøftingsdelen i oppgaven. Slike kilder kan være feilkilder fordi de kan være gjengitte av andre personer enn den opprinnelige forfatteren, eller de kan være oversatt og få mindre riktig innhold. Hvor vi har funnet artiklene og navn på databaser er også viktig å få fram, da databasene sier noe om påliteligheten til kildene. Vi har brukt kun anerkjente og pålitelige databaser i denne oppgaven.

Den litteraturen vi har funnet kan være med å belyse vår problemstilling, sammen med vår egen kunnskap fra utdanningen og observasjoner gjort i praksis.

3. Teori og drøftingsdel

3.1 Sykepleieteoretisk referanseramme.

Joyce Travelbees filosofi og mellommenneskelige sykepleietenkning har stor innflytelse i norsk sykepleierutdanning. Ethvert menneske er unikt, enestående og uerstattelig, forskjellig fra alle andre (Kristoffersen, 2005, bind 4). For å forstå hva sykepleie er, må man ha innsikt i hva som foregår mellom pasient og sykepleier, hvordan dette kan oppleves og hvilke konsekvenser dette kan ha for pasienten og hans tilstand, sier Travelbee (Kirkevold, 1998, kap.6). Vi må forsøke å sette oss inn i pasientens tilstand, vise at vi bryr oss og skape en god relasjon. Et av menneskenes behov er å føle seg verdifull. *Etter en uke på sykehuset husket pasienten best den gangen studenten pakket dyna rundt bena hennes i senga.* Små ting som viser at vi bryr oss, øker sjansen for at pasientene henvender seg til oss hvis de vil ta opp ting.

Sykepleier og pasient må "se" bak rollene for å etablere et menneske- til- menneskeforhold og oppnå god kommunikasjon. Sykepleier benytter fagkunnskaper og innsikt til å finne pasientens behov, og se hvordan disse best skal møtes. Ved å bruke seg selv terapeutisk, bruker man egen personlighet for å fremme endring hos pasienten som kan redusere eller lindre plagene hans (Kristoffersen, 2005, bind 4). Ved å være personlig men ikke privat, viser vi at vi er et menneske. Travelbee sier at

"Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleieren hjelper en person, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig å finne en mening i disse erfaringene" (ibid).

Gjennom tre år nå har vi lært at sykepleien må være individuell for at pasientene skal få en god opplevelse som kan hjelpe dem til å mestre sine utfordringer. Sykepleierteoretikerne Benner og Wrubel sier at sykepleier skal hjelpe mennesket til å mestre situasjonen på en måte som ivaretar det som for hver enkelt er særlig verdifullt, ved å ta utgangspunkt i de forhold som er viktige for det enkelte mennesket, og den mening individet tillegger sin egen situasjon (Kristoffersen, 2005, bind 4, s.24).

Verdi kan være at noen lytter til deres historie og har tro på dem som mennesker. Benner og Wrubel sier dette om mennesket:

Mennesket kjennetegnes ved at det lever i verden, og ved at det forholder seg til verden på en meningsfull måte. Mennesket kan ikke forstås isolert fra den sammenhengen det inngår i, og det utvikler seg, og utvikles, i sitt forhold til faktorer i omgivelsene.

(Kristoffersen, 2005, bind 4, s 70)

Benner og Wrubel opererer med fire sentrale begreper i beskrivelsen av dette samspillet: omsorg, kroppslige kunnskaper, bakgrunnsforståelse og spesielle anliggender. Omsorg kjennetegner menneskets måte å være i verden på, og det grunnlaget som menneskets reaksjoner og atferd må forstås ut fra. Man bryr seg om noe eller noen. Omsorg gir mulighet til å skape mening og innhold i livet, men utsetter oss samtidig for påkjenninger (stress) og risiko (Kristoffersen, 2005, bind 4, s 71). Har man valgt å bli sykepleier, vil man komme bort i situasjoner som ”pirker” borti våre indre verdier og meninger. Å være sikker på sitt eget ståsted gir sykepleier et godt utgangspunkt til å kunne yte god sykepleie som inkluderer gode samtaler.

Kommunikasjon skjer kontinuerlig når to mennesker møtes, både verbalt og nonverbalt. Vi må bli kjent med pasienten for å finne frem til og oppfylle hans behov, sier Travelbee (Kirkevold, 1998, kap.6). Videre sier hun om sykepleierprosessen at vi må observere sykepleiebehov, bekrefte/ avkrefte disse med pasienten, oppfylle behovene eller henvise ham til andre, og legge planer for hvordan sykepleiebehovene skal ivaretas (ibid). Å sette opp en individuell plan på bakgrunn av pasientens behov, og stadig evaluere denne sammen med pasienten, virker som en god og systematisk måte å holde oversikt på, for alle involverte parter. Travelbee mener at individets oppfattelse av sykdommen er viktigere enn noen helsearbeiders kategoriseringssystem. Ved å snakke om sykdommen vil pasientene lettere kunne sette ord på sine følelser og finne en mening med erfaringen. Det viktigste karaktertrekket ved forholdet mellom sykepleier og den syke, er at sykepleiebehovene til pasienten og dens familie blir oppfylt. Videre må de akseptere at også sykepleieren har og oppfyller behov i forholdet (Kirkevold, 1998, kap.6). For oss som snart er sykepleiere, er det godt å høre at også sykepleieren ”bare” er et menneske.

3.2 Rusmidler

Rusmidler har blitt benyttet av mennesket helt fra deres adferdshistorikk har blitt registrert. Så langt tilbake som ca. 10 000 år f.Kr. er det kjent at det fantes cannabisplanter i Kina (Simonsen, 2004).

Bruken av rusmidler var tidligere knyttet opp mot religiøse og sosiale ritualer. I nyere tid har nytelsesverdien, det at brukeren oppnår en ønskelig effekt av rusmidlet, tatt over for den rituelle formen (ibid)

Rusmisbruk fører med seg store samfunnsmessige og personlige kostnader. Årsaker til alvorlig sykdom, ulykker, dødsfall og selvmord har en klar sammenheng med inntak av rusmidler. I Norge har antall overdosedødsfall på grunn av narkotikamisbruk vært økende. Også blant ungdom er tallet stigende. Et narkotikamisbruk kan gi skader og sosiale problemer i et stort omfang (Sosial- og Helsedirektoratet, 2004-2).

Tilgjengelighet, utvalget av stoffer og pris er med på å styre bruksmønsteret. Dessuten vil ønsket om å dempe opplevelsen av en vanskelig livssituasjon eller å kontrollere ubehagelige abstinenser, være med på å styre rusmisbrukets omfang. Disse faktorene er med på å gi motivasjon til misbruk. Begrepet misbruk kan i følge Simonsen mfl. beskrives som;

”Bruk av legale rusmidler som avviker fra aksepterte sosiale normer i en gruppe, og all bruk av illegale midler, legemidler og løsemidler til rusformål.” (Simonsen mfl.s.131, kap.15, 2004).

Det finnes mange stoffer som faller under kategorien rusmidler. Noen av dem kan kjøpes lovlig. Alkohol og løsemidler, eller legemidler som benzodiazepiner og morfin er eksempler på disse. I tillegg finnes de illegale narkotiske stoffene som for eksempel cannabis, heroin og amfetamin (Folkehelseinstituttet, 2008).

I Norge føres en streng lovgivning som regulerer omsetning, fremstilling og ulovlig bruk av narkotiske stoffer.

”All bruk, besittelse, omsetning og andre former for ulovlig omfang med narkotiske stoffer og legemidler kan medføre straffeansvar i Norge. I motsetning til mange andre land behandles alle stoffer likt etter loven. I praksis vil særlig arten og mengde av stoff få betydning av straffebedømmelsen.

(Sosial og Helsedirektoratet, 2004 -2).

De narkotiske stoffene som er ført opp på den norske narkotikalistene, omfattes av narkotikalovgivningen i Norge. Vi omtaler ikke lovene her, men nevner kort de lovene som ble omtalt for oss i praksis.

Legemiddeloven § 24, jr. § 31 omfatter mindre overtredelser. Eks. besittelse av små mengder. *Straffelovens § 162* rammer de andre narkotika lovbruddene. Blant annet; innførsel, oppbevaring og tilvirkning (ibid). Lover og regler ble høylydt kommentert rundt bordet da vi brakte temaet på banen: *Ja, jeg vet ikke hvor mange slike dommer jeg har på meg, men skal da inn å sone snart. Ja, da får jeg jo mat i noen uker...ja, det er egentlig fint å sitte inne. Ja, hadde det ikke vært for alle de teite folka som sitter inne der da.*

Narkotikaovertrædelsene, som kommer under § 162, er inndelt i fire kategorier etter strafferammens størrelse. Dette avhenger av forbrytelsens art og omfang. I tillegg kommer lover om økonomisk utbytte av en narkotikaforbrytelse og heleri (ibid).

En bruker hadde planer om "å kjøpe" seg bil og fortalte villig til personale om sommerturer gjennom hele landet, disse turene gledet han seg virkelig til. Du vet jeg må melde fra om deg, hvis jeg ser du kommer susende hit i amfetaminrus med ny bil? Var en kommentar fra en ansatt til denne rusmisbrukeren. Det er Vegtrafikkloven som forbyr kjøring i beruset/påvirket tilstand (Sosial- og Helsedirektoratet - 2, 2004).

I følge Simonsen mfl. er rusmidler kjemiske eller biologiske substanser som gir rus;

"For at en substans skal ha potensial som rusmiddel, må den påvirke signaloverføringen i deler av sentralnervesystemet hvor prosesser for bevisst opplevelse foregår." (Simonsen, s.131, kap.15, 2004).

Rusmidlene virker på forskjellige måter og kan deles inn i tre hovedkategorier: hallusinogene, stimulerende og dempende.

De enkelte rusmidlene har spesifikke virkninger etter inntak, for eksempel vil bruk av dempende stoffer som alkohol og metadon medføre sløvhet. Stimulerende stoffer som amfetamin vil virke slik at den motoriske og sentralnervøse aktiviteten øker (Folkehelseinstituttet, 2008).

Forskjellen så vi tydelig på to brukere da vi spiste felles lunsj på et av behandlingsstedene hvor vi hadde vår hospitering:

Den ene brukeren var veldig rolig, tankefull og veldig interessert i oss som studenter. Ville diskutere og snakke om sitt rusproblem, tente stearinlys, satte pris på hyggelig stemning. Den andre hoppet og spratt rundt bordet, klarte ikke sitte stille. Plutselig dro han frem en saks, en hjemmelaget saks fra ermet på jakka. Vi skvatt til, han lo og klippet av den brennende eika. Startet en slags lek med flammen på lyset. Den ene som oppførte seg rolig gikk på metadon i tillegg til noen benzodiazepiner, den andre fikk også utdelt metadon, men hadde et kjent sidebruk av amfetamin.

Ved inntak av hallusinogene stoffer som LDS, vil det inntreffe hallusinasjoner. Virkningen er knyttet til det bestemte stoffet som inntas. Det finnes fellestrekk på virkningen av rusmidlene uavhengig av type stoff. Alle rusmidler gir rett etter inntak følelse av velvære, svekket konsentrasjon, nedsatt hukommelse/ innlæring, nedsatt kritisk sans, økt impulsivitet og svekkende feilkontroll (hjernefunksjon som påser samsvar mellom tanker/gjøremaal) (Folkehelseinstituttet, 2008).

Virkingen av rusmidlene kan vare i noen minutter og opp til flere timer (Ibid).

Norsk folkehelseinstitutt beskriver disse rusmidlene som de mest brukte i vårt samfunn:

- Alkohol
- Cannabis (hasjissj, marihuana)
- Amfetamin, metamfetamin, kokain, ecstasy, khat
- Benzodiazepiner og lignende legemidler som epilepsi- sovemedisiner og beroligende midler
- Opioider som morfin, heroin, metadon, oksykodon, buprenorfin og kodein
- Løsemidler/ flytende stoffer (stoffer som sniffes)
- Andre narkotiske stoffer som PCP (englestøv), LSD, Psilocybin (fleinsopp) og GHB (Folkehelseinstituttet, 2008).

Ved stadig gjentatt inntak av rusmidler kan personen bli avhengig (Folkehelseinstituttet, 2008).

Avhengighet karakteriseres som at brukeren ser på rusmiddelet som et nødvendig behov for å føle velvære. En avhengig person kan utføre lette tvangsmessige til grove kriminelle handlinger for å få tak i stoffet. En avhengig bruker opplever ofte negative konsekvenser av medisinsk og sosial art (Simonsen, 2004).

Avhengighet deles gjerne inn i *fysisk* og *psykisk* avhengighet. Fysisk avhengighet er knyttet til toleranseutvikling. Det vil si at ubehagelige, også livstruende fysiologiske reaksjoner oppstår når rusmiddelet ikke inntas. Psykisk avhengighet inntreffer når brukeren opplever abstinensplager (Ibid). En abstinensreaksjon er en:

”Psykisk og fysisk reaksjon på at konsentrasjonen av et stoff er redusert under en kritisk grense for personen som har brukt stoffet. Reaksjonen vil i alle tilfeller være ubehagelig og i noen tilfeller livstruende.”(ibid).

Hvis vi har nødvendig kunnskap om rusavhengighet vil det gjøre oss i stand til å forstå rusmisbrukerens situasjon? Muligens står vi sterkere rustet til å ivareta mennesket bak rusen!



3.3 Sykepleieprofesjonen

Profesjonsbetegnelsen brukes om en selvstendig yrkesutøvelse, bygget på en høyere utdanning med en spesiell kompetanse. Utdanningen gir høy faglig kunnskap, yrkesstolthet, engasjement og yrkesetisk kompetanse. Et kjennetegn ved profesjonalitet er at yrkesutøvelsen er kunnskapsbasert, med rom for bruk av skjønn (NSF, 2008, s 13). Ved å ta sykepleierutdanningen, har vi utviklet oss som mennesker. I større grad enn tidligere reflekterer vi nå over det vi sier og gjør – og det andre sier og gjør, både privat og på jobb, og tar opp situasjoner til diskusjon. Vi leter etter svar og begrunnelser ved å snakke med fagpersoner og ved å søke i litteratur.

Sykepleieprofesjonen ivaretar sitt mandat i helsetjenesten gjennom å utøve sykepleie. Sykepleieutøvelse er et målrettet, overveid, handlingsrettet og koordinert arbeid for og med mennesker for å fremme deres helse eller en fredelig død (ibid). Sykepleiens innhold består av verdier og fagkunnskap. Som sykepleier forplikter en seg til å ivareta og fremme et tjenesteideal bygget på viktige moralske verdier og idealer. Sykepleiens spesielle karakter, historie og samfunnsmessige verdi krever at utøveren styres av grunnleggende omsorgsverdier (Kristoffersen, bind 1, s 14).

Ute i praksis opplevde vi at en rusmisbruker ble ”avvist” på sykehuset. Til tross for sterke magesmerter, klarte han å ringe nødnummeret, og ankom sykehuset i ambulanse. Etter en kort observasjons- periode ble han sendt hjem med taxi. De kjente ham fra før... Samtidig observerte vi en annen ”svingdørs- pasient” hvis innleggelse så tilsynelatende ganske ”meningsløs” ut. Blodprøvene var negative, pasienten viste ingen tegn til smerte, og hun var også ”kjent” på huset. Hvor ble det av nestekjærligheten og omsorgen ovenfor rusmisbrukeren? Hva tilsier at noen får ”plass i herberget”, og noen må reise? Er moral og verdier fine ord vi legger til side når det passer oss? Profesjon gir rom for å bruke skjønn. Kommer vårt skjønn sjelden rusmisbrukeren til gode? I løpet av våre tre år på sykepleierskolen har vi hatt cirka 1,5 dag om rus. Kunnskapene på dette området kan derfor være begrensede.

Er det et ”hull” i vår profesjon, og kan manglende kunnskap være en av årsakene til at det er vanskelig for oss å se mennesket bak rusmisbrukeren?

3.3.1 Verdier og holdninger

Et kall om å bli sykepleier innebar å gi pleie og omsorg til alle sine medmennesker ut fra en altruistisk (uegennyttig) holdning, der man viste nestekjærlighet, barmhjertighet og lindret lidelse hos den syke (Kristoffersen, 2005, bind 1, s.14-15). De færreste vil nok i dag si at de har et kall om å bli sykepleier, men ønsket om å jobbe for og med mennesker hører vi er sentralt. Vår gyldne læring fra skolen om at sykepleiere styres av sentrale omsorgsverdier blekner da vi hører kommentarene på vaktrommet:

På en dagvakt meldes det en pasient som snart skal ankomme avdelingen. Straks navnet på pasienten sies høyt på vaktrommet, utbryter den ene sykepleieren: "Å, nei – kommer han inn igjen?! Ja, - jeg går IKKE inn dit!" Flere av de andre som jobber på avdelingen er også enige, og praten går ganske heftig om denne pasienten som viser seg å være en rusmisbruker. Vi som ikke kjenner pasienten får raskt et innblikk i hvor "vanskelig" pasient han er, og at han "kun er ute etter medikamenter".

Kommer våre personlige holdninger inn og preger oss selv om vi er på jobb som en offentlig og profesjonell sykepleier? Hva er egentlig holdninger og verdier?

Når vi vokser opp, lærer vi av foreldre, venner, skole og media å forstå verden rundt oss. Vi utvikler meninger, holdninger og verdier som påvirker vår atferd og opplevelse. Verdiene har en overordnet styrende funksjon i livet vårt, og våre vurderinger, tanker og handlinger har sitt utspring her (Håkonsen, 2003, kap.13). Verdiene gir livet mening og gjør det verdt å leve, ifølge Frankl (Kristoffersen, 2005, bind 3, s 175). Han mener vi kan oppleve tilværelsen meningsfull gjennom tre typer verdier:

Kreative verdier er knyttet til det vi bidrar med eller gir til verden. Gjennom å bli sykepleier utvikler vi våre evner og kan yte tjenester som oppleves meningsfulle. Gjennom omsorg kan tro og håp utvikles hos pasienten. Dette kan hjelpe dem til selv å ta ansvar og bruke sine ressurser (Kristoffersen, 2005, bind 3, s 175). Kan det føles meningsløst og bortkastet å hjelpe de som selv er "skyld" i sine lidelser? Hva med de som blir innlagt på sykehuset med hjerteinfarkt, etter å ha røkt i 40 år? Vi kan vel også si at disse har påført seg selv denne lidelsen. Likevel har vi sjelden problemer med å

yte sykepleie til denne pasienten. Blir rusproblematikk sett strengere på med moralske øyne enn andre ting?

Erfaringsverdier knyttes til det vi tar imot fra omgivelsene. Vi møter nye mennesker og situasjoner, og får nye erfaringer. Erfaringsverdiene åpner opp for nye tanker og refleksjoner som kan gi utvidet perspektiv og forståelse (ibid). Farges vårt syn for lett av våre egne og andres erfaringer? ”Alle har rett til å bli sett med nye øyne”, sa de på Gatehospitalet. Klarer vi å gå inn til rusmisbrukeren med et åpent sinn etter å ha overhørt frustrasjonene på vaktrommet?

Holdningsverdier forbinder vi med den frie vilje og til opplevelsen av mening. Når vi møter lidelser, ulykker og smerte, velger vi hvordan vi forholder oss til dette. Situasjonene innebærer også muligheter for vekst og utvikling. Alt kan forandres til noe positivt ved hjelp av våre holdninger. Dette finner vi igjen i Travelbees filosofi når hun understreker at det er sykepleiers ansvar å hjelpe mennesker med å finne mening i sykdom og lidelse (ibid). Det er gjennom erfaringer vi bedre rustes til å hjelpe pasientene. Vi er til stede for dem, - ikke for å sitte på vaktrommet og skravle.



Holdning er en spesiell tilbøyelighet til å reagere på en bestemt måte når vi stilles overfor andre mennesker, ting eller hendelser (Håkonsen, 2003, kap 13). Holdninger er evaluerende, vurderende eller dømmende – i positiv eller negativ retning, og innebærer at vi tar et standpunkt. I motsetning til meninger, som er lette å forandre på, har vi med oss holdningene over tid, og det tar tid og krefter å endre på dem (ibid). Gjennom våre verdier og holdninger har vi en forforståelse som gjør at vi reagerer på vår særegne måte når vi møter for eksempel rusmisbrukere. Holdninger inneholder tre ulike komponenter; den kognitive, den følelsesmessige og den atferdsmessige (ibid).

Kognitiv komponent er det vi tenker og mener om et emne. Gjennom det vi ser, hører og oppfatter får vi de fleste synspunktene våre. Vi kombinerer ulike erfaringer og danner meninger og kunnskap om ulike emner. Våre tanker gjenspeiler seg i våre holdninger (Håkonsen, 2003, kap.13). Har vi for eksempel opplevd rusmisbrukere på gaten sammen med skeptiske foreldre og hørt mye negativ omtale av rusmisbrukere i media, for så å møte negative holdninger blant sykepleiere på jobb, er det logisk at man påvirkes i negativ retning av dette.

Følelsesmessig komponent utløser positive eller negative følelser hos oss. Respekt, sympati eller at vi liker noe, er noen positive følelser. Reagerer vi derimot negativt, kan avsky, forakt eller frykt komme frem, og vi misliker situasjonen. Følelsesmessige reaksjoner utløses lett selv om vi gjerne vil endre på denne holdningen (Håkonsen, 2003, kap.13). Fordommer, som er en følelsesmessig komponent, er ofte inne i bildet når det gjelder rusmisbrukere. Mange tror at de er utspekulerte og bare ute etter å lure oss for å skaffe dagens dose med stoff. Sykepleier Marit på Gatehospitalet presiserte at rusmisbrukere er som oss andre, og at man kan stole 100 % på dem – bortsett fra på området som gjelder medisiner og rus. Her er det selvfølgelig også individuelle forskjeller. Men *hvis* pasienten har store abstinenser, kan vel de fleste områder være en nøkkel til hvordan man skal skaffe den rusen, - eller?

Den atferdsmessige komponenten knyttet til et tema avgjør hvordan vi handler og reagerer. Det er gjennom det vi *gjør* at våre holdninger kommer best til syne. Det viser seg at vår atferd ikke alltid står til det vi tenker eller føler. Det er alltid flere årsaker til handling og det vil alltid være noen spesielle faktorer som har innflytelse på vår oppførsel (Håkonsen, 2003, kap.13). Våre iakttagelser om at sykepleieres holdninger ubevisst påvirker sykepleieutøvelsen, kan altså være riktige. Om man i det ene øyeblikket står på vaktrommet og ”slenger dritt” om pasienten, har vi liten tro på at man i det neste klarer å sette seg omsorgsfullt ned hos pasienten og opprette et godt menneske- til- menneske- forhold. Uansett hvor profesjonelle sykepleiere vi er, vil nødvendigvis utførelsen av sykepleien preges av våre holdninger og følelser.

3.3.2 Negativ adferd

Det innledende møtet mellom sykepleier og pasient preges ved at de ikke kjenner hverandre. Ut fra sine forventninger danner man seg et førsteinntrykk av den andre gjennom å observere den andres væremåte, handlinger og språk. Utfordringen for sykepleieren er å legge bort sine forutinntatte oppfatninger og virkelig *se* personen (Kristoffersen, 2005, bind 4, s 30). Ifølge lov om helsepersonell skal vi yte *omsorgsfull* hjelp (Helsepersonelloven, 1999). Dette vil naturligvis bli vanskeligere etter slike utblåsninger på vaktrommet.

Hvis sykepleieren ikke ser mennesket i pasienten, vil omsorgen bli upersonlig, overfladisk og mekanisk, og den syke vil ikke lenger behandles som en særegen person. Det er bare enkeltpersoner som kan etablere relasjoner, sier Travelbee (Kristoffersen, 2005, bind 4). Dette underbygger vårt inntrykk fra praksis, om at rusmisbrukeren ofte mottar en kjølig og rutinepreget mottakelse. Vi ivaretar *ikke* rusmisbrukers verdighet på den måten.

Bedres situasjonen for pleierne eller pasienten ved at man ”blåser ut sin frustrasjon” på vaktrommet? Tvilstomt! Som sykepleier Marit Myklebust sa, er ”drittkasting” uprofesjonelt og uten verdi! Dette skaper kun dårlig stemning og negative holdninger. Det er avdelingsleders ansvar å holde slikt snakk borte fra avdelingen, og heller lage et forum hvor man kan diskutere situasjoner, følelser og holdninger på en saklig måte.

Hvis pleieren i situasjonen ovenfor av personlige grunner hadde vanskeligheter med å hjelpe rusmisbrukeren, kunne en samtale med avdelingsleder ført til at hun reflekterte og så situasjonen fra pasientens side. I stedet fikk hun alle pleierne som var på vaktrommet til å fokusere på håpløsheten allerede før pasienten hadde ankommet.

Som omtalt i foregående kapittel, kreves det at sykepleieren styres av grunnleggende omsorgsverdier.

Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet.

Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert.

(Yrkesetiske retningslinjer, 2007)

Hvorfor er det vanskelig å holde fast ved grunnlaget for sykepleie? Er hverdagen som sykepleier så krevende at man utvikler dårlige holdninger og atferd? Om man ser på alle dobbeltarbeidende, kan vi lett forstå at man blir sliten og frustrert. Dette kan være en medvirkende årsak til at noen må "blåse ut" innimellom. Kan helsetjenesten godta dette?

Avdelingsleder på Sanderud sa det så sterkt at om en sykepleier viser slike dårlige holdninger bør hun revurdere sitt yrke!

Situasjonen vi er i påvirker atferden i stor grad. Dårlig tid eller mange personer til stede kan gjøre at vi handler annerledes enn vi ville gjort ellers. En type atferd gir derfor lite informasjon om hvilke holdninger personen har. Personens verdier og holdninger blir ofte underordnet situasjonen vi er i (Håkonsen, 2003, kap.13).

Sykepleieren trenger derfor nødvendigvis ikke å revurdere sitt yrke. Men å tenke gjennom arbeidssituasjonen og kjenne etter om hun trives, kan være en idé. Kanskje kunne kurs eller videreutdanning for og "fille på" med kunnskaper være en idé? Kanskje tiden er inne for å skifte arbeidsplass?

En lærer uttalte at man hvert 5. år bør skifte arbeidsplass for å fokusere på sin utøvelse av yrket og ikke bli "fanget" i rutinene. Vi som arbeider i helsetjenesten bør nok vurdere dette innimellom.

3.3.3 Økt kunnskap gir økt respekt?

Som kommunelege Skeie sa, er det et faktum at rusmisbrukere ofte blir somatisk syke og trenger sykehusbehandling. Hele deres livssituasjon kan ikke løses på de dagene de er innlagt. Man må med midlertidig substitusjon tilrettelegge for mulig behandling, og gjøre det beste ut av situasjonen. Rammen må være fast, og kunnskap *må* være tilstede.

Ved innleggelse i somatiske og psykiatriske institusjoner er det viktig at tilnærmingen til rusmiddelmissbrukere er optimal for å hindre behandlingsavbrudd. Bedre kunnskap om rusmiddelmissbruk og effektiv behandling av pågående misbruk/avhengighet er derfor en nødvendighet i somatiske og psykiatriske helseinstitusjoner (Sosial- og Helsedirektoratet, 2004-1). Kan man ved å høyne kunnskapsnivået blant sykepleierne bedre tilnærmingen til rusmisbrukerne?

Sykepleier Marit Myklebust sier at uvitenhet om narkomani skaper redsel. Uten tilstrekkelig kunnskap er det vanskelig å respektere rusmisbrukeren og ivareta hans verdighet.

Mennesker har verdi i seg selv og skal ut fra dette møtes med respekt for det liv de velger å leve. Vi er som sykepleiere profesjonelle. Fordommer kan da legges til side, og man behandler pasienten på en respektfull måte, uavhengig av etnisk bakgrunn, kjønn, språk, religion eller politisk ståsted (Slettebø, 2002, s 85).

Sykepleieren besøker et middelaldrende ektepar sammen med en sykepleierstudent. De bor i eget hus på landet, men allerede før de har parkert bilen får studenten et inntrykk av hva som kan møte dem der inne. Tomta var preget av rot og søppel, og hagen var ustelt. Paret var rusmisbrukere, og legg- sår var grunnen til at hjemmesykepleien var involvert. Huset og møblene var fylt opp med rot og søppel, så det var nesten ufremkommelig. På kjøkkenet sto størknet oppvask og matrester for lang tid, og ingen av beboerne hadde nok dusjet eller stelt seg på lang tid. Det var en noe sjokkert og tankefull student som reiste hjem den dagen.

Hvordan kunne paret "få lov til" å ha det slik? Det hevdes at sykepleiers fokus på orden og renslighet kan oppfattes som moralistisk. Med en god hygienisk begrunnelse kan de overkjøre eller fordømme pasienter med andre estetiske eller hygieniske normer (Kristoffersen, 2005, bind 1, kap.4). Visst hadde hjemmesykepleieren forsøkt å hjelpe, ved blant annet å foreslå ulike hygieniske rutiner. Men de levde sitt liv slik de ville, og så ikke ut til å bli sykere av bo -situasjonen. Vi kan gi rusmisbrukerne ulike tilbud og forslag til endringer, men til slutt handler det om å respektere hverandres levemåte.

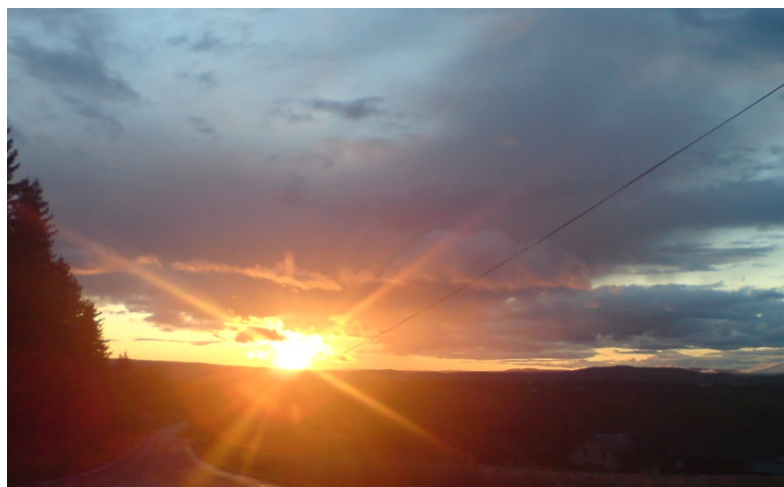
"Det viktigste er ikke alltid mer terapi og flere samtaler, men å få være litt i fred, ha medisinen i lomma uten fare for å bli arrestert, få muligheten til å kjenne på egne følelser og få tilbake sex -lysten, og kunne kjenne lukten av blomster", har en rusmisbruker uttalt i boka Mellom alle stoler (Larsen, 2008, kap.20). Dette forteller litt om hvor fint rusmisbrukere også kan ha det, ut fra sine personlige verdier og behov.

Personer som er rusavhengige har en kronisk sykdom som krever god skadeforebygging og medisinsk pleie. Det finnes genetiske eller biologiske svakheter som gjør deg lettere mottakelig, på lik linje som med diabetes (Miller, John S.1998). Kanskje slike fakta kan hjelpe sykepleier til å behandle rusmisbrukerne med respekt, og slik ivareta deres verdighet?

Respekten for det enkelte menneskes liv og verdighet var nedfelt allerede i den hippokratiske lege- eden, fra over fire hundre år før vår tidsregning. Siden har respekten for livet vært av overordnet verdi for helsepersonell (Kristoffersen, 2005, bind 1, kap.5). Ved å respektere rusmisbrukeren og "utligne forskjellen" kan man få et likeverdige møte mellom to voksne mennesker.

3.3.4 Håp

En rusavhengig fortalte om et mislykket og om et vellykket møte med ansatte i helsetjenesten. I det mislykkede møtet møtte han en ansatt som "bare tenkte på sin egen greie istedenfor å møte ham". I det neste møtet fikk han snakke om hva han ville, for å finne ut hva han ville jobbe videre med. Dette møtet forandret livet hans positivt. Hans appell til helsetjenesten er å stille de gode spørsmålene istedenfor å gi svarene og fortelle ham hva han må gjøre (Berg, 2006, s 37). Det å være tilstede og "se" rusmisbrukeren *kan* gi ham økt følelse av verdighet og nære et fremtidshåp.



Håp er en sjelelig tilstand som kjennetegnes av ønsket om å avslutte noe eller oppnå et mål, kombinert med en viss forventning om at det som er ønsket eller ettertraktet, er oppnåelig. En håpende person tror at livet på en eller annen måte vil bli forandret, det vil si mer behagelig, meningsfylt eller glederikt, dersom han oppnår det han ønsker.

(Travelbee i Kristoffersen, 2005, bind 4)

En rekke studier tyder på at opplevelse av håp er avgjørende for hvordan mennesker takler sine liv når de erfarer tap, lidelse og usikkerhet. Betydningen av håp understrekes når Travelbee sier at håpet gir den syke energi og gjør ham i stand til å overvinne hindringer og sette kreftene inn i de vanskelige oppgavene som kan ligge i en rehabiliterings- eller endringsprosess (Kristoffersen, bind 3, kap.20).

I rusomsorgen er en viktig del av sykepleien å understøtte håpet hos rusmisbrukerne. Som Travelbee sier, hjelper håpet pasientene til å bære lidelse, sykdom og tap, ved at de tror på en endring i livet (Kristoffersen, 2005, bind 4, kap.23). Når man har en tung og vanskelig hverdag, hjelper det å ha håp og tro om at livet vil forbedre seg – snart.

Hvis pasienten mister håpet, ser han ikke lenger noen mulighet til å forandre og forbedre sin livssituasjon. Han mister da troen på at problemene kan løses og ser ikke veien ut av vanskelighetene han opplever (ibid). Dette øker faren for selvmord (suicid). Ved å bygge et tverrfaglig nettverk rundt pasienten, og samarbeide godt, er sjansen til å få rusmisbrukeren til å finne fremtidshåp større.

”Veien gjennom en livssituasjon med lidelse og tap er individuell og personlig, den er full av omkostninger, ensom og smertefull. Felles for disse situasjonene er at både pasienter og pårørende fortjener sykepleierens nærvær, respekt og hjelp til å finne ut av hvor akkurat deres håp er å finne” (Kristoffersen, 2005, bind 3, kap.20).

For sykepleieren kan det være utfordrende å bevare motivasjon til å yte omsorgsfull sykepleie når for eksempel en rusmisbruker kommer til avgiftning for 69. gang. *Men* som en avdelingsleder sa, så lykkes de *plutselig*, - etter å ha prøvd gang på gang. Det er som en kode- lås. Når alle faktorene er i riktig posisjon, er koden knekt. Dette er bevis på at det finnes håp, noe som gir alle motivasjon.

3.4 Rusmisbrukeren

Rusmisbrukeren er en pasientgruppe med bredt mangfold. Både som gruppe og individer har de sine særegne behov for behandling.

Ingen rusmisbrukere vil være like, de er forskjellige individuelle personligheter akkurat som alle andre pasienter. De er ingen ensartet gruppe, men kan ses på som en gruppe mennesker med variasjoner i forhold til størrelsen på misbruket og hvilke rusmidler som benyttes.

På gata ser vi ofte stoffmisbrukerne som en egen gruppe, de skiller seg ut. *Historien fra vårt studiebesøk sier oss hvordan våre holdninger kan være når vi møter disse menneskene.*

Men en rusmisbruker kan også være velfungerende mennesker med store alkoholproblemer eller pillemisbruk (Helsedepartementet, 2004).

Det kan være naboen eller en slektning som har et jevnt alkoholforbruk gjennom hele uka. Eller det kan være sykepleieren som må ha beroligende medikamenter for å komme seg gjennom en tung arbeidsdag. De fungerer bra i sin livssituasjon, men har et problem med rus som de ønsker behandling for. Hvilke holdninger har vi som privatperson ovenfor en bekjent som spiser smertestillende tilsynelatende uten grunn? Noen vil tillate seg å kalle en som sliter med ryggplager for en hypokonder. Hvilke betegnelse har vi på denne personen hvis en medisinsk diagnose blir stilt, vil vi mene det samme? Som venn og bekjent ville vi vel da høre på personen og tro på hans sykdom. Normalt vil alle mennesker vise omsorg og prøve å forstå en slik situasjon. Det kan noen ganger oppfattes slik at en rusmisbruker som sliter med somatiske og/eller psykiske lidelser, blir såkalte gjengangere i helsevesenet. Våre opplevelser i praksis tilsier at det skjer ofte at rusmisbrukeren ikke blir trodd.

En kjent rusmisbruker blir akutt innlagt på sykehus med sterke smerter. Det er ikke vanskelig å se at disse smertene er ekte, men allikevel hevdes det fra noen at pasienten lager skuespill for å få utskrevet medikamenter. Pasienten er svært urolig, roper høyt og ønsker at noe må skje. Men det ser ut som at det er opp til øyet som ser om man skal stole på eller ikke. Holdningene bestemmer, kan vi stole på en rusmisbruker, eller er de bare løgnere? Vi som studenter reagerer veldig på at denne pasienten hylter og gråter høylydt, vedkommende blir lagt på et enerom. Dagen etter på ny vakt fortsetter hylingen, det er hjerteskjærende skrik som fortsatt kan føles når vi tenker på situasjonen. Pasienten får en liten dose smertelindrende og i tillegg blir medbrakt metadon forordnet. Ingen spesiell behandling planlegges, legen foreslår utskrivning dagen etter. Nattevakta forteller at pasienten har holdt på slik hele natta. Situasjonen forverres neste dag og fører til en akutt operasjon, det har blitt en perforasjon, komplikasjonene er alvorlige. Pasienten uttrykte sterke meninger om sine smerter over

to dager, uten selv å be om smertestillende eller spesielle medikamenter, bare ønsket å få hjelp til å finne ut hva som var galt. Hvordan blir verdigheten ivaretatt hos denne pasienten og hvordan bidrar helsepersonellets holdninger til å gi rusmisbrukeren den verdighet han har krav på som pasient?

Det vil alltid finnes ytterpunkter, mennesker som tillater seg å gjøre ting som ikke er ensartet med god moral. Vi forstår at det kan være lett å se på rusmisbrukeren som kriminell og uforutsigbar, alt handler om å skaffe seg nok rusmidler til å opprettholde dagens behov. Noen er også villige til å gjøre hva som helst for å få dette til. Derfor er det kanskje vanskelig å stole på dem.

Riikka Perälä gjorde en undersøkelse blant såkalt tunge rusmisbrukere for å finne ut hvordan de selv ser på sine problemer og hvordan helse – og sosialtjenesten fungerer. Resultatene ble ikke slik som vår oppfatning ofte viser. Han sier at rusmisbrukerens hverdag ikke er preget av spennende og gåtefulle subkulturer, lik den vi ser på film. Rusmisbrukeren virker ikke som den hardbarkede kriminelle, tvert imot oppfattes deres hverdag som at det er et vanlig menneske som lider med forskjellige problemer. Mennesker som trenger hjelp til å finne ut av sin situasjon. Han peker på slike ting som; hvile, måltider, veiledning og behandling for kramper og skader. Dessuten søker de et selskap for sin ensomhet (Perälä, 2007).

Blir vi påvirket av media til å tro at alle rusmisbrukere er bråkmakere og kriminelle? Media har lett for å fremstille alt det onde, det spektakulære. Nyhetene handler ofte om sorg og elendighet, sjelden tas det opp med menneskelighet og omsorg. Påvirkes vi av omgivelsene til å huske det negative ved mennesket?

”Begrepene omsorg og respekt utfordrer oss i forhold til narkomanes livsførsel. Mange narkomane har brutt de fleste grenser og forestillinger vi har for hva som er et anstendig menneskeliv. Derfor kan vi kjenne oss truet, invadert og avmektig i møte med dem. Det er viktig å få satt ord på hvilke følelser de narkomane får fram i oss. Ubehagelige opplevelser som ikke er bearbeidet, kan sette varige sperrer for å gå inn i en profesjonell relasjon til rusavhengige. Frykten for deres anderledeshet kan vekke reaksjoner som avsky og usikkerhet”.

(Klingsheim, 2003).



En stor gruppe blant rusmisbrukerne bruker både legale og illegale rusmidler. Blandingsmisbruk er ikke uvanlig, nesten mer vanlig en at de bruker bare ett slag av rusmidlene. For rusmisbrukeren utgjør dette en større fare for komplikasjoner. (Helsedepartementet, 2004). Et stort antall av de urinprøveresultatene som vi fikk se under hospiteringen viste at selv om brukeren var under et behandlingsopplegg som LAR, så inneholdt disse prøvene også andre medikamenter. De fleste hadde enten inntatt en form for cannabis eller benzodiazepiner og andre legemidler. *Som en sykepleier på LAR sa; Vis meg den heroinmisbrukeren under substitusjonsbehandling som bare er en ren heroinmisbruker. Er det dårlige holdninger å være forutinntatt om likheten hos disse brukerne? Blir alle rusmisbrukere sett på som en lik enhet, en enhet som trenger samme drivstoff for å fungere?*

Etter en lang periode med inntak av rusmidler blir de fleste i dårlig forfatning både fysisk og psykisk. Disse menneskene faller gjerne mellom to stoler, mange har dårlige levekår og er uten fast bopel. De er sterkt nedkjørt på grunn av sitt misbruk (Ibid).

Disse rusmisbrukerne blir gjerne kalt "samfunnets svakeste". Samfunnets svakeste, er det et negativt begrep som viser hvem som har dårligst rang i samfunnet? Eller er det et begrep som skal skjerme noen som lider under å stille svakere i samfunnet? Vi tenker at å benevne en rusmisbruker med dette begrepet ikke er ment negativt, men det

er til for å få oss til å forstå hvordan de har det. De blir ofte sett ned på, moraliserende blikk og dømmende ord er vanlige opplevelser for dette menneske. Rusmisbrukere bærer med seg mye skam gjennom sitt liv med avhengighet og misbruk. Følelsen av skam er kanskje det som tar fra rusmisbrukeren følelsen av verdighet?

”Skamfølelsen næres av ikke-aksept, av det som samfunnet, helsearbeidere og enkeltpersoner ikke kan ta imot og bekrefte. Stoffmisbruk anses som et skambasert syndrom, hvor skamfølelsen ofte er utgangspunkt for misbruk, men også en konsekvens av misbruk.”

(Klingsheim, 2003).

Verdighet er både et subjektivt og objektivt begrep. Menneskerettighetserklæringen slår fast at alle mennesker har en iboende verdighet. Denne retten har vi fordi vi er mennesker, et objekt som er noe, altså den objektive verdigheten.

Den subjektive verdigheten handler om hva som gir en person opplevelse av verdighet. Hva som er verdighet for en personen handler om personlige verdier, hva som er viktig/ mindre viktig, hvilke interesser og sosiale roller denne personen har (Bredland, 2002).

Som en bruker sa ved henting av metadon, det som betyr noe for meg, min verdighet akkurat nå, er at noen spør meg hvordan jeg har det. Jeg har hatt mareritt i hele natt om traumene fra fortiden. Det er så deilig at sykepleier spør meg om jeg har det bra. Da kan jeg faktisk si at nei, i dag har jeg det tungt. Verdighet er for meg når noen bryr seg og er villige til å lytte. Dessuten er håndtrykket når vi sier god helg betydningsfullt for min verdighetsfølelse. Akkurat da i et lite øyeblikk glemmer jeg at rusen er min herre, jeg føler meg som dere andre.

Opplevelsen av verdighet vil være forskjellig fra individ til individ. Derfor må en person kunne påvirke og ta kontroll over eget liv, for å kunne føle at en betyr noe.

Travelbees menneskesyn er at hvert menneske er en unik person;

”Det enkelte mennesket er enestående og uerstattelig, forskjellig fra alle andre som har levd, og som noensinne kommer til å leve.” (Kristoffersen, 2005, s.26 kap.23)

I en artikkel i sykepleien ser vi at Klingsheim peker på at verdighet er et sentralt fenomen i møte mellom helsearbeideren og en narkoman. Hun mener at sykepleier utfordres til å reflektere over grunnleggende etiske spørsmål. Dette kan settes i sammenheng med annen teori og vår egen praksiserfaring. Hun spør om hva et menneske er og hva er egentlig et verdig liv? (Klingsheim, 2003).

3.5 Pasientrettigheter

Rusmisbrukere har rettigheter etter pasientrettighetsloven på samme måte som andre pasientgrupper. Nye pasientrettigheter for rusmiddelmissbrukere er utdypet i rundskriv I-8/2004 fra Helsedepartementet:

- *Rett til behandling for sitt rusmiddelmissbruk*
- *Rett til å få sin helsetilstand vurdert innen 30 virkedager*
- *Rett til å få en fornyet vurdering*
- *Rett til å velge hvor de skal motta behandling for sitt rusmiddelmissbruk*
- *Rett til å få utarbeidet en individuell plan*
- *Rett til å få dekket reiseutgifter, også når de benytter muligheten til å velge behandlingssted*
- *Rett til medvirkning og informasjon*
- *Regler om samtykke etter pasientrettighetsloven vil gjelde også for rusmiddelmissbrukere som skal ha behandling for sitt rusmiddelmissbruk*
- *Rett til innsyn i sin journal*
- *Rett til å klage til Helsetilsynet i fylket dersom de mener de ikke får ivarett sine rettigheter etter pasientrettighetsloven*
- *Pasientombudsordningen vil også omfatte rusbehandling*

(Helsedirektoratet, 2008)

Rusreformen er ment slik at rusmisbrukerens behov for et kontinuerlig og helhetlig hjelpe- og behandlingstiltak skal sikres. En reform der både mennesker med både akutte og kroniske problemer tilbys den hjelp de trenger (Ibid).

Det er vanskelig å vite akkurat hva som er riktig og hva som er galt, alt er så individuelt. Men det som kanskje er viktig å tenke på er at vi ikke skal ta i fra et menneske muligheten til å ta ansvar for sitt eget liv. Og at samfunnet må støtte opp og

hjelpe til slik at de slipper å bære ansvaret alene. Holdningene som er blant oss mennesker er preget av historier og myter fra tidligere. Negative holdninger har lettere for å slå rot i oss. Vi lar oss lettere påvirke av disse og de nye, positive holdninger vil være vanskelige å skape.

Kong Harald sa i sin nyttårstale for 2009 at ” Hadde vi erkjent at alle mennesker er like mye verdt, ville vi heller ikke tålt at noen møtes med nedlatende holdninger på grunn av at de sliter med et rusproblem. Han sa videre at ”Det krever sterk rygg å gå med verdighet gjennom krenkelser. Jeg skulle ønske at vi sluttet å bruke betegnelsen ”samfunnets svakeste”. I realiteten er noen av dem de sterkeste blant oss.”



4. Konklusjon

I innledningen av denne oppgaven presenterte vi en rekke spørsmål rundt vår problemstilling. Vår oppfatning i utgangspunktet var at sykepleiere i helsetjenesten ofte har dårlige holdninger, og sjelden ivaretar rusmisbrukerens verdighet.

Underveis i arbeidet med denne bachelor -oppgaven har vår hypotese bare blitt delvis bekreftet. Det ser ut til at sykepleiere med videreutdanning innen rus som arbeider innen rusomsorgen har større andel positive holdninger for pasientgruppen og møter dem med verdighet. Det vi fortsatt kan bygge vår hypotese på, er vår tidligere praksis fra tilbud i helsetjenesten som ikke er øremerket rus. Artiklene vi har brukt og samtaler med rusavhengige underbygger vår forståelse av at det finnes en del sykepleiere i helsetjenesten som har problemer med å opptre profesjonelt og omsorgsfullt, og ivareta rusmisbrukernes verdighet. Vi mener å se en klar sammenheng mellom økt kunnskap og gode holdninger. Økt kunnskap om rusmisbruk bør derfor legges inn i bachelor-utdannelsen for sykepleierfag. Dette er i tråd med nasjonal strategi for kvalitetsforbedring av sosial- og helsetjenesten til rusmisbrukere (Sosial- og helsedirektoratet, 2004-1).

Det kunne vært interessant å foreta en brukerundersøkelse for å finne ut om rusmisbrukerne selv opplever noen forskjell på sykepleiers holdninger og imøtekommenhet i somatisk helsetjeneste kontra rusomsorg, og om dårlige holdninger innen helsetjenesten øker risikoen for ikke å fullføre behandlingen.

Under vår hospitering på Villa MAR i Oslo, ble vi grepet av hvor fint tilbud dette er. En by i vårt nærområde betegnes nå som en heroin- by. Kommunelege Ivar Skeie bekrefter at problemet er økende og at tilbudene til rusmisbrukerne er få. Vår visjon etter endt hovedoppgave er å samle nok midler og velvilje blant politikere og frivillige organisasjoner til å kunne starte opp Villa MER (siden begge heter Merete) og gi de rusavhengige i vårt nærområde et verdig og sosialt tilbud.

5. Etterord

5.1 Proses- og produktevaluering

Vi er to studenter som gjennom hele studietiden har hatt et godt samarbeid, hvor vi blant annet har skrevet flere oppgaver sammen. Erfaringene viser at vi utfyller hverandre og bruker et skriftspråk som glir fint inn i hverandre. Det var derfor naturlig å samarbeide også om denne oppgaven. Selv om vi begge jobber i helsetjenesten nå, har vi ulik bakgrunn, og er begge litt perfektjonister. Dette har gjort at vi har brukt utrolig mange timer på forarbeid og konstruktive diskusjoner for endelig å komme frem til dette produktet. Vi så at alt forarbeidet ga uttelling når vi skulle begynne å skrive. Det meste hadde vi gått igjennom muntlig, og da gikk skriveprosessen lettere. Har også daglig hatt kontakt via telefon og e-post for å samordne oppgaven.

Til dels har vi vært for engasjerte i oppgaven, så det har gått ut over vårt privatliv i form av bøter og av unger som nesten blir gjenglemt i barnehagen. Vi opplever at gruppen har vært sterk og sammensveiset, samtidig som vi har sagt våre meninger og argumentert for disse. Våre mange like tanker og meninger, og vår forforståelse av problemstillingen har nok til dels påvirket denne oppgaven, men vi har prøvd å se på resultatene med et åpent sinn.

Vi har derfor kunnet tilegne oss ny kunnskap, helhetsforståelse om temaet og oppnådd målet med oppgaven. Det er nyttig å være gjennom en slik omfattende oppgave sammen med andre. Dette styrker nok både oppgaven og oss. Vi mener vi er godt forberedt på å samarbeide godt med andre når vi nå skal ut og virke som sykepleiere.

5.2 Hospiteringspraksis

Vi valgte å hospitere ulike steder innen rusomsorgen, siden vi fra før hadde erfaring fra den somatiske delen av helsetjenesten. Hospiteringspraksisene ga oss et innblikk i rusomsorgen både fra helsepersonellens ståsted og fra rusmisbrukerens. Vi hørte om hvilke tilbud rusmisbrukerne har og hvordan de benytter seg av disse. Gjennom åpne, sterke og personlige møter med rusmisbrukere fikk vi mye større forståelse og engasjement. Dette var til god hjelp når vi skulle skrive denne oppgaven.

Underveis oppdaget vi forskjellen på holdningene til de sykepleierne som jobbet i rusomsorgen kontra holdningene vi hadde observert tidligere i andre deler av helsetjenesten. Vi var derfor glade vi valgte nettopp disse hospiteringene.

Litteraturliste

Almås, Hallbjørg (2001). *Klinisk sykepleie*

3.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Dalland, Olav (2000). *Metode og oppgaveskriving for studenter*

3.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Håkonsen, Kjell Magne (2003). *Innføring i psykologi*

3.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kirkevold, Marit (1998). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*

2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kristoffersen Nina J, m.fl.(2005). *Grunnleggende sykepleie*, bind 1 og 4

Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Norsk Sykepleierforbund (2007). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*

Oslo: Norsk Sykepleierforbund

Simonsen, Terje mfl.(2004). *Illustrert farmakologi*

2.utg. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Slettebø, Åshild (2002). *Sykepleie og etikk*

3.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

*SELVVALGT LITTERATUR:

*Aakre, Maria(2009). *Rus og verdighet*. *Sykepleien*2009;97(3):72-3[online]

[URL:http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/dilemma?p_document_id=121127](http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/dilemma?p_document_id=121127) 07.05.09 kl.23(1 side).

*Berg, E og Audestad, R (2006). *Rusmiddelbehandling og skam*

Oslo: Rusmiddeletatens kompetansesenter.(13 sider)

*Bredland, Ebba L, mfl.(2002). *Det handler om verdighet – Ideologi og praksis i rehabiliteringsarbeid*, kapittel 1.(25 sider)

2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

*Folkehelseinstituttet (2008). *Fakta - ark om rusmidler*. [online]

[URL:http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5799&MainArea_5661=5799:0:15,3068:1:0:0:::0:0&MainLeft_5799=5544:67532:::1:5800:16:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5799&MainArea_5661=5799:0:15,3068:1:0:0:::0:0&MainLeft_5799=5544:67532:::1:5800:16:::0:0)

03.05.09 kl 11(1 side).

*Helsedirektoratet (2008). *Rett til Helsetjenester for rusmisbrukere*. [online]

URL: http://www.helsetilsynet.no/templates/ArticleWithLinks_8771.aspx

03.05.09 kl.15.45 (1 side).

*Helsebiblioteket, (2009). [online] www.helsebiblioteket.no

URL: <http://proquest.umi.com.proxy.helsebiblioteket.no/pqdlink?index=6&sid=5&srchmode=1&vinst=PROD&fmt=6&startpage=->

[1&clientid=70873&vname=PQD&RQT=309&did=34621122&scaling=FULL&ts=1241300902&vtype=PQD&rqt=309&TS=1241300951&clientId=70873](http://proquest.umi.com.proxy.helsebiblioteket.no/pqdlink?index=6&sid=5&srchmode=1&vinst=PROD&fmt=6&startpage=-1&clientid=70873&vname=PQD&RQT=309&did=34621122&scaling=FULL&ts=1241300902&vtype=PQD&rqt=309&TS=1241300951&clientId=70873) 19.04.09 kl.12

*Klingsheim, Ranveig (2003). *Narkomanes dårlige helse- en sykepleiefaglig utfordring*. Sykepleien 2003 91(2):33 -37 (4 sider).

URL: http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-fag?p_document_id=118353

*Larsen, Ole M, (2008). *mellom alle stoler – narkomane og leger utenfor rusomsorgen*. (10 sider).

Oslo: Forlaget Aktuell AS

*LOV 1999-07-02 nr 64: Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). [online]

URL: <http://lovdata.no/all/hl-19990702-064.html>. 050509 kl 15.30(1 side).

*Miller, John S (1998). *A time for everything: changing attitudes and approaches to reducing substance abuse*. Canadian Medical Association. Journal; Sep 8, 1998; 159, 5; ProQuest Medical Libraryppg. 485 (3 sider).

*NSF (2008), *Sykepleie – et selvstendig og allsidig fag*

Oslo: Norsk Sykepleierforbund. (19 sider).

*Perälä, Rikka (2007). *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift* 2007;24 (5): 481-503.
(22 sider).

*Sosial- og Helsedirektoratet -1. (2004). *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring av sosial- og helsetjenesten til rusmisbrukere* [online] www.sih.no URL:

http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00001/IS-0050_Nasjonal_stra_1008a.pdf 27.04.09 kl. 13 (23 sider).

*Sosial- og Helsedirektoratet -2.(2004). *Fakta om narkotiske stoffer* [online]

www.sih.no

URL:http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00000/Fakta_om_narkotiske_st_916a.pdf 12.04.09 kl 14 (46 sider).

*Sundin, G (2000). *Stoffmisbrukere må ha særomsorg*. Tidsskrift Den Norske legeforening nr.29,2000;120:3596 [online]

URL:http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=227896 05.05.09 kl.10 (1 side).