

**HVILKEN BETYDNING HAR SYKEPLEIERES
FORUTSETNINGER FOR GOD
KOMMUNIKASJON,
I MØTE MED RUSMISBRUKEREN?**



Høgskolen i Gjøvik

Seksjon for sykepleie, 05.2009

Antall ord: 10 422

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	2
1.1 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling	2
1.2 Forforståelse	2
1.3 Presentasjon av problemstillingen	2
1.4 Avgrensing	3
1.5 Begrepsavklaring	4
1.6 Valg av teori og formålet med oppgaven	5
1.7 Oppgavens disposisjon	5
2.0 Metode	6
2.1 Begrunnelse for metodevalg	6
2.2 Metodebeskrivelse og metodekritikk	6
2.3 Datainnsamling	7
2.4 Kildekritikk	7
3.0 Presentasjon av rusmisbrukeren	9
3.1 Rusmisbruk og psykiske problemer	10
4.0 Presentasjon av sykepleiefaglige utfordringer	12
4.1 Mestring og bruk av forsvarsmekanismer	12
5.0 Teori og drøfting	17
5.1 Det innledende møtet	17
5.2 Fremvekst av identiteter	20
5.3 Empati	23
5.4 Sympati	25
5.5 Gjensidig forståelse og kontakt	26
5.6 Kommunikasjon	26
5.6.1 Kommunikasjon i det innledende møtet	27
5.6.2 Kommunikasjon for å gi fremvekst av identiteter	28
5.6.3 Kommunikasjon for å skape empati	29
5.6.4 Kommunikasjon for å skape sympati	30
5.6.5 Kommunikasjon i gjensidig forståelse og kontakt	32
6.0 Konklusjon	33
7.0 Etterord	34
8.0 Litteraturliste	35

1.0 Innledning

Innledningsvis vil vi begrunne valg av problemstilling. Vi gir deretter vår forforståelse av temaet, før vi presenterer valg av problemstilling. Avgrensinger er det neste punktet, før definisjon og utdyping av sentrale begreper tas opp. Vi vil ta for oss valg av teori og forklare formålet med oppgaven. Til slutt vil vi kort fortelle hvordan oppgaven er bygd opp.

1.1 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling

Møter mellom mennesker blir påvirket av ulike faktorer i hver enkelt situasjon. Det vi sier og måten vi sier det på blir påvirket av for eksempel kultur, erfaringer, kunnskap og konteksten for møtet. Dette har fått oss til å tenke at disse faktorene også vil påvirke møtet mellom pasient og sykepleier. I denne besvarelsen vil vi konsentrere oss om hvordan sykepleieren kan møte rusmisbrukere på en god måte og hvordan forutsetningene for god kommunikasjon blir brukt som et ledd i dette. Bakgrunnen for at vi har linket dette opp mot rusmisbrukere, er vår interesse for denne pasientgruppen. Interessen har vi fått på grunn av tanker vi har gjort oss om at disse pasientene ikke blir møtt på en like god måte som en del andre innenfor helsesektoren.

1.2 Forforståelse

Vi har en oppfatning om at rusmisbrukernes møte med helsevesenet kan fortone seg annerledes enn for andre pasienter. Dette kan det være mange årsaker til, men vi har en formening om at sykepleieren kanskje ikke har gode nok kunnskaper. Rusmisbrukere kan også tilhøre ulike miljøer som ligger fjernt fra de sykepleieren er vant til, dette kan føre til at frykten for det ukjente er med på å gi utrygghet.

1.3 Presentasjon av problemstillingen

For oss handler det meste innen sykepleie om møter mellom mennesker, og det å skape gode relasjoner og dermed et godt terapeutisk miljø. Alle sykepleiere har en felles plattform i den utdannelsen de har, på den måten kan en si at sykepleiere er en likeartet gruppe. Dette felles utgangspunktet vil være til hjelp i møtet med pasientene, men bakenfor de rollene som sykepleiere og pasienter utgjør, befinner det seg individuelle

mennesker som er forskjellige på mange måter. For oss er det viktig å undersøke hvor viktig disse forskjellene er for å gi pasienten opplevelsen av å bli møtt på en god måte. På bakgrunn av dette har vi kommet frem til følgende problemstilling.

HVILKEN BETYDNING HAR SYKEPLEIERES FORUTSETNINGER FOR GOD KOMMUNIKASJON, I MØTE MED RUSMISBRUKEREN?

Problemstillingen er aktuell på det samfunnsmessige plan fordi misbruk av rusmidler fører med seg mange negative konsekvenser for samfunnet rundt. Helse- og Omsorgsdepartementet har utarbeidet en ”Opptappingsplan for rusfeltet” som er med på å understøtte dette. Nettopp fordi dette er en pasientgruppe som det satses på, er problemstillingen viktig for sykepleiere også på et faglig plan. Ettersom opptappingen vil kunne lede flere rusmisbrukere i kontakt med helsevesenet, vil møtene mellom pasienter fra denne pasientgruppen og sykepleiere bli flere. Dette vil øke kravene til faglig kompetanse hos sykepleieren. Endelig vil forhåpentligvis problemstillingen gjøre oss personlig bedre rustet til å møte pasienter på en god måte, og da rusmisbrukere spesielt. Vårt faglige ståsted springer ut fra vår oppfatning av pasientene som autonome mennesker som har krav på unik behandling ut fra deres behov.

1.4 Avgrensing

Vi vil i denne oppgaven konsentrere oss om ulike aspekter som kan virke inn på sykepleieres kommunikasjon med rusmisbrukere. Forhold hos pasienten vil også påvirke møtet som finner sted. For å begrense oppgaven har vi allikevel valgt å legge mest vekt på sykepleieren for å få belyst deres påvirkningskraft i møte med rusmisbrukeren. På den måten vil vi etter vår oppfatning kunne lage et grunnlag av kunnskap som kan være styrende for ulike typer møter innefor praktiseringen av sykepleie. Begrensningen til rusmisbrukere kan på den annen side gjøre at vi vil komme frem til forhold som ikke er gjeldene for andre pasientgrupper og dermed ikke er allmennyttig.

1.5 Begrepsavklaring

De begrepene i problemstillingen vi her vil definere og presisere er *kommunikasjon*, *forutsetninger*, *sykepleieren* og *rusmisbrukeren*. I letingen etter svar på vår problemstilling ser vi på *kommunikasjon* som kanskje det viktigste redskapet for å møte andre mennesker. Dette vil derfor kunne påvirke utfallet av møtet i stor grad. Med kommunikasjon her mener vi den prosessen som foregår mellom to mennesker, i vårt tilfelle en sykepleier og en rusmisbruker, når de utveksler et budskap og hvordan denne prosessen kan virke inn på selve møtet. Travelbee beskriver god kommunikasjon som: ”(...) forskjellige evner, slik som kunnskap, evne til å anvende denne, sensitivitet og en velutviklet sans for ”timing” og mestring av ulike kommunikasjonsteknikker” (her i Kirkevold 2001, s.119). Med *forutsetninger* mener vi grunnlaget sykepleier har til god kommunikasjon gjennom kunnskap, holdninger og erfaring med mennesker (ordbok i Word).

For å definere sykepleie vil vi her bruke Travelbees definisjon:

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktiker hjelper et individ, en familie, eller et samfunn i å forebygge eller mestre sykdom og lidelse, og om nødvendig, å finne mening i disse erfaringene (Travelbee her i Kirkevold 2001, s.113).

For å si hvem rusmisbrukeren så velger vi å forklare hva et rusmisbruk er. ”Rusmisbruk defineres som bruk av rusmidler utover samfunnsmessig aksepterte normer” (Fjørtoft 2006, s. 92). Det vil si at en rusmisbruker oppfattes som en som gjennom sitt rusmisbruk ikke følger de regler som samfunnet har satt som akseptabel livsførsel. Vi valgt og ikke spesifisere om *rusmisbrukeren* i dette tilfellet misbruker alkohol eller narkotiske stoffer. Dette legitimerer vi med at

Nyere forskning har imidlertid vist at alkohol og stoff både fysiologisk og psykisk er prinsipielt det samme. ICD-10 klassifiserer derfor alkohol- og stoffmisbruk i samme hovedgruppe (Kringlen 2005, s.219).

På den måten forsvarer vi rusmisbrukere som en felles gruppe pasienter i vår besvarelse.

Allerede i problemstillingen vår brukte vi begrepene *sykepleier* og *rusmisbruker*. Vi er klar over at disse begrepene er med på å tillegge mennesker visse egenskaper. Allikevel velger vi å bruke begrepene i dette kapitlet for å gjøre selve utforming av teksten lettere. Det samme gjelder bruken av sykepleieren som ”hun” og rusmisbrukeren som ”pasient” eller ”han”.

1.6 Valg av teori og formålet med oppgaven

Her har vi valgt å ta utgangspunkt i teori som er utarbeidet av Joyce Travelbee. Grunnen til at vi har valgt å bruke henne for å drøfte vår problemstilling, er hennes fokusering på det mellommenneskelige som skjer i møtet mellom sykepleier og pasient. Hennes teorier legger vekt på at det er individer som møtes og ikke roller. Vi har brukt dette som en stamme i oppgaven og hentet annen teori for å belyse hennes sykepleieteori ytterligere.

I vår avsluttende eksamen er, rent bortsett fra målet om en fullført sykepleieutdanning, ønsket å finne hvilke forutsetninger som skal til for at sykepleier skal møte rusmisbrukeren på en likeverdig måte. Ønsket om å øke vår faglige kompetanse på dette området henger sammen med vår bevissthet på at sykepleie består i store deler av møter med ulike mennesker. Derfor kan man også si at oppgavens formål vil være å øke vår personlige selvinnsikt som mennesker, isolert fra rollen som sykepleier.

1.7 Oppgavens disposisjon

Etter denne innledningen kommer metodekapitlet som beskriver og klargjør den metoden vi har valgt for å besvare vår problemstilling. Deretter kommer presentasjon av henholdsvis rusmisbruker og sykepleierfaglige utfordringer. I femte kapittel kommer teori og fortløpende drøfting. I konklusjonskapitlet som følger etter teorien og drøftingen, vil vi komme med de svarene vi eventuelt finner på vår problemstilling. Etterordet inneholder en evaluering av oppgaven vår i tillegg til en vurdering av prosessen vi har vært gjennom i arbeidet med besvarelsen. Tilslutt kommer en litteraturliste som viser hvilken litteratur vi har tatt i bruk.

2.0 Metode

I vår oppgavebesvarelse har vi valgt å bruke litteraturstudie som metode. I dette kapittelet vil vi foreta en beskrivelse og begrunnelse for valg av litteraturstudie som metode. Med bakgrunn i retningslinjene for eksamenen har vi også gjennomført 60 timer hospiteringspraksis.

2.1 Begrunnelse for metodevalg

Vi har tidligere ingen erfaring med empiri som metode i denne type oppgaver. Ut fra tidsperspektivet har vi derfor valgt en litteraturstudie, selv om vi tror en empirisk metode kunne vært en god måte belyst vår problemstilling på, for eksempel gjennom intervjuer med sykepleiere. Vi gjorde også en forundersøkelse på hvor mye litteratur som var tilgjengelig angående temaet, og fant ut at mengden av fagstoff som var skrevet, forsvarte litteraturstudie som metode i forhold til vår problemstilling.

2.2 Metodebeskrivelse og metodekritikk

Litteraturstudie som metode forutsetter en systematisk og kritisk gjennomgang av ulike litteratur som allerede er utgitt av andre. På den måten kan en si at grovarbeidet er gjort tidligere og vår oppgave blir å nyttiggjøre dette opp mot vår problemstilling.

Utfordringen er å skaffe seg oversikt i alt det som er skrevet, bedømme relevansen og trekke ut kjernen av det. Denne gjennomgangen har resultert i den litteraturen vi har brukt og referert til for å belyse og svare på problemstillingen. Det er mye litteratur som handler om ulike aspekter rundt møtet mellom sykepleier og pasient, dette bidrar til mye og bred kunnskap om emnet. Samtidig kan stor tilgang til litteratur føre til at en overser detaljer og viktige poeng i tekstene.

Når man skal innhente litteratur er det viktig å ta hensyn til hvor litteraturen blir funnet og hvem som har skrevet den. Her er det viktig at litteraturen er presis og etterprøvable og at forfatteren har en god nok kompetanse. I faglitteratur henviser forfattere ofte til andre kilder eller forfattere, dette blir da sekundærkilder. Dersom forfatteren baserer det han skriver på eget materiale, regnes dette som en primærkilde. Fordelen med primærkilder er at stoffet ikke er preget av andres tolking, noe sekundærkilder mer eller mindre kan være. Fordelen med sekundærkilder er at det kan gjøre forståelsen av

vanskelig litteratur lettere og at det kan være tidsbesparende fordi den ofte trekker ut essensen i et materiale.

Hospiteringspraksisen ble gjennomført på steder hvor de møter rusmisbrukere i forskjellige settinger. Dette innbefatter hjemmesykepleie, helsestasjon, behandlingstilstand for rusmisbrukere samt kommunal psykisk helsetjeneste. Vi mener det er en styrke at vi har hospitert på flere forskjellige steder, for derigjennom å se møter mellom sykepleiere og pasienter på flere forskjellige arenaer. Vi fikk også snakket med flere sykepleiere om deres tanker rundt temaet på denne måten. Samtidig førte dette til at tiden vi tilbrakte på hvert sted ble forholdsvis kort. Temaet vårt omhandler noe som man kanskje bør ha reflektert bevisst over for å kunne sette ord på, og slik sett kan tidsperspektivet på hvert praksissted ha påvirket den informasjonen vi mottok.

2.3 Datainnsamling

Vi har benyttet både pensum- og selvvalgt litteratur og brukt internett og tidsskrifter for å samle denne. Det selvvalgte litteraturen er i all hovedtrekk stoff som vi har skaffet oss av egeninteresse gjennom studieløpet. Unntaket er opptrappingsplanen som Helse- og omsorgsdepartementet. Denne fant vi ved å gå inn på Helse- og omsorgsdepartementet sin hjemmeside og følge linken ”Rus” under ”Tema” på forsiden.

Ved å ta i bruk litteratur fra psykiatri, samfunnsfag, psykologi, etikk i tillegg til teoretikere har vi gjort en tverrfaglig tilnærming til problemstillingen. Dette muliggjør en helhetlig løsning av problemstillingen.

2.4 Kildekritikk

Når det gjelder pensumlitteraturen, regner vi denne som vurdert på et faglig forsvarlig nivå av skolen. Vår utfordring er da å bedømme relevansen for vår problemstilling. I tillegg til dette må vi selvfølgelig vurdere den selvvalgte litteraturen, både ut fra forsvarlighet og relevans.

Vi har valgt å bruke Marit Kirkevold som en sekundærkilde for teorien til Joyce Travelbee. Dette har gjort at vi har kunnet få en komprimert oversikt over Travelbees teorier. Kirkevold har en doktorgrad i sykepleie, og vi regner henne derfor som en kompetent sekundærkilde. Faren er at hennes tanker preget det hun har lagt vekt på i så stor grad at vi har gått glipp av viktige detaljer og dermed ville det kanskje vært en fordel og lest primærkilden. Selv om det er noen år siden Travelbee kom med sine teorier, blir hun stadig brukt i sykepleierutdannelsen og vi regner henne derfor som gyldig.

Den selvvalgte litteraturen vi har brukt er primærkilder, og skrevet av personer som vi karakteriserer som faglige kompetente forfattere. At litteraturen er av nyere dato, er med på å sikre gyldigheten.

3.0 Presentasjon av rusmisbrukeren

Slik vi opplever samfunnet i dag så blir rusmisbrukere ofte satt i bås. Enkeltmennesket blir ”borte”, og igjen står en gruppe mennesker som ses på som en belastning for samfunnet. Dette er et gjennomgående tema i boken ”*Et brev til en minister*” av Tor Øystein Vaaland, og underbygges i forordet. Der poengteres det at psykisk syke og rusmisbrukere ikke blir behandlet på samme måte som pasienter i resten av helsesektoren. Der hevdes det at fordommer og holdninger forklarer utstøting av blant annet denne pasientgruppen i samfunnet. Brevene som Ansgar Gabrielsen fikk, understreker at dette er mennesker og pårørende som opplever og ikke bli hørt. Det kan se ut som de ”sitter nederst på bordet” når fordelingen av ressursene bestemmes, og at de ikke får tildelt sin rettmessige del av godene (Vaaland 2007 s. 7 – 11). Rusmisbruk er et helseproblem i dag, fordi det ofte fører med seg sosiale problemer, somatiske sykdom og psykiske lidelser. Det er vanskelig å kartlegge omfanget av rusmisbruk, fordi det ofte skjer i det skjulte (Forord i *Regjeringens opptrappingsplan for rusfeltet*). I Kringlen (2005) står det at en rusmisbruker ikke først og fremst er fysisk avhengig, men at hovedproblemet er psykisk avhengighet. Videre viser Kringlen (2005) til forskning som indikerer at effektene av rus skyldes subjektive opplevelser på bakgrunn av forventningene om virkningene av rusmidlet. Det tyder på at man har lært hvordan den gode opplevelsen av ulike rusmidler er. Allikevel forklarer ikke den psykiske avhengighet alt rundt rusmisbruk. Holdningsundersøkelser viser at jo mer positiv holdning man har til rusbruk, jo mer forbruk av rusmidler har man. Dette gjelder alkohol, så vel som narkotiske stoffer. Ettersom det er individuelle forskjeller på virkningen av rusmidler (også innenfor samme rusmiddel), så tyder det på at rusmidler kan brukes som:

- en unnskyldning for å bryte normer,
- en forutsetning for å klare å utføre noe
- et motiv for unngå å gjøre noe
- et alibi for fiasko

Rusmisbrukeren kan bruke disse forklaringene til å beskytte sitt selvbilde, fordi han retter kritikken mot stoffet og ikke mennesket. I tillegg er det viktig å vite at alle

rusmidler kan føre til helseskader, fra avhengighet til psykose. (Kringlen 2005, s. 215 - 219).

Samfunnsmessige normer kan forklares med en væremåte og oppførsel som skaper orden og stabilitet i samfunnet. Om en person eller gruppe ikke forholder seg til disse normene vil de kunne sees på som sosiale avvikere. Brodtkorb bruker her rusmisbruk som et eksempel på sosiale avvikere. Det kan influere på deres sosiale status og selvopplevelse. (Brodtkorb m.fl. 2001, s. 124-125). I ”*Illustrert*” (2008, s. 88) forklares det at årsakene til dette er at rusmisbruk blant annet er forbundet med økende etisk forfall, brutte avtaler og løfter, likegyldighet til livet og helsen, benektelse og bagatellisering av konflikter i møte med samfunnets ”regler”. Dette viser seg gjennom deres forsvar av rusmiddelbruk, at de eventuelt oppholder seg på kanten av loven og av deres holdninger som kan virke truende på samfunnsmessige normer (”*Illustrert*” 2008, s 88). For en alkoholiker og narkoman er det misbruket som styrer livet deres og influerer i deres sosiale, psykologiske og fysiske liv. Rusmisbrukere har ofte et lite nettverk og brutte familierelasjoner. Summen av dette fører til et stort helseproblem og behov for omfattende helsetjenester (Fjørtoft 2006, s. 92 - 93).

For rusmisbrukeren er det derfor viktig å føle seg likeverdig og respektert til tross for valget av et liv på tvers av samfunnets normer. Mange føler at det viktigste er hvordan han blir møtt og behandlet av helsevesenet, enn å få hjelp til sine helseplager. (Fjørtoft 2006, s. 94).

3.1 Rusmisbruk og psykiske problemer

Tilknytning er de sosiale relasjonene som oppstår mellom barnet og omsorgsgiver (ofte mor eller far), og som danner grunnlaget for den følelsesmessig utvikling hos barnet (Håkonsen 2003, s. 104.) Tilknytningen kan være trygg eller utrygg, og det avhenger av i hvilken grad man i sin oppvekst har opplevd å ha et hjem (base) som ga en følelse av trygghet eller ikke. Utrygg tilknytning kan påvirke (svekke) vår evne til å utforske andre mennesker og samfunnet rundt oss, mens trygg tilknytning ofte gjør det lettere å være åpen og nysgjerrige i møte med andre. Dette er kunnskap som vi lærer fra vi er små, og det er av stor betydning for hvordan vi forholder oss i relasjon til andre. Tilknytning

handler om hvorfor vi knytter oss i sterke og varige bånd til andre, og hvorfor vi i brudd, trussel om brudd eller sviktende følelsesmessige bånd opplever emosjonell smerte (Rydén og Wallroth 2008, s. 37). Evnen til tilknytning kan forstyrres av en medfødt sårbarhet for følelsesmessige reaksjoner og/eller at oppvekstvilkårene ikke ga pasienten den tryggheten han trengte. Evnen til blant annet refleksjon og å føle empati og sympati med andre er et resultat av hva man erfarer, hvordan omgivelsene reagerer og hvilken evne man har til å handle hensiktsmessig i de ulike livshendelser på bakgrunn av medfødte egenskaper (Rydén og Wallroth 2008, s. 189).

Rusmisbruk er et selvdestruktiv handling, fordi det skader enn selv, og blir på denne måten en desperat forsøk på løsning på problemer. (Rydén og Wallroth 2008, s. 192) Rusmisbruk ved emosjonelle problemer gir en kjemisk forandring i hjernen, og både alkohol, medikamenter, kokain, heroin, hasj og amfetamin er eksempler på dette. Disse stoffene påvirker hjernens belønnings system, og da spesielt dopamin blir aktivt. Belønningssystemet er det samme som aktiveres i tilknytningssituasjoner og det er interessant om det kan være en sammenheng mellom utrygg tilknytning til omsorgsgiver i barndommen og rusproblemer senere i livet, dersom rusen i seg selv gjør det lettere for en å knytte seg til andre? Dette forklarer i så fall ikke alle tilfeller av rusmisbruk, men det kan trolig forklare det i noen sammenhenger. Ved å finne rusenes funksjon vil svaret på hvorfor en pasient ruser seg, skader seg, yter vold eller dissosierer seg, gjøre det lettere å finne løsninger på de psykiske problemene knyttet til rusmisbruk (Rydén og Wallroth 2008, s. 216-220).

4.0 Presentasjon av sykepleiefaglige utfordringer

Det stilles store krav til sykepleierens kompetanse i møte med de sammensatte behovene denne pasientgruppen ofte har. De trenger kompetanse i kommunikasjon, relasjonsbygging, psykiske lidelser, rus og avhengighet for å nevne noe. Rusmisbrukere har ofte negative erfaringer fra møter med helsetjenestene, og det skyldes blant annet at de ofte har følt seg avvist og krenket. Dette kan føre til at de har vanskeligheter med å få tillit til andre. Kombinert med relasjonsproblemer og på bakgrunn av deres livsførsel kan dette lettere føre til brutte løfter, truende atferd og en uforutsigbarhet (Fjørtoft 2006, s. 94).

Til tross for at sykepleiere kan føle at rusmisbrukere krever mye, så er det avgjørende at sykepleieren ikke avviser og fordømmer dem, men gir omsorg og støtte. Sykepleieren må ta rusmisbrukeren på alvor og møte dem som likeverdige. Hun må tåle å ta innover seg den skuffelsen det er når pasienten ikke følger opp de avtaler og behandling som i utgangspunktet var planen. Samtidig skal sykepleieren holde rusmisbrukerens håp for fremtiden oppe. Dette krever koordinerte tjenester hvor samarbeidet på tvers av etater fungerer (Fjørtoft 2006, s. 94).

4.1 Mestring og bruk av forsvarsmekanismer

I dette avsnittet vil vi starte med hva vi forstår med angst: *"(...)en vag og ubehagelig emosjonell tilstand som innebærer mistriivsel, bekymring og kroppslige spenninger"* (Håkonsen 2003, s. 328).

Dette sitatet forklarer følelsen av å kjenne på angst, og det vanskelige med denne følelsen er at den er så vag at det kan være vanskelig i få tak i hva det er som utløser den. Det er derfor viktig at sykepleier reflekterer rundt årsaken til at slike følelser oppstår.

Det er store individuelle forskjeller på hvordan mennesker takler angst og påkjenninger. Som vi har snakket om tidligere, så er rusmisbrukerens livssituasjon komplisert og sammensatt, og dette kan frembringe angst hos begge. Pasienten kan for eksempel kjenne på angst for at sykepleieren ikke skal se på han som likeverdig, og sykepleieren

kan kjenne på angsten for at rusmisbrukeren kan yte vold uten forvarsel eller angsten for ikke å klare å dekke de behovene pasienten har. Mestringsstrategier og forsvarsmekanismer er måter å møte disse utfordringene på. Grunnen til at vi ser på dette som viktig i bevarelsen vår er fordi den måten vi møter disse utfordringene på har konsekvenser for kommunikasjonen og for muligheten til å møte rusmisbrukeren på en god måte.

Mestring er en strategi for å møte angst og påkjenninger. Om vi klarer å takle utfordringer gjennom å møte angsten med åpne øyne, vil vi gjennom realitetsorientering, gjøre bevisste valg og fleksibilitet, kunne oppleve at vi mestrer situasjonen vi står i. Dersom derimot møtet mellom sykepleier og rusmisbruker utløser angst som sykepleieren ikke erkjenner, så er forsvarsmekanismer en reaksjon for å beskytte oss seg mot angsten. Forsvarsmekanismer svekket evnen til å se virkeligheten som den er, fordi den er fortidsorientert. De er ubevisste mekanismer som skaper fastlåste handlingsmønstre (Kringlen 2005, s. 79).

For å forsvare oss mot ytre farer er benektning en forsvarsmekanisme vi kan bruke. Denne mekanismen er ofte et sikkert tegn på en ubevisst sannhet. Benektelse vil si at vi overbeviser oss selv om at hendelsen eller situasjonen ikke har funnet sted eller at den ikke fikk de konsekvensene som de faktisk gjorde. Det vil si at vi ikke tar innover oss det som faktisk har skjedd. I forhold til indre farer er fortregning en nærliggende forsvarsmekanisme å bruke dersom drifter, følelser og tanker ikke samsvarer med slik vi mener at vi er. Aggressive følelser, skam og angsten for ikke å strekke til er eksempler på dette. Fortregning aktiveres når selvbildet trues og styres ubevisst av en indre impuls. Fortregnte følelser, savn og behov er ofte årsaken til konflikter og kommunikasjonsproblemer i mellommenneskelige relasjoner (Eide og Eide, 2000. s. 130 - 132). Som nevnt tidligere betyr dette at sykepleier gjennom benektelse kan komme til å nekte på hendelser som faktisk har skjedd. Et eksempel kan være at du benekter at du overså rusmisbrukeren i parken som tydelig trengte medisinsk behandling, fordi du overbeviste deg selv om at rusmisbrukeren bare hadde snublet og uskadet ville komme seg på beina igjen. I situasjoner som truer sykepleieres syn på seg selv som menneske vil fortregning brukes for ubevisst å unngå og kjenne på de vonde

følelsene. Ettersom en sykepleier skal ha gode holdninger til alle mennesker (alturistisk menneskesyn), så er det ikke vanskelig å tenke seg at vi lett kan bruke forsvarmekanismer som en måte å beskytte vår identitet som sykepleier på. Om vi i vår rolle som sykepleier ikke tør å reflektere rundt våre fordømmer/forforståelse av mennesker, så vil vi stå i fare for å benekte hendelser og/eller fortrenge følelser vi møter i oss selv i møte med rusmisbrukeren. Sannsynlig vil våre følelser alikevel komme til overflaten om ikke verbalt, så iallfall nonverbalt, i møtet med denne pasientgruppen. Det kan oppleves skambelagt å kjenne på ubehagelige følelser i møtet med andre mennesker, men bakenfor slike følelser kan det ligge gode forklaringer. Med det mener vi at om du selv har opplevd rusproblematikk i nære relasjoner, så vil dette kunne farge dine holdninger i møte med rusmisbrukeren. Om dette er erfaringer som du har bearbeidet kan du være en ressurs for rusmisbrukeren, men om det er ubearbeidede følelser vil faren for at det påvirker ditt arbeid i pasientsituasjoner på en negativ måte være til stedet.

I ubearbeidede opplevelser kan undertrykte følelser vekkes i situasjoner som kjennes truende og smertefulle. Unngåelse er en måte å styre unna situasjoner som trigger vanskelige følelser. Dette kan være en hensiktsmessig måte å møte store følelsesmessige utfordringer på, men kun på kort sikt. På lang sikt vil dette kunne føre til at smertefulle opplevelser forblir ubearbeidede. Du velger å flykte fra dem i stedet for å ta følelsene innover deg. I forhold til vår problemstilling vil rusmidler være et eksempel på usunn bruk av mestringsstrategier (fluktunngåelse), fordi undersøkelser viser at dette lettere leder til psykosomatiske symptomer, angst og depresjoner på sikt. Fluktunngåelse er et tegn på at man ikke mestrer situasjonen man er i og ikke bearbeider det som føles vondt (Eide og Eide 2000. s. 133 – 135).

Unngåelse kan være en gunstig strategi i jobbsammenheng ved at du kan unngå å ta private hendelser med inn i jobben din. Dette kan gjøre deg mer til stedet for pasienten. På den annen side vil distansering av vonde og ubearbeidede følelser i jobbsammenheng også kunne medføre det motsatte – at du unngår å ta opp viktige sider av pasientens utfordringer. I såfall vil du kunne stå i veien for at pasienten skal finne løsning og mestring i sine utfordringer.

Bekreftelser kan være eksempel på ytre styrt trygghet og behovet for å bli sett, bekreftet, anerkjent og korrigert. Å bli sett og bekreftet kan gi vekst og mestringsfølelse, men kan også virke motsatt om en utvikler avhengighet av tilbakemeldinger og andres oppmerksomhet. Foruten at det er slitsomt å alltid måtte bekreftes, lar en på den måten andre avgjøre om en er bra nok eller ikke (Hummelvoll 2002, s127-145).

5.0 Teori og drøfting

Travelbee bruker flere begreper i sin teori. I det følgende vil vi trekke frem menneske-til-menneske-forholdene og kommunikasjon fordi vi mener disse er viktigst i forhold til vår problemstilling. Med dette som utgangspunkt drøfter vi fagstoffet og Travelbee fortløpende.

Dette forholdet er ifølge Travelbee (her i Kirkevold 2001, s.117) noe som etableres etter flere gjennomgåtte interaksjonsfaser. Disse fasene er:

- 1 Det innledende møtet,
- 2 fremvekst av identiteter
- 3 empati
- 4 sympati
- 5 gjensidig forståelse og kontakt

5.1 Det innledende møtet

I *det innledende møtet* vil to personer som ikke har møtt hverandre før treffes.

Sykepleierens oppgave i denne fasen er å være klar over hvordan ”stereotype” oppfatninger preger hennes inntrykk av den syke personen, og å bryte ut av denne kategoriseringen for å få øye på det særegne individet i pasienten (Kirkevold 2001, s.117).

Etter vår oppfatning vil dette henge sammen med det vi beskrev tidligere. Dersom sykepleieren har stor forutinntatthet ovenfor spesielle pasientgrupper, vil dette gjøre det vanskeligere å bryte ut av denne kategoriseringen. Dersom sykepleieren ikke har reflektert og gjort seg bevisst sin egen oppfatning om en spesiell type pasientgruppe kan det resultere i at det ”særegne individet” ikke kommer tydelig nok frem.

Ettersom rusmisbrukere ses på som sosiale avvikere er det for oss nærliggende å tro at sykepleiere, som andre, graver seg dypere ned i stereotype oppfatninger når det gjelder rusmisbrukere enn en del andre pasientgrupper. Dette vil da være til hinder for å se selve mennesket bak alt det negative som rusmisbruket fører med seg og det vil vanskeliggjøre en videre utvikling av relasjonen mellom sykepleieren og pasienten.

På den annen side er det nødvendig at sykepleieren har en viss forforståelse for å kunne tolke pasienten og hans problemer. For å klare å tolke andre bruker vi persepsjon, og med det mener prosessen fra informasjon eller kunnskap kommer fra våre omgivelser eller egen kropp, via sansene som registrer fysiske impulser via bearbeiding og analyse til fortolkningen av den informasjonen vi har fått. (Håkonsen 2003, s. 336)

Dette forteller oss om en persons opplevelse av sin egen situasjon, og det er av betydning for utførelsen av sykepleie. Grunnen til det er dette gir oss viktig informasjon om hvordan pasienten takler sine utfordringer. I dette tilfellet vil det være hvordan pasienten opplever sitt rusmisbruk og problemer knyttet til dette. ”Forskning viser at vi har en tendens til å se det vi forventer eller ønsker å se” (Eide og Eide 2000, s. 42). Slik vi forstår dette så betyr det at våre følelser har stor betydning for hvordan vi tolker menneskene rundt oss. Om vi er i lykkerus over å ha fått et barn så vil vi lettere oppleve verden omkring oss som positiv og god. På den annen side vil situasjoner hvor vi har mislyktes føle skyld og skam, og videre kunne tenke at ”alle” menneskene rundt møter oss med bebreidelse. Det vil si at våre forventinger og personlighet har stor betydning for hvordan vi ofte ubevisst og automatisk organiserer verden omkring oss i *stereotypier*. Disse stereotypiene forteller mye om våre holdninger, fordommer og oppfatninger, fordi de er generaliserte, fastlåste og grovt forenklete oppfatninger av grupper av mennesker som ofte ikke har rot i virkeligheten (Bø 2002, s.242).

For pasientene er det en fordel å ha stereotype oppfattelse av sykepleiere, fordi det gjør det lettere å forholde seg til flere sykepleiere. Det samme gjelder for sykepleiere, fordi vi gjennom å gruppere pasienter lettere forholder oss til mange pasienter. Faren er at vi distanserer oss så mye fra pasienten at han/hun blir et objekt. I det vil pasientens individualitet bli utydelig, og den helhetlige sykepleien forringes. (Eide og Eide 2000, s. 41 – 44)

”Fortolkning betyr å forsøke å forstå eller forklare hva et fenomen betyr i en gitt sammenheng” (Brodtkorb 2001, s. 36). Målet med fortolkning er å få forståelse. Vi bærer alle på en forforståelse eller fordom som påvirker vår tilnærming av forskjellige utfordringer i situasjoner vi befinner oss i. De er styrt av våre holdninger og evne til

persepsjon der det ikke er gitt hva som er det beste å gjøre i en gitt situasjon. For å tolke verden omkring oss anvender vi vår forforståelse/fordommer, og ulike situasjoner er med på å danne nye forforståelser ut ifra de erfaringer og kunnskap vi etter hvert tilegner oss (Brodtkorb 2001, s.36-38). Slik vi forstår Brodtkorb så blir forforståelse og fordommer sett på som det samme. I Håkonsen 2003 ses fordommer på noe som er negativt ladet, fordi de er knyttet til holdninger som får frem negative følelser i personen (Håkonsen 2003, s.226). Uansett betydningen så beskrives det i begge bøkene viktigheten av å være oppmerksom på forforståelse og fordommer i interaksjon med andre mennesker. Det er viktig at vi som sykepleiere nyanserer bildet vi har av pasienten, slik at våre holdninger av negativ art blir gjenstand for refleksjon og forhåpentligvis ny forforståelse gjennom erfaring og kunnskap. Sett i lys av dette vil en viss forforståelse av hva sykepleieren vil møte hos rusmisbrukeren kunne hjelpe henne til å møte pasienten på en god måte. Her vil for eksempel en forforståelse av at bakenfor rusmisbruket befinner det seg et menneske som er forskjellig fra andre, med helt egne livserfaringer være gunstig for hvordan rusmisbrukeren føler seg møtt. Å tilegne seg kunnskap og erfaring om ulike aspekter rundt rusmisbruk, vil også kunne gi en slik sunn forforståelse gitt at den brukes til å forstå rusmisbrukeren bedre. En fare sykepleieren her må være seg bevisst er hvordan mer kunnskap kan gjøre forforståelsen så sterk at den generaliserer rusmisbrukere som en gruppe med bestemte egenskaper.

For oss er det nærliggende å trekke inn roller når vi snakker om slik generalisering. En rolle kan sees på som summen av normer som knytter seg til en bestemt oppgave eller stilling. Normer er en nødvendighet for at samspillet mellom mennesker skal fungere og for betydningen av menneskets opplevelse av identitet. Normer kan opprettholdes og videreføres gjennom, erfaring, tradisjon, makt, bemyndigelse og egne eller andres forventninger. Vi går hele tiden ut og inn av roller og modningsstadier og rollene tilpasses og ivaretar oppgaver tilhørende bestemte funksjoner. Det mest vanlige er at den enkelte evner å tilpasse seg samfunnets ”spilleregler”. De velger sine ”hatter” ut fra det som kreves og forventes i hver enkelt situasjon. Disse retningslinjer og rammer er ment for å samle oss, skape trygghet og forutsigbarhet slik at vi kan forstå de funksjonene som er knyttet til hvilke ”roller” som passer inn under systemets oppbygging og struktur. Sanksjoner eller sosial kontroll er holdningsskapende og

regulerer og styrer atferden i gruppestrukturen, slik at vi gjør og sier det som er passende (Kristoffersen 2000, bind 1 s.143-152).

Med bakgrunn i dette vil vi si at samspillet mellom mennesker som møtes glir lettere jo flere normer de har felles. Dette kan være et hinder for at sykepleieren skal møte rusmisbrukeren på en god måte fordi deres oppfattelse av hva som er samfunnets ”spilleregler” er vidt forskjellige. En sykepleier som for eksempel setter totalavhold av alle typer rusmidler høyt, vil man kunne tenke seg har vanskeligheter med å møte en rusmisbruker som det lukter alkohol av på en bra måte. Et annet eksempel er når et akuttmottak mottar en ruset pasient som kaster opp, er ustelt og har abscesser, så kan dette frembringe avsky og angst hos helsepersonellet. Dette kan være helt normale reaksjoner (forsvarmekanismer) blant annet på grunn av ubehagelig synsinntrykk og lukt. Om vi lar våre forsvarmekanismer være styrende for vårt møte med pasienten som menneske, så vil vi i denne sammenhengen føle avsky og angst for pasienten. Dette er ikke holdninger og et verdisyn som er i tråd med yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Under yrkesetiske retningslinjer punkt 1.5 står det at ”Sykepleieren respekterer pasientens rett til selv å foreta valg, herunder å frasi seg selvbestemmelsesrett”. Den sier at vi skal ha like stor respekt for rusmisbrukeren som til andre pasienter, til tross for at pasienten har en livsførsel som går på tvers av det vi mener er best. Vi vil fremheve punkt 3.1 i yrkesetiske retningslinjer hvor ”Sykepleieren erkjenner et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig”. Slik vi tolker dette så er vi personlig ansvarlig for vår praksis som sykepleiere og at det forventes at vi skal ha holdninger og et verdisyn som er i tråd med samfunnets normer og regler ut ifra fagkompetanse, etikk og lovverk. Det viktig at vårt syn på pasienten er det samme uavhengig av hvilke helseproblemer han har. Rusbruk er slik vi ser det kun et symptom på andre bakenforliggende årsaker, og da tenker vi på oppvekstvilkår, evne å knytte seg til andre mennesker og evnen til å tilpasse seg samfunnet (som nevnt under rusmisbruk).

5.2 Fremvekst av identiteter

Neste fase er *fremvekst av identiteter*. Her trekkes det frem både pasientens og sykepleierens identitet;

Sykepleieren får en begynnende forståelse av pasientens oppfatning av sin situasjon, og pasienten oppfatter sykepleieren som en enestående person og ikke som en rolle (Kirkevold 2001, s.117).

Vi ser det som viktig for å nå denne fasen at sykepleieren har et godt *innledende møte*, for ikke å vanskeliggjøre hvordan sykepleieren får tak i pasientens persepsjon, altså hvordan akkurat denne pasienten har det. Det er i denne sammenhengen viktig å være klar over at pasienten også har en forforståelse av hvordan sykepleiere er. Gjennom at sykepleieren behandler pasienten som et individ, vil pasienten kunne få følelsen av å bli sett. Noe som kan gi en følelse av at ”nå er sykepleieren her bare for meg”. Slik vil pasienten se på sykepleieren som en ”enestående person” som trer ut av sin sykepleierrolle. Rusmisbrukere har ofte negative erfaringer med helsevesenet og kan ha store problemer med å se sykepleieren som noe annet enn noe negativt. For sykepleieren vil det være viktig å være bevisst på dette og gi rusmisbrukeren en opplevelse som skiller seg fra tidligere møter med helsetjenester. Her mener vi å skape likeverd mellom sykepleieren og rusmisbrukeren er et viktig ledd. For en rusmisbruker som kanskje føler seg krenket i mange møter med mennesker, er det lett å tenke seg at han ikke føler seg like mye verdt som sykepleieren. Det og ikke føle seg like mye verdt som andre kan gi følelsen av en maktesløshet. Derfor vil det være vesentlig at sykepleieren bidrar til å øke makten til rusmisbrukeren. En vanlig definisjon av makt er:

Ved makt vil vi her allment forstå ett eller flere menneskers sjanse til å sette gjennom sin egen vilje i sosialt samkvem, og selv om andre deltagere i det kollektive liv skulle gjøre motstand (Max Webers definisjon i Stang 2001 s. 41).

I utgangspunktet er makt nøytralt, og det betyr at det er *måten* makt bli brukt på som gir grunnlag for å si om det er positiv eller negativ bruk av makt (Stang 2001 s. 41). For å yte makt er det en forutsetning at man har bemyndigelse til å utøve denne makten. Bemyndigelse i denne sammenhengen betyr maktoverføring fra sykepleier, som er i en maktposisjon, til pasienten. Videre vil det si å gi et menneske retten til medbestemmelse i saker som berører dem. Det betyr at sykepleier hjelper pasienten til å ta i bruk sine

ressurser, fremmer krefter og energi og begrenser faktorer som frembringer stress (Stang 2001, s. 12).

Med utgangspunkt i at forholdet mellom sykepleier og pasient er asymmetrisk så står pasienten i et avhengighetsforhold til sykepleieren. ”Avhengighet skaper makt nettopp fordi det å ha noe som andre trenger eller ønsker seg, gir makt til den som besitter det” (Stang 2001, s 48). Videre står det at graden av makt avhenger av i hvor stor grad pasienten trenger den hjelpen sykepleieren gir. Det vil si at i akutt sykdom (intensiv behandling) blir vi mer avhengig av helsepersonell enn vi er om helsesvikten er mindre invalidiserende for eksempel ved rutine kontroll av en godt regulert diabetes (Stang 2001, s.49). I denne sammenheng er det interessant å se på sykepleieren og rusmisbrukeren. Selv om ikke rusmisbrukere nødvendigvis er avhengig av akutt medisinsk behandling, så kan pasientens behov for anerkjennelse og støtte være stor. Dette vil trolig lett sette pasienten i et følelsesmessig avhengighetsforhold til sykepleieren, om ikke sykepleieren er bevisst på å gi rusmisbrukeren bemyndigelse og ansvar til selv å velge hensiktsmessige måter å møte sine utfordringer på.

En sykepleier kan trolig lett bruke sin autoritet til å svekke pasientens bemyndigelse. For pasienter med rusproblemer kan svekket bemyndigelse være et problem, fordi de lett føler seg krenket. Det sier mye om hvor viktig sykepleiers rolle er for å gi disse pasientene troen på at de har makt til å betemme over avgjørelser som er viktige i deres liv. Om pasienten får mer ansvar enn det han har ressurser til, så vil dette kunne føre til at rusmisbrukeren går tilbake til gammelt ”mønster” og løser sine følelsesmessige vansker med rusmidler.

Om hjelpeiveren tar overhånd kan sykepleieren forvandles til å bli maktutøver og krenker i stedet for den gode hjelper. Den hjelpen som gis via eksempelvis gode råd og ansvarsovertagelse kan ubevisst stakkarsliggjøre den enkelte. Det vil være viktig at sykepleieren skiller egne behov fra klientens og at hun ikke tilsikter å vite hva som er best for andre. Faren ved å gi råd vil være at vi overfører til pasienten det som er rett for oss, men det er oftest tuftet på antagelser og er kanskje sjelden det som er rett for dem? Slik vi ser det trenger pasienten trygghet, ansvar og støtte på den sine valg, for selv å

finne trygghet i seg. Om vi fratar dem ansvar vil vi samtidig frata dem mulighetene for vekst og snarere øke et allerede såret og skjørt selvbilde. Dette kan føre til at de føler seg ytterligere mislykket. I møtet med de såkalt ”gode” hjelpere kan de gis ytterligere bekræftelse på hva de ikke får til. Vi mener å forstå gjennom praksis og teori at vi bør støtte de på best mulig måte, der de er og ut i fra deres synspunkt og ståsted. Evnen sykepleier har til å gi støtte og trygghet, er av betydning for at pasienten selv skal klare å finne frem til egne ressurser. Dermed kan det hjelpe dem til å tørre å åpne seg og senke forsvaret, som i følge Hummelvoll var grunnleggende for å oppnå endringspotensial. Det er grunnlag til å tro at om vi har forståelse og selvinnsikt vil vi lettere kunne møte andre med riktige holdninger og gi dem en sjanse til å se seg selv og sine personlige styrker og svakheter.

5.3 Empati

Den tredje fasen er *empati*. Om dette begrepet sier Travelbee; ”Det er i sak evnen til å gå inn i eller dele og forstå et eller annet individs psykologiske tilstand i et bestemt øyeblikk” (Kirkevold 2001, s.117).

Slik Kirkevold skriver videre forstår vi at begrepet skal brukes til å forstå pasienten og hans situasjon uten at en selv blir en del av pasientens *tilstand*. På denne måten vil en skape en nærhet til pasienten. Samtidig ser vi det som sentralt å holde en viss avstand til pasienten og hans problemer, slik at det blir en god balanse mellom nærhet og distanse. Disse begrepene mener vi henger sammen med det å ha en profesjonell relasjon til pasienten;

(...) og slik jeg ser det er den profesjonelle et menneske som på grunn av sin utdannelse nettopp er i stand til å ta innover seg menneskelige problemer uten å bli nevneverdig truet av dem og uten å miste kontrollen over egne reaksjoner. Den profesjonelle har med andre ord spesielt gode forutsetninger for å kunne opptre menneskelig (Carling her i Strand 1990, s. 18).

Slik vi tolker dette så er det helt sentralt at vi som sykepleier anvender både vår fagkunnskap og tidligere erfaringer i interaksjon med andre mennesker. Dette er utgangspunktet for å finne rett balanse mellom nærhet og distanse til pasienten. På

denne måten vil vi opprettholde vår evne til å reflektere over oss selv og andre, for dermed å kunne hjelpe pasienten på en profesjonell måte. Om vi gjør pasientens historie om til vår egen, så vil vi mest av alt gjøre pasientens smerte til vår egen. Om vi distanserer oss for mye, så vil vi følelsesmessig ikke la oss engasjere. Resultatet av og ikke finne rett balanse mellom nærhet og distanse er at vi står i fare for at pasienten ikke føler seg anerkjent og støttet i de utfordringene livssituasjon fordrer.

Vi ønsker videre å komme med en etisk refleksjon rundt sykepleiers ansvar, nærhet og distanse for pasienten. Disse ordene forteller mye om dette: ”Den andres ansikt har en appell til oss, som pålegger oss et ansvar” (Slettebø 2002, s.21). Dette sitatet minner oss om hvor stort ansvar vi har som sykepleiere, fordi pasienten har forhåpninger om at den hjelpen vi gir skal gi grunnlag for bedre helse og mot til å gi ham et bedre liv.

Vi har valgt å legge vekt på nærhetsetikk fordi vi i denne sammenheng ser at respekten for den andres autonomi krever at en holder seg tilstrekkelig på avstand samtidig som nærhet krever kjærlighet til medmennesket. Denne nærheten må nødvendigvis romme et engasjement som gir den andre opplevelsen av at sykepleieren vil ham vel uten samtidig å krenke den andres autonomi. Autonomi handler om retten til å bestemme over seg selv uten å bli ydmyket. Velgjørenhet handler om å gjøre det gode mot andre bl.a. gjennom å redde liv og lindre smerte. Det siste punktet handler om rettferdighet, og det vil si pasientens rett til å bli behandlet likeverdig ut i fra at vi alle er like mye verdt. Ved å være sitt ansvar bevisst og stadig stille seg spørsmålet ved hvilke prinsipp som står gjeldene gis makt og bemyndigelse til pasienten. Sykepleierens etiske blikk utvikles og utgjør til sammen summen av et velbegrunnet skjønn i forankring i personligheten og i likevekt mellom nærhet og distanse (Henriksen, Vetlesen 2000, s.200 – 213).

Travelbee (her i Kirkevold 2001, s.118) skriver:

Mens det er mulig å verdsette og svare på andre personers særegenhet, er det ikke mulig å ha empati med mindre man har en lignende bakgrunn eller situasjon å bygge på. Fordi empati bare kan operere på bakgrunn av likhet, er det urealistisk å forvente at sykepleiere kan ha empati med alle syke personer.

Dette tolker vi dit hen at dersom ens egne erfaringer og opplevelser er for fjernt i fra pasientens, vil det ikke være mulig å nå denne fasen. Altså vil det ikke skapes empati for pasienten dersom sykepleieren ikke identifiserer seg med pasienten og hans problemer i det hele tatt. På bakgrunn i dette kan det være ekstra vanskelig for sykepleiere å kjenne empati for rusmisbrukere, fordi de oftest ikke har noen bakgrunn som skaper noen likhet med det hun møter hos rusmisbrukeren. Det er allikevel vanskelig å tenke seg at en sykepleier ikke skulle kunne finne noen likheter med rusmisbrukeren dersom hun ser ordentlig godt etter. Grunnleggende behov for eksempel vil være noe som vi alle har felles. Dersom sykepleiere også søker kunnskap om ulike emner som angår rusmisbrukere, det være seg fag- eller skjønnlitteratur, og reflekterer rundt denne kunnskapen, vil det muligens vokse frem en likhetstanke. Noe som vil bidra til å forstå rusmisbrukerens situasjon bedre.

5.4 Sympati

Kirkevold sier at Travelbee omtaler fasen *sympati* som "(...)en form for omsorg som ofte uttrykkes gjennom den måten man omgås den andre og utfører pleien på" (Kirkevold 2001, s.118). Vi forstår det Kirkevold skriver om begrepet at det her handler om hvordan sykepleieren formidler sin oppfattelse av pasienten gjennom sin kommunikasjon. Dersom pasienten opplever at han blir tatt på alvor og hørt som individ vil dette kunne gjøre problemene lettere å bære ettersom han får hjelp i sin sykdom av noen som virkelig forstår ham. Motsatt vil en følelse hos pasienten av at sykepleieren stigmatiserer og ikke behandler ham på en god måte kunne føre til en ensomhet i sin sykdom. Dermed vil pasienten kunne lukke seg og gjøre det vanskelig for sykepleieren å få tak i hva pasienten trenger hjelp til.

Froms beskrivelser omsorg som generell kjærlighet til menneske, og at den består av å gi og ikke ta. "Kjærlighet er en aktivitet, ikke en aktiv affekt" (her i Kristoffersen 2002, bind 1 s. 278). Slik vi tolker dette vil den omsorgen som sykepleieren gir være skapt ut ifra hennes iboende kraft og egenskap til å gi kjærlighet til andre mennesker. Kjærligheten vil være uten krav om gjengjeldelse. Denne form for omsorg vil gi rom for vekst og håp for fremtiden for rusmisbrukeren. "Sykepleieomsorg har til hensikt å realisere positive verdier hos enkeltmennesker og grupper i samfunnet" (Kristoffersen

2002, bind 1 s.280). Dette er av stor betydning for rusmisbrukere som ikke så lett ser verdien i seg selv. Som sykepleier vil sympati være grunnlaget for omsorg satt i praksis gjennom ord, kroppsspråk og handling. Vi kommer nærmere inn på dette under kommunikasjon.

5.5 Gjensidig forståelse og kontakt

Den siste interaksjonsfasen er *gjensidig forståelse og kontakt*. Kirkevold ser på denne fasen som resultat av de tidligere fasene (Kirkevold 2001, s.118). Selv om denne fasen er "(...)resultatet som pasient og sykepleier gradvis har bygd opp gjennom interaksjonene som har skjedd i fasene forut" (Kirkevold 2001, s.118). Tolker vi det Kirkevold skriver videre finner vi ikke noe som tilsier i hvor stor grad denne siste fasen forutsetter de foregående. Hun skriver at

Denne fasen er karakterisert ved at de to personene deler nært forbundne tanker, følelser og holdninger(...)De erfaringene som sykepleieren og den syke har vært delaktig i sammen, er betydningsfulle for begge. Dette forholdet er også resultatet av at sykepleieren konsekvent har avhjulpet pasientens lidelser (Kirkevold 2001, s.118).

Med bakgrunn i dette vil vi si at denne siste fasen vanskeliggjøres mer med økende svikt i tidligere faser, men at den heller ikke blir umuligjort selv om fasene er oppfylt i varierende grad. Denne fasen tolker vi som at rusmisbruker og sykepleier nå er ute av sine roller, og at de heller står menneske til menneske. Rusmisbrukeren bør ha fått bevis og erfaringer med at sykepleieren er en trygghet for han, at hun oppfører seg på en slik måte at rusmisbrukeren får følelsen av at hun er til å stole på. Hun viser nå at hun respekterer han på lik linje med andre mennesker. Hun bruker seg selv terapeutisk for at rusmisbrukeren skal utvikle seg og vokse gjennom samhandling og kommunikasjon. Evne til refleksjon bruker hun til økt selvinnsett og sammen med fagkunnskap har sykepleieren grunnlaget for å møte rusmisbrukeren på en god måte.

5.6 Kommunikasjon

Travelbee ser på kommunikasjon som "Et av de viktigste redskapene en sykepleier har(...)"(her i Kirkevold 2001, s.118). Den brukes til å oppnå en god interaksjon med pasienten, altså som et redskap for å oppnå et godt menneske-til-menneske-forhold som

vi tidligere har beskrevet og drøftet. Vi skal her drøfte hvilken betydning kommunikasjon har i de forskjellige fasene i dette forholdet

5.6.1 Kommunikasjon i det innledende møtet

Den lineære modell tar for seg det budskap som sendes mellom to mennesker via verbalt og nonverbalt språk. Forenklet vil det si at meninger og informasjon går i leddene: *sender* → *budskap* → *mottaker*. I gjennomførelsen av prosedyrer kan dette være en enkel måte å forklare kommunikasjonen på. Det forutsetter at situasjonen er enkel. Det er mange ting som kan utfordre og komplisere kommunikasjonen mellom pasient og sykepleier, og en av dem er at kommunikative koder, som vi kan være språklige og kulturelle (Eide og Eide 2000, s. 35-37).

Når to mennesker kommuniserer med hverandre, er det en nødvendighet at de forholder seg til en felles kodeks for at de skal forstå hverandre; ”Mangelfull kjennskap til den andres koder er den vanligste årsaken til misforståelser” (Eide og Eide 2000, s. 36).

Vi har tidligere drøftet rundt begrepene forforståelse og fordommer, og vi setter disse kodene i sammenheng med dette. For at sykepleieren i det hele tatt skal kunne komme videre fra det innledende møtet, ser vi det som helt avgjørende at hun forsøker og sette seg inn i rusmisbrukerens koder. Dette kan imidlertid være ganske problematisk ettersom sykepleieren og rusmisbrukeren kanskje til vanlig bruker koder i sin kommunikasjon som er fremmed for den andre. Her mener vi det vil være vesentlig for sykepleieren å skape seg bred erfaring i kommunikasjon med andre mennesker generelt. For oss er det vanskelig å tenke oss at rusmisbrukere bruker forskjellige koder enn andre, men at de i likhet med ulike grupperinger i samfunnet utvikler en kommunikasjon som legger mer vekt på noen koder fremfor andre. En bevissthet for sykepleieren rundt disse kodene vil derfor etter vår mening være avgjørende for et godt innledende møte. Vi velger her å trekke inn Travelbees begrep ”terapeutisk bruk av seg selv”, noe vi forstår som at sykepleieren bruker seg selv bevisst i møte med pasienter. I dette innebærer både sin egen personlighet og kunnskap. Om sykepleierens terapeutiske bruk av seg selv, skriver Kirkevold at den

(...)krever, ifølge Travelbee, selvinnsikt, forståelse av dynamikken i menneskers handlinger, engasjement og evne til å tolke egne og andres handlinger og gripe inn på en effektiv måte. Dette krever en dyp forståelse av den menneskelige tilstand, egne verdier osv (Kirkevold 2001, s.120).

Her skjønner vi Travelbee at det er viktig å opparbeide seg kunnskap om hva som ligger bak de ulike handlingene mennesker utfører. Dette er imidlertid ikke nok, sykepleieren må selv reflektere og gjøre seg bevisst hvordan og hvorfor hun selv handler som hun gjør. Hun må videre gjøre seg klare tanker om hvilke verdier hun har og særegenheter ved sin personlighet. Dersom sykepleieren ikke har avklart hvordan hun selv er som menneske, kan dette vanskeliggjøre en god sykepleie til pasienter med verdier som bryter radikalt med hennes egne. Her ligger det etter vår mening et særlig ansvar hos sykepleieren i å bevisstgjøre seg sine egne verdier spesielt i forhold til rusmidler. Hun må også søke kunnskap og erfaringer når det gjelder å forstå andres valg og handlinger.

5.6.2 Kommunikasjon for å gi fremvekst av identiteter

Eide og Eide (2000, s.21) ser på praktisk kommunikasjon som en ferdighet innen sykepleie som er viktig på lik linje med andre ferdigheter en sykepleier må være god på. For at denne ferdigheten skal kunne bidra til en fremvekst av identiteter, vil det være en kommunikasjon som stimulerer, utfordrer og utvikler. Kunsten å oppnå dette er etter vår mening å lære oss å lytte oppmerksomt til det pasientene forteller oss. Her vil vi trekke inn begrepet *Aktiv lytting*. Denne type lytting vil kunne bidra til at pasienten åpner seg og snakker ut om sine problemer. Dette vil kunne føre til at en får bedre tak i utfordringene til pasienten og kan sette inn ulike tiltak. I følge Ivey og Egan (her i Eide og Eide 2000, s.139), består aktiv lytting av to ferdigheter. Nemlig det å være *henvendt* og det å *lytte*. Det å være henvendt beskrives nettopp som å holde fokus på pasienten og det som denne kommuniserer, mens i lyttingen ligger registreringen og tolkingen av det kommuniserte (Eide og Eide 2000, s.138-139). Å være henvendt i en hver situasjon for sykepleieren kan være en utfordring. Når vi kommuniserer med andre mennesker liker vi at den andre også er fokusert på oss. Dette er kanskje ikke alltid tilfelle i kommunikasjon med rusmisbrukere, han kan for eksempel være ruset eller han kan fremdeles være preget av sin forutinntatthet av helsepersonell. Det vil da være viktig for

sykepleieren å være forberedt på dette slik at det ikke gjør henne mindre henvendt ovenfor pasienten.

For å lytte til det rusmisbrukeren kommuniserer, må altså ikke sykepleieren bare registrere det som blir kommunisert, hun må også tolke det. Her er det vesentlig at sykepleieren hele tiden er oppmerksom på faren for feiltolking, slik at hun forsøker å få bekreftelse på at det hun oppfatter gjennom kommunikasjonen er tolket og forstått riktig. En slik verifisering ser vi på som veldig viktig i møte med rusmisbrukeren. Tidligere beskrev vi hvordan kodene i kommunikasjon ofte gir misforståelser, og hvordan disse kunne være til hinder i møtet. Her vil det kanskje være fornuftig at sykepleieren forsøker å oppfatte rusmisbrukerens budskap gjennom flere ulike koder for på den måten å finne ut om hun har tolket ham riktig. Hun må allikevel passe på så hun ikke overtolker det som registreres. Dette kan skje dersom ord blir tillagt en bakenforliggende mening som det ikke er hold for. Da vil identiteten som vokser frem hos rusmisbrukeren bli en identitet som sykepleieren former og ikke hans egentlige jeg.

5.6.3 Kommunikasjon for å skape empati

I begrepet empati har vi tidligere omtalt viktigheten av å skape nærhet til pasienten og at det forutsetter en viss likhet mellom sykepleier og rusmisbruker. Her er det lett og bruke klisjeer som for eksempel ”Jeg vet hvordan du har det” i den tro at dette skaper nærhet. Vi mener tvert i mot at slike utsagn ofte er med på å skape mer avstand til pasienten. Dette begrunner vi med at hver enkeltes opplevelse av hvordan man selv har det, er deres og ulik alle andre sin. Spesielt gjelder dette kanskje i forhold til rusmisbrukere hvor vi ser det som så godt som umulig for andre, som ikke har vært det selv, å vite hvordan det er. Man må etter vår mening her ta i bruk andre metoder for å skape nærhet til rusmisbrukeren. Gjennom kommunikasjon som metode kan man ved å være åpen og nysgjerrige la pasienten få beskrive sin situasjon, og på den måten se om man kan kjenne noe av hva den andre føler. Om så ikke er tilfelle må man kanskje slå seg til ro med at det er begrenset hvor empatisk man kan være? Som tidligere nevnt sier også Travelbee det er urealistisk å tro at sykepleier kan ha empati med alle syke personer. Etter vår mening vil rusmisbrukere som alle andre ”lese” sykepleieren på bakgrunn av det som kommuniseres. Derfor vil empatien uttrykkes gjennom hvordan han føler seg

møtt av sykepleieren, og sykepleieren må derfor forsøke å finne noe hun har felles med rusmisbrukeren.

Empati, fagkunnskap og målorientering er sentrale begrep i den *profesjonelle omsorgsrelasjonen*. Disse elementene er til sammen forutsetningen for kvalitetsmessig og god kommunikasjonen. Empati ved at forståelse og medfølelse vises verbalt, nonverbalt og gjennom handling. God fagkunnskap innebærer gode teoretiske kunnskaper, samt gode praktiske ferdigheter. I tillegg er det avgjørende at vi har evne og vilje til å være handlekraftige – slik at de mål man setter seg blir gjennomført. God kommunikasjon gjennom godt samarbeid mellom sykepleier og pasient gir best utgangspunkt for problemforståelse og realistisk målsetning (Eide og Eide 2000, s.50 – 51). Vi vil videre følge denne tanken inn i kommunikasjon for å skape sympati.

5.6.4 Kommunikasjon for å skape sympati

Travelbee, slik vi forstår henne, har fokus på omsorg og handlekraftighet når det gjelder evnen til å føle sympati. Dette er bakgrunnen for våre ønsker om å gå videre på den profesjonsorienterte modell hvor omsorgsrasjonalitet er en del av det. Eide og Eide (2000) sies det på s. 55 at den er ” (...) prosessen som gir fremtiden innhold”. I dette avsnitte kommer det frem at den smerten vi ser i pasienten like gjerne kan handle om vår egen smerte. Det minner oss om behovet for at vi har nærhet til oss selv, i våre følelser og reaksjoner i møte med andre. I møtet med pasienten kreves det vilje, evner og mot til å bruke ord som vekker sterke følelser i andre og i oss selv. I taut kunnskap handler dette om at vi baserer vår kunnskap på empati, erfaringer, fagkunnskap og intuisjon. Her kommer helhetlige og faglig begrunnede holdninger frem som en forutsetning for å gi best mulig omsorg.

(...) intuisjon forstås som et uttrykk for en umiddelbar og kreativ mobilisering av den samlede erfaring en sitter inne med, både ens menneskekunnskap, faglig innsikt og moralske normer og verdier” (Eide og Eide 2000, s. 59)

På denne måten vil intuisjon, rasjonelle overveielser og følelsesmessig engasjement kunne utfylle hverandre.

Siden vi tidligere beskrev hvordan sympatien for det meste uttrykkes gjennom måten sykepleieren omgås og utfører pleien på, vil vi her legge vekt på at det ikke er selve ordene som sies som er viktigst for å uttrykke sympati med pasienter. Viktigere er måten ordene blir sagt på som for eksempel hvilke tonefall sykepleieren bruker, og ikke minst den nonverbale kommunikasjonen. Nonverbal kommunikasjon vil si at vi gjennom våre valg av ord, blick, stemmebruk og bevegelser sender og mottar informasjon mennesker i mellom. Nonverbal kommunikasjon vil i stor grad påvirke budskapet vi ønsker å formidle, og tydeligheten i det vi formidler kan forstyrres dersom det verbale og nonverbale ikke stemmer overens. Med det menes at forskjellig budskap formidles på en og samme tid. På bakgrunn av dette kan nonverbal kommunikasjon gi grunnlag for tillit eller mistillit. Det som formidles kan være bevisst, halvbevisst eller ubevisst, og det vil gjenspeile sympatier, antipatier, ønsker, forventninger, stemninger og følelser. Det er også sannsynligvis slik at det er gjennom kroppsspråket vi forteller mest om relasjonen vi har til et annet menneske. Dette er det dypeste kontaktgrunnlaget mennesker har seg i mellom (Eide og Eide 2000, s.35 - 41).

Med bakgrunn i dette vil bevissthet rundt temaet selvfølgelig være viktig i alle fasene for å skape et godt møte med pasienter. Igjen vil kunnskap og erfaring som danner grunnlag for egne refleksjoner gjøre sykepleieren bedre rustet. Dersom sykepleieren på dette stadiet i møtet ikke har oppnådd empati med rusmisbrukeren, vil det ikke være kongruens mellom hennes verbale og nonverbale kommunikasjon. Dermed vil møtet kunne utvikle seg i en negativ retning hvis pasienten på denne måten opplever møtet som uekte. Samtidig må sykepleieren tenke på rusmisbrukerens kongruens, som et ledd i å tolke om det som uttrykkes verbalt er det som virkelig menes.

Under empati og sympati har vi nå kommet inn på omsorgsprofesjonalitet og omsorgsrasjonalitet som en del av den profesjonsorienterte modellen. Det vi ennå ikke har kommet inn på er omsorgstemporalitet som også er en del av dette, og sammenfaller fortid, nåtid og sannsynlig fremtid. For å klare å finne riktige tiltak å møte rusmisbrukeren på er det avgjørende at sykepleieren klarer å trekke paralleller mellom disse, for på den måten tenke ut mål som er gjennomførbare. (Eide og Eide 2000, s. 61)

5.6.5 Kommunikasjon i gjensidig forståelse og kontakt

Den prosessuelle modellen legger vekt på hvordan kommunikasjon er tett knyttet til relasjonen mellom mennesker, og ”(...) til den gjensidig opplevelse av hverandre og de følelser, holdninger og vurderinger som aktualiseres av situasjonen og relasjonen selv”(Eide og Eide 2000, s.46).

Denne modellen gjenspeiler det Travelbee sier om gjensidig forståelse og kontakt. Fordi den forklarer at både sykepleier og pasient er påvirket av hva den andre mottar og sender av signaler til den andre. Dette er kommunikasjon som finnes på flere nivåer, fordi den er påvirket av relasjonen de har til hverandre og graden av emosjonell påvirkning. I tillegg vil disse faktorene kunne forandre seg underveis i en samtale, og dermed blir dette en dynamisk prosess, fordi den er i stadig forandring. Den skiller seg fra den lineære modellen som er en statisk prosess som ser på det bevisste budskap som formidles (Eide og Eide 2000, s.46 - 48).

Summen av disse ordene, samt teorien om kommunikasjon som vi har beskrevet før, gir forutsetninger og grunnlag for aktivt å jobbe mot god kommunikasjon.

Profesjonsorientert modell understreker dette ved at sykepleieren skal ha ”(...) fagkunnskap, evne til empati og ha overordnede mål for øyet” (Eide og Eide 2000, s.63). Omsorgstemporalitet i forhold til vår problemstilling synliggjør hvor viktig det er at sykepleier gir omsorg til rusmisbrukeren ved å ta fortiden hans med inn i den situasjonen han står i her og nå. I tillegg må sykepleier vise omsorg i forhold til det som skal skje i antatt fremtid. Dermed blir omsorgsprofesjonalitet, omsorgsrasjonalitet og omsorgstemporalitet viktige forutsetninger for god kommunikasjon med rusmisbrukeren. Møte, identitet, empati og sympati er de faktorene som skal til for gjensidig forståelse og kontakt, og som sammen gir grunnlaget for god kommunikasjon.

6.0 Konklusjon

Formålet med oppgaven vår var å svare på *Hvilken betydning har sykepleieres forutsetninger for god kommunikasjon, i møte med rusmisbrukeren?* Det vi kan konkludere med at sykepleieres møter med rusmisbrukere i hovedtrekk ikke skiller seg fra andre møter mellom mennesker. Det handler om at kunnskap og erfaring i kommunikasjon gjør en bedre rustet i møtet med mennesker generelt. Likevel vil vi trekke frem viktigheten av å tilegne seg kompetanse som er spesielt aktuell i forhold til rusmisbrukere. Vi mener mye av det som skiller sykepleieres kommunikasjon med pasienter fra andre møter mellom mennesker, kan oppsummeres i bevissthet og refleksjon. I bevissthet legger vi viktigheten av sykepleierens erkjennelse av hvordan egne forutsetninger kan spille inn på kommunikasjonen, og dermed kan virke inn på sykepleierens ”terapeutiske bruk av seg selv”. (Med refleksjon her tenker vi på hvordan sykepleieren bør se tilbake på ulike møter, både med pasienter og mennesker generelt.) Vi fant at om sykepleieren er trygg i seg selv vil sykepleieren evne og ta innover seg menneskelige problemer uten å bli nevneverdig truet. Sykepleieren må jobbe aktivt med egne holdninger og etiske retningslinjer for å ikke møte rusmisbrukeren med krenkelse. Krenkelser er den største utfordringen for sykepleier i forhold til rusmisbrukeren. På bakgrunn av dette vil vi si at god kommunikasjon i møte med rusmisbrukere vil være at en tør og sette søkelyset på seg selv og blottstille sine feil, mangler og forbedringspotensial. På denne måten vil sykepleier ha forutsetningene for god kommunikasjon i møte med rusmisbrukeren.

Avslutningsvis vil vi derfor summere dette opp med at sykepleierens evne til å yte god omsorg er grunnpilaren i all kommunikasjon. Litteraturen vi har funnet underbygger betydningen av at sykepleiers forutsetning for kommunikasjon er avgjørende i møte med rusmisbrukeren. Grunnen til det er blant annet at selvinnsikt, empati, sympati, gode holdninger, oppmerksomhet på forsvarmekanismer og sykepleiers evne til å gi rusmisbrukeren bemyndigelse gir grunnlag for god kommunikasjon.

7.0 Etterord

Å skrive denne oppgave som gruppe har til tider vært utfordrende. Alle har vært engasjerte og hadde ulik bakgrunn og erfaring med rusproblematikk fra tidligere og mht oppgavens problemstilling. Vi har jobbet mye sammen med stoffet, men også noe på egenhånd. Dette har resultert i at vi har måttet foreta en del utvelgelser av stoff som den enkelte hadde skrevet og ”brent” for. Ettersom vi var en gruppe på tre, måtte vi også ta felles beslutning og for å få en rød tråd i hele oppgaven. Da et endelig resultat skulle foreligge som helhet og ikke være preget av individuelle synspunkt. Dette gjorde nok til at arbeidet og drøftinger tok lengre tid en først antatt. Det var likevel her prosessen med gruppearbeidet ble interessant i forhold til at den enkelte måtte argumentere for det en hadde gjort av utvelgelser. Vi fikk erfare hvordan gruppeprosesser og samarbeid virker og hvor styrker og svakheter kommer frem i gruppeprosessen. Her fikk vi komme i kontakt med egne følelser og muligheten til å kunne ta og å gi. Disse erfaringene skapte mange tanker og refleksjoner rundt selve gruppeprosessen og vi ser det som lærerikt å ta dette med videre. En viktig utfordring ble å forholde seg til sak. I ettertid innser vi at en bedre planlegging og mer tydelighet på egne ønsker fra hver enkelt kunne ha hjulpet på dette. For vi hadde lenge litt for mange meninger og lite struktur. Da vi endelig fikk en klarhet og ble enige om hvordan stammen i oppgaven skulle bygges opp, gikk resten mye bedre. Vi ser også at en klarere arbeidsfordeling kunne gjort prosessen lettere for oss og er noe vi tar med oss videre. Det positive med å arbeide som en gruppe er at en sak sees på fra flere sider, og dette mener vi har styrket oppgaven vår. Spesielt gjelder dette arbeidet med å få frem momenter i drøftingen. Vi har ikke brukt erfaringer fra hospiteringspraksisen direkte i teksten, men vi har hatt nytte av den i drøftingen.

8.0 Litteraturliste

Brodtkorp, Elisabeth, Reidun Norvoll og Marianne Rugkåsa (2001). *Mellom mennesker og samfunn*. Oslo: Gyldendal.

Eide, Hilde og Tom Eide (2000). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal.

Fjørtoft, Ann-Kristin (2006). *Hjemmesykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget

Henriksen, Jan-Olav og Arne Johan Vetlesen (2000). *Nærhet og distanse*. 2.utg. Oslo: Gyldendal.

Hummelvoll, Jan Kåre. *HELT - ikke stykkevis og delt*. 6.utg. Oslo: Gyldendal.

Håkonsen, Kjell Magne (2003). *Innføring i psykologi*. 3.utg. Oslo: Gyldendal.

Kringlen, Einar (2005). *Psykiatrici*. 8.utg. Oslo: Gyldendal.

Kristoffersen, Nina Jahren (2002). *Generell sykepleie 1*. Oslo: Gyldendal.

Kristoffersen, Nina Jahren (2002). *Generell sykepleie 2*. Oslo: Gyldendal.

Slettebø, Åshild (2002). *Sykepleie og etikk*. 3.utg. Oslo: Gyldendal.

Stang, Ingun (2001). *Makt og bemyndigelse*. Oslo: Gyldendal.

Strand, Liv (1990). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet*. Oslo: Gyldendal.

*Kirkevold, Marit (2001). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. 2.utg. Oslo: Gyldendal.

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

*Rydén, Göran og Per Wallroth (2008). *Mentalisering*. Stockholm: Natur & Kultur.

*Vaaland, Tor Øystein (2007). *Brev til en minister*. Oslo: Gyldendal.

*Øiseth, Ole Vidar, Terje Kjeldsen og Arne Sunvoll (2008). *Illustrert informasjonsmateriale om narkotika, alkohol og doping*. Norsk Narkotikapolitiforening.

*Helse- og omsorgsdepartementet. *Regjeringens opptrappingsplan for rusfeltet*. URL: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/rus/regjeringens-opptrappingsplan-for-rusfel.html?id=500845> (hentet 03.05.09)

Litteratur merket med * er selvvalgt litteratur.