

**AVH501**

**Master i diakoni (30 ECTS)**

«Ingen hadde barndomsdrømmer om rusavhengighet»

Student: Karin Kverneland Lende

Veileder: Svein Olaf Torbjørnsen, dr. theol.

Vår 2012

Stuedsted: Det Teologiske Menighetsfakultet og Høyskolen Diakonova

## Innholdsliste

1.0 Innledning.....	4
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	5
1.2 Hensikten med studien.....	7
1.3 Problemstilling med avgrensing.....	8
1.4 Presentasjon av material .....	10
1.5 Metode.....	11
1.6 Disposisjon.....	12
1.7 Begrepsavklaring.....	13
2.0 Hva er rusmisbruk og hva vil det si å være rusmisbruker?.....	14
2.1 Litt generell statistikk.....	15
2.2 «Rus rammer ikke tilfeldig».....	16
2.3 Dårlig helse.....	17
2.4 Kriminalitet.....	19
2.5 Tilhørighet versus Sosial utestengning .....	20
2.6 Fattigdom og rusmisbruk.....	20
2.7 Dårlige boforhold.....	21
2.8 Rusmisbrukerens opplevelse av stigmatisering og konsekvenser av dette.....	22
2.9 Oppsummering og avrunding.....	25
3.0 Hva karakteriserer forholdet mellom helsepersonalet og rusmisbrukere i helsevesenet?.....	26
3.1 Helsevesenets prehospitale skyggeside.....	26
3.2 Konsekvenser av sykepleierens holdninger overfor rusmisbrukere.....	31
3.3 Sykepleierens implisitte holdninger i møte med sprøytemisbrukere.....	33
3.4 Holdningsskapende fokus i utdanning og i praksisfeltet.....	35
3.5 Sykepleierens etiske utfordringer i den daglige omsorgsutøvelsen.....	37
3.6 Oppsummering og avrunding.....	39
4.0 Holdningsetiske perspektiver i helsevesenet og diakonien.....	40
4.1 Hva er holdningsetikk.....	42
4.2 Et psykologisk perspektiv relevant for holdningsetikken.....	44
4.3 Holdninger og Verdier i helsevesenet.....	48
4.4 Holdningsetikk relevant for sykepleierens relasjoner.....	50
4.4.1 Holdningsetiske teorier.....	51
4.4.2 Yrkesetiske retningslinjer og ansvar.....	54
4.5 Holdninger og verdier i et diakonalt perspektiv.....	56
4.5.1 Barmhjertighet som en sentral diakonal holdning innenfor sykepleien.....	57
4.5.2 Diakoni, omsorg og etikk.....	60
4.6 Oppsummering og avrunding.....	63
5.0 Hvordan kan sykepleieren møte rusmisbrukere på en god måte? .....	65
5.1 Innledning med opphenting av problemstilling og forskerspørsmål.....	65
5.2 Karakteristiske trekk i det faktiske møte .....	66
5.3 Vurderinger av forholdet mellom det faktiske og det ideelle/ønskede .....	68
5.3.1 Diakonal og allmenn omsorgsutøvelse.....	72
5.4 Hvorfor oppstår det diskrepans?.....	73
5.5 Hvordan skape større samsvar mellom den ideelle og det reelle omsorgsutøvelsen?.....	74
5.5.1 Hva har utdanningsinstitusjonene å tilby for å bedre praksis?.....	75
5.5.2 Kan strategisk bruk av TPB legge til rette for bedre praksis?.....	76
5.5.3 Har diakonien noe å bidra med?.....	78
6.0 Avsluttende kommentar.....	79
6.1 Oppsummering og konklusjon.....	80
6.2 Oppfordring til praksisfeltet.....	81
7.0 Litteraturliste.....	82

## Forord

Som sykepleier med et stort diakonalt engasjement falt det seg naturlig, etter ca. ett år med frivillig arbeid blant rusmisbrukere i Oslo, å tematisere forholdet mellom rusmisbrukere og samfunnet gjennom denne masteroppgaven. Jeg har lenge vært opptatt av rettferdighet, og på grunn av det har etiske dilemmaer stadig blitt utgangspunkt for givende diskusjoner både innenfor fritid, studie- og arbeidsliv.

Jeg tar i denne avhandlingen utgangspunkt i relasjonen mellom sykepleier og rusmisbruker i helsevesenet, da dette er en arena hvor det oppstår et tydelig møte mellom samfunnet og rusmisbrukeren.

Jeg ønsker med denne oppgaven å løfte fram viktigheten av å ha gode fagkunnskaper i møte med denne pasientgruppen, samt viktigheten av å være klar over holdningenes essensielle innvirkning på omsorgsutøvelsen.

Jeg ønsker også å rette en spesiell takk til alle som har fulgt meg igjennom denne perioden, for tålmodighet med meg og interesse for prosjektet. Jeg ønsker spesielt å takke veileder Svein Olaf Torbjørnsen for gode og konstruktive veiledningstimer. Jeg vil takke Kjellaug og Kjersti for nyttig og oppklarende hjelp med retting og utviklende samtaler om temaet. Til slutt vil jeg takke min kjære Adekola som alltid var der for meg. Takk!

Karin Kverneland Lende

Oslo, 5. juni 2012

## 1.0 Innledning

«Ingen hadde barndomsdrømmer om rusavhengighet»

En liten historie «rett fra gata»

Som frivillig på et lavterskeltilbud for rusmisbrukere i Oslo kommer jeg stadig i kontakt med nye mennesker og nye skjebner. En fredagskveld høsten 2011 går jeg bort til en sliten dame som virker tydelig lei seg og «betuttet». Hun sitter i et hjørne av kafeen og henger over kaffekoppen, helt oppslukt av sin egen situasjon. Jeg tar henne på skulderen, setter meg ned med henne og viser at jeg bryr meg. Jeg spør hva som er galt og lar henne fortelle meg alt hun har på hjertet. Hun er fortvilet og ser ingen bedring i situasjonen. Hun forteller meg at hun bare er 37 år (utseende: 50 år) og at hun har vært på «kjøret» siden hun var 14 år. Hun orker ikke mer, og ønsker å komme på avrusning igjen. Hun kan fortelle at hun har klart det før, hun har vært rusfri i korte perioder før hun har falt tilbake igjen. Nå spør hun om vi kan hjelpe henne. Vi ringer rundt og hører hvem som kan tilby hjelp, men det er bare nei å få over alt. Klokken har akkurat passert 22.00 og da er det nattbemanning flere steder og hun må prøve igjen på mandag. Hun knekker helt sammen, og nå er det ikke mulig å forstå hva hun sier lenger. Hun er tydelig skuffet og fortvilet, hennes «siste håp» sto også maktesløse overfor denne situasjonen. Hun måtte ut igjen på «gata», enda tyngre til sinns nå en da hun kom inn. I hvert fall var det den opplevelsen jeg satt igjen med, når vi stengte den kvelden. Vi hadde hatt en god samtale, vi hadde delt troen og bedt sammen, for alt det som virket så overveldende. Likevel måtte hun tusle ut i kulda igjen, uten en varm seng eller noen som ventet på henne hjemme, i motsetning til oss som hadde prøvd å hjelpe henne. Jeg har aldri sett henne igjen etter den kvelden, og en kan selvfølgelig håpe at det er fordi hun kom inn på avrusning den førstkommende mandagen og ikke har oppsøkt miljøet i etterkant av det, men sjansen for det er ikke stor. Det var hjerteskjærende å ikke kunne henvise henne til noe hjelpeapparat som sto klar for å hjelpe henne når hun var motivert. Nå ville hun mest sannsynlig fortsette å mestre situasjonen på den måten som hun hadde gjort så alt for lenge allerede, som blant annet lot et så verdifullt menneskeliv stå i konstant fare for utslettelse.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Som menneske, medmenneske og samfunnsmedlem, opplever vi til stadighet å bli konfrontert med store og små etiske problemstillinger, som vi må velge om vi vil ta stilling til eller ikke, og bestemme om det skal medføre konsekvenser for oss eller de som omgir oss. Det er nettopp en av disse etiske problemstillingene som har skapt en interesse i meg som nå har resultert i denne avhandlingen. Møter vi har med rusmisbrukere, enten det er på gata eller i private situasjoner, kan vekke sterke følelser i oss og minne oss på dette med barmhjertighet<sup>1</sup> og holdningene våre til disse menneskene. En kan kjenne på følelser/holdninger av empati, omsorg, oppriktighet, vennlighet og respekt, men også betydelig mer negative holdninger som apati og likegyldighet eller til og med destruktive holdninger som forakt og avsky. Når vi ser urett rundt oss er det naturlig at følelsene våre settes i sving, og at de utfordrer oss til handling som igjen speiler holdningene våre. pga. dagens verdensvide mediadekningen eksponeres vi også i stadig økende grad for nød, og mitt spørsmål blir da om vi kan ha blitt for komfortable med den nøden og uretten vi ser rundt oss slik at vi ikke lar det berøre oss? Jeg tror vi trenger å bli utfordret. Øverland ønsket å utfordre oss i 1937, og skrev disse tankevekkende strofene som på langt nær har utspilt sin rolle. *«Du må ikke sitte trygt i ditt hjem og si: Det er sørgelig, stakkars dem! Du må ikke tåle så inderlig vel den urett som ikke rammer deg selv! Jeg roper med siste pust av min stemme: Du har ikke lov til å gå der å glemme!»* Her påpeker Øverland muligens den likegyldigheten jeg selv har kjent litt på i møte med mennesker i nød, og ved observasjon av mine medmenneskers holdninger til mennesker i nød.

Temaet for denne oppgaven aktualiseres i min problemstilling som er:

«Hvilke holdninger preger sykepleieren i møte med rusmisbrukerne i helsevesenet og hvordan fortoner disse seg i lys av yrkesetiske og diakonale perspektiver»

I møte jeg beskriver mellom sykepleier og pasient, er det omsorgen som preger relasjonen. Omsorg er et felles grunnlag både for sykepleie og diakoni og henter blant annet sin inspirasjon fra lignelsen om den barmhjertige samaritan. Foss (2005) definerer omsorg som «omtanke, medfølelse og barmhjertighet»<sup>2</sup> og denne lignelsen beskriver mer enn noe annet hvordan «omsorgspersonen» innehar disse kvalitetene i hjelpen han yter overfor den forslåtte mannen i veikanten. Jeg vil på bakgrunn av denne sammenhengen påstå at båndene mellom diakoni og sykepleie er relativt sterke, og at denne oppgaven beskriver så vel diakoni som

<sup>1</sup> Barmhjertighet: «Barmhjertigheten er uttrykk for kjærlighet som ytrer seg spontant og uten betingelser overfor en annen som, selvforskyldt eller ei, er havnet i uføre og som ikke kommer seg videre ved egen hjelp». Sr. Anne Bente Hadland op. (2001) I: Breder og Nordal (2001:62)

<sup>2</sup> Øyvind Foss 2005:81

sykepleie. Derfor har jeg valgt nettopp dette temaet og denne problemstillingen for min oppgave.

Motivasjonen for å velge å skrive om temaet; barmhjertighet, holdninger og rusmisbrukere ligger i mitt stadig tilstedeværende engasjement for etikk som retningsgivende og kvalitetssikrende rolle i samspillet mellom mennesker, og mitt pågående engasjement for det diakonale temaet: kampen for rettferdighet<sup>3</sup>. Jeg ønsker å dra fram holdningene som kommer fram når disse to møtes, og om omsorgsbegrepet/barmhjertighetsbegrepet endrer karakter pga. «pasientens» livsstil.

Jeg har hovedsaklig undersøkt hvordan holdningene til sykepleierne innenfor rammen av helsevesenet påvirker den barmhjertigheten de yter overfor rusmisbrukerne som pasientgruppe. Jeg har også valgt å bruke Fishbein og Ajzen sin forente sosialpsykologiske holdningsmodell<sup>4</sup> for å eksemplifisere hvordan holdningene til sykepleierne og annet helsepersonell kan påvirke den omsorgen de gir for overfor rusmisbrukere.

## 1.2 Hensikten med studien

Hensikten med studien er å finne ut hvilke holdninger som preger sykepleierens møte med rusmisbrukere i helsevesenet og om de samsvarer med holdninger som er løftet fram som ideelle innen sykepleiefaget. Jeg vil også løfte fram holdningsetisk teori for sykepleiere for å konkludere med om det finnes et misforhold mellom holdninger som kommer fram i møtet med rusmisbrukere og holdninger som er ønskelige innenfor sykepleiefaget.

I følge Helsedirektoratet (2011) er det behov for egne strategier for å sikre kvalitet innen helsetjenestene for blant annet pasienter med rusproblemer. Diagnosene deres medfører ofte sammensatte problemer og langvarige pasientforløp med økt behov for tett samhandling. Helsedirektoratet beskriver også hvordan rusmisbrukere og psykisk syke møter mer stigma<sup>5</sup> enn andre. Lidelsene kan utgjøre en trussel mot dem selv eller andre, og lidelsene kan ramme personens opplevelse av seg selv på en annen måte enn ved somatiske sykdommer<sup>6</sup>.

<sup>3</sup> Rettferdighetsbegrepet har vist seg vanskelig å definere. Jeg tar utgangspunkt i at rettferdighetsbegrepet tar utgangspunkt i hva blant annet normer, regler, lover og menneskerettskonvensjoner sier om hva som er rett og galt, og ved å sette en standard også sier noe om hva rettferdighet er.

<sup>4</sup> En forent sosialpsykologisk holdningsmodell: Opprinnelig to modeller som går i hverandre, og det den siste modellen; «Theory of planned behaviour» (TPB) jeg bruker. Derfor vil jeg i resten av oppgaven snakke om en modell, da disse to komplimenterer hverandre.

<sup>5</sup> «Stigma» beskriver hvordan en gruppes grunnegenskaper skaper en negativ sosial evaluering av mennesker som tilhører denne gruppen. For nærmere info se begrepsavklaringer, eller Hogg 2011:376.

<sup>6</sup>Helsedirektoratet, ( 06/2011:7)

På bakgrunn av hva helsedirektoratet her beskriver er det åpenbart viktig å være klar over denne pasientgruppens spesielle behov fordi de på grunn av sin sammensatte og omfattende situasjon ikke har optimale ressurser for å kjempe for egne rettigheter (Jfr. min diakonale motivasjon; kamp for rettferdighet). Jeg skal ikke selv utarbeide slike strategier som helsedirektoratet sikter til i starten av dette avsnittet, men jeg ønsker å sette fokuset på en pasientgruppe som jeg mener med fordel kan behandles med mer kunnskap og verdighet. Jeg ønsker å identifisere dagens situasjon for rusmisbrukere i helsevesenet ved blant annet å se den i lys av Ajzen og Fishbeins holdningsmodell og det kristne holdningsperspektivet som også gjør seg gjeldende innenfor diakonien.

Med dette studiet ønsker jeg å løfte fram denne pasientgruppens spesielle omsorgsbehov, og belyse viktigheten av holdningsbevissthet i denne relasjonen. Jeg ønsker spesielt å tilføre denne et nytt fokus på holdninger inn i debatten rundt omsorgen for rusmisbrukere, og jeg håper at svarene jeg kommer fram til kan være med å skape ny innsikt og engasjement for temaet og pasientgruppen.

### **1.3 Problemstilling med avgrensning**

«Hvilke holdninger preger sykepleieren i møte med rusmisbrukerne i helsevesenet og hvordan kan omsorgsutøvelsen forbedres i lys av yrkesetiske og diakonale perspektiv?»

- En drøfting ut fra en diakonal og en holdningsetisk synsvinkel.

Med denne oppgaven ønsker jeg blant annet å belyse og begrunne hva holdningsetikken har å by på inn i sykepleierfaget. For å svare på min problemstilling har jeg tatt utgangspunkt i disse forskerspørsmålene:

1. Hva er karakteristiske kjennetegn for rusmisbrukere?
2. Hvilke holdninger kommer fram i møte mellom sykepleier og rusmisbruker?
3. I hvilken grad spiller holdningene inn på måten rusmisbrukerne møtes på, og kan holdningsbevissthet ha en positiv effekt på omsorgsutøvelsen?
4. Hvordan kan holdningsetiske perspektiver bestemt av diakonale forutsetninger kaste nytt lys over møte mellom sykepleiere og rusmisbrukere?

Inn i en slik oppgave ville det i mange tilfeller vært naturlig å ta for seg omsorgsetikk og beskrive hvordan etiske dilemmaer kommer til syne i lys av omsorgsetikken. Det har jeg helt bevisst valgt bort fordi det allerede er godt beskrevet i litteratur og forskning. Jeg ønsket

heller å finne ut av noe som ikke er så godt beskrevet, nettopp hvordan holdningene våre påvirker handlingene våre til «mennesker i nød». Jeg bruker betegnelsen «mennesker i nød» som en samlebetegnelse på mennesker som på en betydelig måte er i behov for hjelp. Dette er også et uttrykk for min diakonale synsvinkel inn i denne oppgaven, da diakoni kan defineres som «...medmenneskelige omsorg og fellesskapsbyggende arbeid og den tjeneste som i særlig grad er rettet mot mennesker i nød»<sup>7</sup>

Jeg har valgt å skrive denne avhandlingen ut i fra en helse- og samfunnsorientert vinkel, der jeg ser på hvordan helsepersonellens holdninger til «mennesker i nød» påvirker den barmhjertighet som ytes overfor denne gruppen. For å finne svar på min problemstilling og mine forskerspørsmål har det vært viktig å ta utgangspunkt i én relasjon, fordi holdninger kommer tydeligst til syne i relasjoner<sup>8</sup>. Det har også vært viktig at det finnes «evidensbasert»<sup>9</sup> litteratur om temaet slik at jeg kunne skrive en vitenskapelig oppgave. For å finne svar på min problemstilling har jeg søkt i en sykepleievitenskapelig retning, da de har et godt utbygd forskermiljø i ryggen, i motsetning til diakonidisiplinen som ikke har det enda. Det vil i andre rekke si at jeg har beveget meg litt bort i fra diakoni som hoveddisiplin og har skrevet denne oppgaven innenfor sykepleiefaget som min hoveddisiplin. Siden sykepleietradisjonen har sterke røtter innenfor diakonien, med en rik arv fra den kristne hospitaltradisjon var dette et naturlig valg<sup>10</sup>. På bakgrunn av disse forskjellige elementene har jeg valgt å ta utgangspunkt i relasjonen mellom sykepleier (som profesjonell) og rusmisbruker (som pasient).

Jeg har som nevnt i problemstillingen valgt å fokusere på holdningenes plass i relasjonen mellom sykepleieren og den injiserende rusmisbrukeren, og nettopp denne relasjonen skaper et ekstra rikt utgangspunkt for holdningsetisk diskusjon pga. relasjonens potensielle motsetninger i personenes identitet (roller, kunnskap, sosial status), bakgrunn (oppvekst, utdanning, livserfaring) og livsførsel (sosial tilhørighet, boforhold, økonomisk status). Asheim (1997) skriver blant annet at det er spesielt viktig å ha fokus på holdninger i omsorgsyrkene fordi kvaliteten av en handling avhenger av den holdning som uttrykker seg i handlingen. Ut i fra Asheims syn vil det si at en sykepleier ganske tydelig vil gi uttrykk for sine følelsesmessige holdninger overfor pasienten i samhandling med pasienten helt ubevisst. Han beskriver holdninger som et «nøkkelbegrep» i møte med konkrete yrkes- og samfunnsproblemer, og det understreker hvor relevant dette temaet er å skrive om<sup>11</sup>.

<sup>7</sup> Kirkerådet 1988/1997 I: Johannessen, Jordheim & Korslien (2009:13)

<sup>8</sup> Asheim (1997:22-23)

<sup>9</sup> Bjørnerud (2008)

<sup>10</sup> Nortvedt (2012:17-19), Nortvedt (2008:37-45) Oftestad (2001:233)

<sup>11</sup> Asheim (1997:17-20)



Jeg velger bevisst ikke å kalle mottakergruppen for «narkomane», fordi det sier så lite om hvem de er, hva de har opplevd, deres drømmer, håp og ønsker for fremtiden. Jeg velger heller å kalle dem mennesker med rusavhengighet, rusavhengige, rusmisbrukere eller sprøytemisbrukere for å tydeliggjøre deres problem, samtidig som jeg vektlegger deres verdi som medmennesker. Deres problem ligger hovedsakelig i deres avhengighet med dets konsekvenser som både er stigmatiserende og dødelig.

Jeg skulle gjerne ha fordypet meg enda mer i fenomenet fordommer og implisitte holdninger, som var et tema jeg hovedsaklig fant litteratur og forskning om mot slutten av arbeidet med avhandlingen. Det kunne skapt en enda grundigere og dypere forståelse rundt de holdningene som ikke er positive og som ofte ligger skjult i oss. Dette vil jeg undersøke videre på egenhånd etter arbeidet med denne avhandlingen er avsluttet.

#### **1.4 Presentasjon av material**

Denne avhandlingen er bygget på et variert litterært material, som favner mange fagdisipliner og fagtradisjoner. Hovedsaklig har jeg hentet material fra tidligere gjennomført empiriske undersøkelser som er gjengitt i litteratur eller forskningsartikler. Begge disse typene av material har vært viktig for å få en helhet, ikke bare med tanke på å svare på min problemstilling, men for å få et bilde av hvordan situasjonen egentlig er for rusmisbrukere i vårt samfunn. For å samle inn det empiriske materialet jeg trengte har jeg gjort avanserte søk i blant annet Statistisk Sentralbyrå (SSB), Statens Institutt for Rusmiddelforskning (SIRUS), Helsebiblioteket, NORART, Pub Med, Sve Med+ Sage journals og Google scholar. Jeg har også hatt stor glede av regjeringen.no, BIBSYSask, bibliotekjenesten og tidligere studentarbeider for tips og inspirasjon. Det er også gjennom bibliotekjenesten og BIBSYSask største delen av teorien er hentet fra. De fagtradisjonene jeg har brukt litteratur fra er hovedsaklig sykepleie, etikk og diakoni men også fra psykologi, jus og samfunnsfag. Jeg har valgt sykepleie som hoveddisiplinen i min avhandling da sykepleiertradisjonen har en tydelig diakonal forankring i Norge og resten av det vestlige Europa. Det som også var avgjørende for dette valget var at sykepleiefaget har mye erfaring og kunnskap om barmhjertighet og holdninger til mennesker i nød<sup>12</sup>. Jeg har som jeg såvidt har nent tidligere valgt å bruke en sosialpsykologisk holdningsmodell (TPB) for å prøve å forklare hvordan sykepleiernes holdninger kommer til uttrykk igjennom handlinger, bevisst eller ubevisst. Jeg presenterer også forskning som omhandler sykepleieres holdninger, som igjen skaper bakgrunnen for å bruke en slik modell. Nortvedt (2008) beskriver hvordan det er relevant for fagutvikling å bruke

---

<sup>12</sup> Nortvedt (2008:37-45)

«lånte» teorier fra andre fagfelt hvis de er relevante for sykepleien<sup>13</sup>. Modellen er blitt brukt innenfor flere fagfelt, men også innen helsepsykologien med fokus på hvordan en kan ta vare på helsen sin, oppnå bedre praksis og unngå<sup>14</sup>. Jeg har også funnet en masteroppgave i klinisk sykepleievitenskap som bruker samme modell for å forklare atferd relatert til fagutvikling i sykepleien<sup>15</sup>. Nortvedt (2008) vektlegger at det viktigste når man låner en modell fra et annet fagfelt er at disse modellene og teoriene er vitenskapelig holdbare, at de er tilstrekkelig akseptert på sine egne premisser og innenfor de tradisjonene og miljøene hvor de har sitt opphav<sup>16</sup>. Det kan jeg påstå at denne modellen er, da den er blitt jobbet med og forsket på i ca. 40 år. Det er de amerikanske forskerne Icek Ajzen og Martin Fishbeins både selvstendige- og forente arbeid som står for disse teoriene<sup>17 18</sup>. Det også referert til denne modellen (Theory of planned behaviour) i en nylig meta-analyse der TPB blir omtalt som «trolig den mest dominerende redegjørelsen for forholdet mellom erkjennelse og atferd i sosialpsykologi»<sup>19</sup>. Denne modellen kan gjennom sosialpsykologiens spesialiserte kompetanse komme med et forslag på sammenhengen mellom holdninger og handlinger, som igjen er relevant for å svare på min problemstilling innenfor sykepleiefaget.

Mitt spennende arbeid med denne avhandlingen har da gått ut på å få oversikt over det materialet som til en hver tid har vært aktuelt, sile ut unyttig informasjon, og omforme det som har vært aktuelt til en tverrfaglig helhet som svarer på min problemstilling og forskerspørsmål.

## 1.5 Metode

Jeg har valgt å gjøre en litteraturstudie som er en metodisk tilnærming innenfor den hermeneutiske disiplinen. Denne tilnærmingen har jeg valgt for på best mulig måte å forsøke å besvare min problemstilling ut i fra de ressurser som ligger til grunn for et slik masterprosjekt og på bakgrunn av en forforståelse gyldige og holdbare<sup>20</sup>. Jeg har ikke gjort en

<sup>13</sup> Nortvedt (2008:104)

<sup>14</sup> Hogg og Vaughan (2011:161-163)

<sup>15</sup> Rasmussen (2011)

<sup>16</sup> Nortvedt (2008:104)

<sup>17</sup> Deres arbeid startet tidlig på 1960-tallet av Fishbein, deretter fulgte et tett samarbeid i overkant av 40 år fra 1968 og med foreløpig siste publikasjon i 2010. Arbeidet pågår fortsatt, med grunnlag i den opprinnelige teorien «The theory of reasoned action» (TRA), men med hovedfokus på den påfølgende teorien «The theory of planned behaviour» (TPB) som er en videreutvikling av TRA. Hogg og Vaughan (2011:156-159), Fishbein og Ajzen (2010:xvii).

<sup>18</sup> Hogg og Vaughan (2011:156-159), Fishbein og Ajzen (2010:xvii).

<sup>19</sup> Cooke og Sheeran (2004:159) I: Hogg og Vaughan (2011:158) (Forfatters egen oversettelse)

<sup>20</sup> Dalland (2008:49)

empirisk<sup>21</sup> studie. Jeg har gjennom litteratur søk benyttet meg av andres empiriske materiale og bygger spesielt min material del på referert empiri.

Det finnes noen sentrale normer som det er viktig å innrette seg etter når en driver med forskning. Som et utgangspunkt for forskningen er det en fordel at forskningsvirksomheten er kumulativ<sup>22</sup> for å være mer gyldig. Forskeren bør også være klar over sin forforståelse i møte med den tematikken han/hun skal undersøke. En annen viktig ting er at enhver forsker må helt systematisk og uten feilrefereringer bruke de dataene som er funnet, og resultatene må både være målbare og i overensstemmelse med virkeligheten<sup>23</sup>. Hermeneutikk kan betegnes som et studie av hva forståelse er og hvordan vi bør gå fram for å oppnå forståelse.

Når en ønsker å forstå, oppdager en fort at det er snakk om mange forskjellige objekter som kan bli forstått. Det kan være objekter som: tekster, ord og uttrykk, handlinger, personer osv<sup>24</sup>. Hvis en studerer noe som fremstår uklart, kaotisk, uforståelig eller selvmotsigende blir fortolkning brukt for å gi mening til eller gjøre det som studeres klart<sup>25</sup>. På bakgrunn av hermeneutikkens hovedmål som er å forstå en tekst er også den hermeneutiske metoden rett tilnærming for å svare på min problemstilling. Jeg har i arbeid med dette materialet ønsket å forstå det forfatterne av de forskjellige tekstene har ønsket å formidle av fagkunnskap og forskning, for så å presentere dette for leser på en hensiktsmessig måte. Jeg har vært spesielt interessert i å forstå hva disse tekstene har å si om relasjonen mellom sykepleier og rusmisbruker som pasient, og om det finnes et misforhold mellom det som er skrevet om optimale holdninger i sykepleien og de holdningene som viser seg å være en realitet i praksis ut i fra referert forskning.

## 1.6 Disposisjon

Jeg starter min oppgave ved først å presentere forskning og evidens basert litteratur i kapittel 2.0 om rusmisbruk, rusmisbrukere, og omliggende omstendigheter som former deres situasjon. Deretter beskriver jeg i kapittel 3.0 hva forskningen sier om hvordan rusmisbrukere blir møtt i helsevesenet med hovedfokus på holdninger og verdier som oppstår og formidles i relasjonen mellom sykepleier og rusmisbruker. Kapittel 2.0 og 3.0 representerer materialdelen i denne oppgaven, deretter kommer kapittel 4.0 som er et rent teoretisk kapittel som er delt inn i to deler. I første del presenterer jeg først Asheims holdningsetikk, for så å fordype meg i

<sup>21</sup> Empiri betyr kunnskap som er bygd på erfaring om hvordan noe er i virkeligheten. Dalland 2007:89.

<sup>22</sup> «Kumulativ forskning vil si at forskningen bygger videre på den forskning som allerede foreligger, og som en har tillit til» (Dalland 2007:93)

<sup>23</sup> Dalland (2007:90)

<sup>24</sup> Føllesdal og Walløe (2000:84)

<sup>25</sup> Dalland (2007:55-56)

en holdningsteori som opprinnelig kommer fra sosialpsykologien; Ajzen og Fishbeins teori om planlagt handling (TPB)<sup>26</sup>. Denne teorien beskriver en vel anerkjent hypotese/teori om hvordan holdninger påvirker handlingene våre. Denne teorien vil jeg ta opp igjen, og bruke praktisk i kapittel 5.0 der drøftingen vil bli gjort. Den andre delen av kapittel 4.0 vil være der hvor den kristne holdningsetikken blir presentert, med fokus på diakoni. Siden den kristne holdningsetikken er godt integrert i Norges normative regelverk vil dette synet integreres naturlig i drøftedelen, men noen av særtrekkene ved denne etiske retningen vil også bli drøftet opp mot funn fra forskningen. Spesielt skal jeg prøve å gjøre diakonibegrepet forståelig og praktisk forståelig igjennom drøftedelen. Det som presenteres i teorikapittelet (kap 4.0) bruker jeg for å systematisere, vurdere og tolke det innsamlede materialet fra kapittel 2.0 og 3.0 i drøftedelen (kap 5.0).

## 1.7 Begrepsavklaring

### Misbruk:

Den mest vanlige betydningen av ordet «misbruk» er når det blir brukt om overforbruk, eller avhengighet av legemidler der bruken ikke er medisinsk begrunnet. Medisinsk skiller det mellom ikke-godkjent bruk, risikabel bruk, sosialt uheldig bruk og skadelig bruk<sup>27</sup>. Når narkotikamisbruk blir omtalt i flere av mine empiriske kilder er det da underforstått at hvis noe blir brukt illegalt, så er det misbruk av den grunn, uavhengig av mengde og skadeomfang. De rusavhengige bruker som regel medikamenter som ikke er foreskrevet av lege og ordet "misbruk" henspeler da den illegale bruken<sup>28</sup>.

Misbruk i medisinsk forstand foreligger når personen er blitt medikamentavhengig eller frembyr skadelig bruk. Skadelig bruk innebærer påvisning av fysisk eller psykisk helseskade. Fysisk helseskade innebærer påviselig vevsskade som f.eks. leverskade, brudd eller hjerneskade. Psykisk helseskade innebærer at brukeren utvikler en psykisk lidelse som en følge av bruken.

### Rusmisbruk:

Rusmisbruk ble i 1969 definert av WHO som en "vedvarende eller sporadisk overdreven bruk

<sup>26</sup> Theory of planned behaviour, I: (kap. 4.2)

<sup>27</sup> Store Norske Leksikon,

<sup>28</sup> Jensen, Bretteville-& Amundsen, SIRUS (5/2006:11)

av narkotika som er uforenlig med eller uten tilknytning til akseptabel medisinsk praksis" Begrepet "misbruk" blir noen ganger brukt misbilligende, og refererer til eventuell bruk i det hele tatt, spesielt av illegale rusmidler<sup>29</sup>.

### Diakoni

The European Federation for Diakonia beskriver Diakoni slik:

«Gud elsker hele menneskeheten. Fordi Gud elsket oss først, er vi selv i stand til å elske og å respektere ethvert menneskes verdi og verdighet. Diakonal tenkning og handling fokuserer spesielt på dem som har fått sin verdighet krenket. Dette forutsetter et åndelig fundament, rotfestet i Guds gjerning og i Kristi tjeneste...»<sup>30</sup>

”Diakoni er kirkens omsorgstjeneste. Den er evangeliet i handling og uttrykkes gjennom nestekjærlighet, inkluderende fellesskap, vern om skaperverket og kamp for rettferdighet»<sup>31</sup>.

### Omsorg:

Å yte omsorg er en naturlig menneskelig adferd, det omfatter hele individet samtidig som det har en helsefremmende funksjon. «Å yte omsorg (caring) innebærer å skape en tilstand av tillit, tilfredshet, kroppslig og åndelig velvære og en fornemmelse av å være i utvikling for å endre (vedlikeholde, gjennomføre eller støtte) sunnhetsprosessene gjennom ulike former for pass og pleie, læring og helbredelse»<sup>32</sup>.

### Holdning:

«Holdninger er graden av affekt - positiv eller negativ – overfor et objekt»<sup>33</sup>.

«Holdninger innebærer ikke bare tanker og følelser knyttet til emne, men også til hvordan vi handler og reagerer»<sup>34</sup>.

Etikk: Etikk og moral er begreper som ofte brukes om hverandre. Etikk ses blant annet på som det teoretiske aspektet bak moralske handlinger<sup>35</sup>, og etikk skaper et naturlig rom for teoretisk refleksjon over hva som er rett og galt. Moral betegnes ofte som det praktiske aspektet bak regler<sup>36</sup> og retningslinjer som sier noe om hva som er rett og galt, hva som er godt eller dårlig<sup>37</sup>.

<sup>29</sup> WHO Expert Committee on Drug Dependence (1969)

<sup>30</sup> The European Federation for Diakonia (Eurodiaconia) (2000) *Diakonia Charter*. I: Nordsokke (red.) og Grønvik (ovrs) (2010) Norsk utg.

<sup>31</sup> Kirkerådet (2010)

<sup>32</sup> Eriksson, K. (1999:17)

<sup>33</sup> Ajzen & Fishbein (1975)

<sup>34</sup> Asheim (1997:27)

<sup>35</sup> Hamran (1992) I: Brinchmann (2008:17)

<sup>36</sup> Heiene og Thorbjørnsen (2001:23)

<sup>37</sup> Tranøy (2005) I: Brinchmann (2008:16)

## 2.0 Hva er rusmisbruk og hva vil det si å være rusmisbruker?

«Ingen hadde barndomsdrømmer om rusavhengighet»<sup>38</sup> er tittelen på denne oppgaven, og det er et utsagn som jeg tror beskriver mer enn noe annet hva slags tanker og holdninger som kan ligge i oss, muligens helt ubevisst. Arild Knudsen skriver at fordommer og mangel på forståelse overfor mennesker som praktiserer rusavhengighet øker blant folk flest, og at det er forståelig for dem som ikke har avhengighetserfaring selv<sup>39</sup>. Rusavhengighet til illegale stoffer som heroin, kokain og amfetamin utgjør et betydelig sosialt og helsemessig problem i dagens Norge<sup>40</sup>. EUs narkotikabyrå EMCDDA (The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) definerer problematisk bruk av narkotika som «injeksjonsbruk av narkotika eller langvarig og regelmessig bruk av opioider, kokain eller amfetamin»<sup>41</sup>. Her brukes opioider som en fellesbetegnelse for naturlige opiater som opium, dolcontin, semi-syntetiske opiater som heroin og syntetiske opioider for eksempel metadon, buprenorfin. Dette betyr blant annet at også de som gjennomgår substitusjonsbehandling (LAR) med foreskrevet Metadon og Subutex er misbrukere etter EMCDDA's definisjon<sup>42</sup>.

Rusavhengighet er et stort begrep som innbefatter mange variabler, men i denne avhandlingen tar jeg for meg mennesker som i mange år har blitt preget av en avhengighet til store mengder opiater, illegale- og vanedannende rusmidler som i hovedsak er administrert igjennom sprøytemisbruk.

En skal ikke bevege seg langt utenfor sin egen dør, spesielt ikke hvis en bor i en større by før en møter på mennesker som tydelig faller utenfor i samfunnet. Mennesker som av en eller annen grunn har pådratt seg en rusavhengighet til kjemiske stoffer som ikke er lovlig i Norge. På bakgrunn av dette blir rusavhengigheten som i utgangspunktet er hovedproblemet (en helsemessig diagnose<sup>43</sup>) oversett av det faktum at det de er avhengige av noe ulovlig<sup>44</sup>. Det gjør disse rusavhengige til forbrytere og ikke pasienter i manges øyne. Samtidig viser statistisk sentralbyrås «Samfunnsspeil» fra 2011 hvordan sprøytenarkomane, andre rusavhengige og bostedsløse er svært utsatt for psykiske problemer, som igjen kvalifiserer dem som pasienter<sup>45</sup>. Dette kommer jeg nærmere tilbake til i kapittel 2.2.2 og utover.

---

<sup>38</sup> Knusen (2010)

<sup>39</sup> Knusen (2010)

<sup>40</sup> Klingsheim (2003)

<sup>41</sup> EMCDDA (2011)

<sup>42</sup> Hordvin (2010)

<sup>43</sup> Klingsheim (2000) I: Klingseim (2003)

<sup>44</sup> Nafstad (2011)

<sup>45</sup> Rognerud og Holte (2004) I: Hjemås (2011:72-73)

## 2.1 Litt generell statistikk

Narkotikabruk i Norge i dag utgjør et betydelig sosialt og helsemessig problem. I 2005 var omfanget av tunge, marginaliserte rusmisbrukere beregnet til å ligge på mellom 6600–12 300 mennesker og dette nivået var ventet å holde seg ganske stabilt i årene som fulgte, og slik har det også blitt. I 2010 forholdt en seg til de samme tallene som ble beskrevet i 2005<sup>46</sup>. Både antallet rusmisbrukere og antallet av døde på bakgrunn av rusmisbruk nådde en topp i 2001 etter en stor økning mot slutten av 1990-tallet med et anslag på 405 dødsfall i 2001. Dette snudde seg etter denne toppen og det ble registrert en klar nedgang i årene som fulgte og antallet stabiliserte seg på et lavere nivå med noen variabler. I Norge er narkotikadødsfall i hovedsak relatert til inntak av heroin i flytende form administrert intravenøst igjennom injeksjon, da røyking av det samme stoffet utgjør en lavere risiko for dødsfall pga. dårligere opptak av det giftige stoffet i kroppen<sup>47</sup>.

Beregnet omfang av rusmisbruk og tunge marginaliserte rusmisbrukere er ikke helt nøyaktig da denne målgruppen ofte kan være vanskelig å kartlegge pga. at de ofte verken har fast bopel, fast telefon eller en tilrettelagt stabil hverdag for undersøkelser<sup>48 49</sup>.

Kapasiteten i helsesektoren besto i 2005 av nær 1800 døgnbaserte rehabiliterings plasser, og med 12383 innleggelser i institusjon. I 2010 var ikke kapasiteten mye forandret, det var om lag 1 900 døgnbaserte plasser med 13 481 innleggelser i institusjon<sup>50</sup>. Det som er tankevekkende med denne statistikken er at det ikke gjenspeiler antallet rusmisbrukere i alt. I 2005 var omfanget av tunge, marginaliserte brukere beregnet til å ligge på mellom 6600–12300 og dette nivået var ventet å holde seg ganske stabilt i årene fremover<sup>51</sup>. Dette vil igjen si at det er et ganske stort misforhold mellom antall døgnbaserte rehabiliteringsplasser som i 2010 var på om lag 1900 og beregnet antall av tunge, marginaliserte rusmisbrukere med en øvre grense på 12300 mennesker. Det er ikke plass til alle disse i rehabilitering, og behandlingsapparatet er ikke i nærheten av å ha et tilbud som er tilgjengelig for alle som skulle trenge det.

<sup>46</sup> Amundsen et.al, (4/2010:67-69)

<sup>47</sup>Gryt, Edland- et.al. (2011:111), Jensen, Bretteville- & Amundsen (2006:15-16)

<sup>48</sup> Jensen, Bretteville- & Amundsen (5/2006:12, 22+23)

<sup>49</sup> Det er også slik at når en har en tung rusavhengighet lever en litt fra dag til dag, der det viktigste er å skaffe seg penger for så å skaffe seg stoff. Det oppleves da ikke like viktig for vedkommende å holde avtaler o.l. som igjen gjør arbeidet med å samle inn informasjon enda mer utfordrende. Kommunikasjon fra utsiden av miljøet kan derfor være en utfordring(kilde). (Erfaringsbasert)

<sup>50</sup> Jensen, Bretteville- & Amundsen (5/2006:09)

<sup>51</sup> Amundsen E. J. et.al. (4/2010:67-69)

## 2.2 «Rus rammer ikke tilfeldig»

Hvem blir tunge rusmisbrukere? Dr. Fekjær sammenfatter i sin bok «Rus» en del forskning som omhandler bakgrunnen for dem som ender opp som 'tunge' rusmisbrukere (sprøytemisbrukere). Alle undersøkelser som er gjort på feltet viser at de fleste hadde store problemer allerede før de ble narkomane. Det viser seg at skolens tapere, barnepsykiatriens kronikere og gatens mobbeoffer er overrepresentert i denne gruppen. I en Norsk undersøkelse fra 1997 som viser at av 794 stoffmisbrukere i behandling født rundt 1960 hadde flesteparten av dem ulike sosiale problemer før de ble narkomane<sup>52</sup>.

<b>Bakgrunnsdata for stoffmisbrukere i behandling. Antall (N) 794</b>	
Lærings-/atferdsproblemer i skolen	70%
En eller begge av foreldre har alkoholproblemer	53%
Foreldre skilt	46%
Mobbeoffer	38%
Ikke vokst opp hos foreldre	33%
Vært under barnevernet	29%
Seksuelt misbrukt utenfor familien	22%
Seksuelt misbrukt i familien	11%

**Figur 1.** <sup>53</sup>

De fleste kriminelle narkomane har altså vært arrestert for kriminalitet før de ble narkomane, dette er vist i både utenlandske studier, og også ved en studie av rusforsker Astrid Skretting utført i 1995. Hennes forskning konkluderer med at 68% av gjerningspersonene ble arrestert et år eller mer før sprøytebruket deres ble et faktum<sup>54</sup>.

## 2.3 Dårlig helse

Dr. Göran Sundin skriver at opiatmisbruk er en kronisk og ofte dødelig sykdom og at det er like krevende og vanskelig å behandle som en cancer i sluttstadiet. Samtidig er ikke dette misbruket deres eneste helsemessige problem, fordi både måten opiatmisbruket blir praktisert på og stoffets innvirkning på hele kroppen setter varige spor<sup>55</sup>. Personer som lider av alvorlig rusmisbruk har en tydelig oversykelighet og overdødelighet i forhold til total- befolkningen og nærmest alle andre pasientgrupper<sup>56</sup>. Helsen til rusmisbrukere er svært skrøpelig og han sammenlikner med helsen til folk i den tredje verden. Det forekommer underernæring, skabb, miltbrann, brannskader, nevrologiske skader, hjerneskader, tannråte, frostskafer, hepatitt,

<sup>52</sup> Lauritzen, Waal, Amundsen og Arner. (1997) og Fekjær (2008:95)

<sup>53</sup> Forfatterens egen figur på bakgrunn av data presentert i Lauritzen et al. (1997) og Fekjær (2008:95)

<sup>54</sup> Skretting (1995) I: Fekjær (2008:189)

<sup>55</sup> Sundin (2000)

<sup>56</sup> Skeie (2003)



dype vene tromboser, HIV/AIDS, og følger av mishandling og ulykker. Mange har en psykiatrisk diagnose med symptomer som lindres av inntak av heroin<sup>57</sup>. Dr. Ivar Skeie et al utførte i 2011 i samarbeid med blant annet Oslo Universitetssykehus en undersøkelse på rusmisbrukeres somatiske helse før, under og etter LAR behandling. Skeie bekrefter flere av de sykdomstilfellene som er nevnt over og klassifiserer sine resultater innenfor noen konkrete kategorier. Rusmisbrukerne de har forsket på hadde blant annet injiserings relaterte sykdommer som dyp venetrombose, lungeemboli, akutt hepatitt B, lokale bakterielle infeksjoner og systemiske bakterielle infeksjoner. Andre narkotikarelaterte tilstander som overdoser, abstinens, nedsatt allmenntilstand og nevromuskulære lidelser blir også beskrevet<sup>58</sup>.

Forskning fra USA viser at personlighetsforstyrrelser<sup>59</sup> er en av de hyppigste lidelser blant stoff- og alkoholmisbrukere. Omkring 50–80 (70-90) prosent av stoffmisbrukere i behandling<sup>60</sup>, og 20–50 prosent av alkoholmisbrukere i behandling<sup>61</sup> <sup>62</sup> har en personlighetsforstyrrelse ved siden av sitt misbruksproblem, og også utenfor behandlingssystemene har alkohol- og stoffavhengige en stor overhyppighet av personlighetsforstyrrelser<sup>63</sup> <sup>64</sup>. Pre-valensen av AD/HD hos pasienter med rusmiddelmisbruk er også betydelig høy, men tallene varierer litt i forskjellige undersøkelser fordi forståelse av- og kultur i bruken av definisjonene varierer. Dr. Espenes oppsummerer denne forskningen og på bakgrunn av egen erfaring ved å si at tallet ligger et sted mellom 17 % til 24 % av alle personer med en rusavhengighet<sup>65</sup>. Skeie bekrefter at dette også er like aktuelt i Norge og at dette ble kartlagt av Statens Helsetilsyn i 2000. Der blir det beskrevet at også norske rusmisbrukere, som er i behandling, har en betydelig stor andel psykisk lidelse i tillegg til misbruket. Det er meldt en overhyppighet av angst og depresjon, samt personlighetsforstyrrelser. Det er forskjell på kvinner og menn der kvinner har mest angst og depresjon, mens menn i hovedsak har personlighetsforstyrrelser. Forekomsten av reaktive psykoser viser seg oftest å knyttes til misbruk av sentralstimulerende midler, alkohol, cannabis, hallusinogener, eller til det faktum at de lever et utfordrende liv. Det viste seg også i denne kartleggingen at stoffmisbrukere i Norge representerer en gruppe som for det meste har

<sup>57</sup> Sundin (2000)

<sup>58</sup> Skeie, Brekke og Gossop et al. (2011)

<sup>59</sup> Personlighetsforstyrrelser: «Personlighetsforstyrrelser er en gruppe psykiske lidelser som kjennetegnes ved avvik i personlighetstrekk som viser seg i form av urimelige reaksjoner og atferd innen mange personlige og sosiale situasjoner». Store Norske Leksikon (2009)

<sup>60</sup> Craig (2000)

<sup>61</sup> Morgenstern, Langenbucher, Labouvie og Miller (1997)

<sup>62</sup> Verheul, van den Brink, Hartgers (1995)

<sup>63</sup> Grant, Stinson, Dawson, Chou et al. (2004)

<sup>64</sup> Hesse (2007)

<sup>65</sup> Espegren (2007)

hatt store problemer i oppveksten, med overrepresentasjon av vold av både seksuell- og fysisk karakter. Dette kan igjen ha ført til de gjeldende atferds- og skoleproblemer som var overrepresentert<sup>66</sup>. En del pasienter begynner med narkotiske stoffer på grunn av sin psykiske lidelse<sup>67</sup>, og blir misbrukere som et resultat av «selvmedisinering».

Deres dårlige helse skyldes både somatisk og psykiatrisk sykkelighet og bunner blant annet i de narkotiske stoffenes direkte toksiske egenskaper, misbruksrelatert atferd, f.eks. injisering av narkotiske stoffer og misbrukernes sosiale livsbetingelser og forkommenhet. I tillegg til dette skyldes det at stoffmisbrukerne som gruppe har en overhyppighet av visse andre sykdommer, ikke minst psykiatriske sykdommer<sup>68</sup>.

## 2.4 Kriminalitet

Ida Nafstad skriver at siden både kjøp, bruk og besittelse av narkotika er forbudt, vil den som er avhengig av å bruke narkotika hver dag, begå lovbrudd konstant og det vil alltid finnes bevis for dette i personens kropp<sup>69</sup>. Dette gjør at kriminalitet er en stor del av den narkotikaavhengiges hverdag<sup>70</sup>. De siste tilgjengelige tallene på kriminalitet relatert til rus er fra 2009. Det ble da registret i overkant av 10.000 siktelser for narkotikalovbrudd og 17,7 prosent av disse var kvinner<sup>71 72</sup>. Det foreligger også flere andre former for kriminalitet knyttet til bruk av narkotika, som blant annet volds- og seksualforbrytelser utført under påvirkning, eller vinningsforbrytelser utført for å skaffe penger til kjøp av narkotika<sup>73</sup>. Når vi skal se på kriminalitet som er knyttet til eller er konsekvens av rusmisbruk, kan en ikke bare ta for seg konsekvenser av narkotikaomsetting og bruk, men det blir helt nødvendig også å nevne konsekvensene av alkoholmisbruk, som både det mest utbredte rusmiddelet i Norge<sup>74</sup>, den største kilden til voldskriminalitet<sup>75</sup> og rus-relatert sykdom/død<sup>76</sup>. I følge NOU 2010 er konsum av alkohol en viktig faktor for antall drap parallelt med at annet rusmisbruk også er sterkt overrepresentert når det gjelder vold og drap. Bruk av rusmidler som alkohol benzodiazepiner og sentralstimulerende midler kan gi økt aggressivitet. ca. 45 % av alle gjerningspersoner har en historie med skadelig bruk av alkohol bak seg. Det samme gjaldt bruk av andre rusmidler, hele 48 % hadde historie med skadelig bruk av disse andre

<sup>66</sup> Kielland (2000:28) og Skeie (2003)

<sup>67</sup> Skeie (2003)

<sup>68</sup> Skeie (2003)

<sup>69</sup> Nafstad (2011)

<sup>70</sup> NOU (2010)

<sup>71</sup> *Samme gjerningsmann kan stå for flere dommer i løpet samme et år; så tallene må ses i forhold til dette.*

<sup>72</sup> Gryt, Edland-. et al. (2011:80)

<sup>73</sup> Jensen, Bretteville- & Amundsen, (5/2006:22)

<sup>74</sup> Gryt, Edland-. et al. (2011:113-116)

<sup>75</sup> NOU (2010)

<sup>76</sup> Gryt, Edland-. et al. (2011:113-116)

rusmidlene før de var involvert i kriminalitet. De hyppigst inntatte rusmidlene et år før lovbruddet var alkohol (63 %) cannabis (34%), amfetamin (25%) og benzodiazepiner (27%). En stor andel av gjerningspersonene var ruset på gjerningstidspunktet, enten med Alkohol (50%) og/eller andre rusmidler (31%)<sup>77</sup>.

## 2.5 Tilhørighet versus Sosial utestengning

Dessverre er det noen mennesker som føler at de ikke kan leve opp til en «normal» funksjon i samfunnet. En opplever at rus er en flukt fra samfunnets krav, plikter og ansvar, samtidig som det er en ny start i et nytt miljø med mye lavere krav til prestasjon og en opplevelse av likhet. Felles handlinger skaper fellesskap. Dr. Fekjær beskriver rusmiddelbruken som et ritual en samles om, som signaliserer at personen er en del av en gruppe<sup>78</sup>. Rusforskeren Ole-Jørgen Skog fant på 1980-tallet en sammenheng mellom ritualet ved det å drikke alkohol versus det å drikke kaffe. Statistikken viser en drastisk nedgang i alkoholbruken i en periode rundt 1920 årene,<sup>79</sup> og mener at det har sammenheng med den vellykkede kampen mot «drikkeondet»<sup>80</sup>. Men ritualer har betydelige funksjoner i menneskelig samvær og ritualet ble erstattet av et annet som ikke var så helsefarlig som det å samles om en kopp kaffe<sup>81</sup>. Fekjær skriver at det er viktig å erkjenne stoffbrukens sentrale rituelle betydning i narkotikamiljøet og at de langtkommende narkotikaavhengige ofte er mer avhengige av vennemiljøet enn de kjemiske stoffene. Livet som sprøytemisbruker er både sosialt og aktivt fordi de stadig sysselsetter seg ved å skaffe seg penger til stoff, planlegge og gjennomføre vinningsforbrytelser og å kjøpe og selge stoff. På den måten kan en oppleve mening, fordi livet nå er preget av aktiviteter og sosial tilhørighet, i motsetning til tomhet og ensomhet<sup>82</sup>.

## 2.6 Fattigdom og rusmisbruk

I Norge lever ca. 10 % av befolkningen i husholdninger med vedvarende lav inntekt og en kan tydelig se at den sosioøkonomiske statusen har en klar sammenheng med personens helse. Statistisk sentralbyrå har funnet at fattige generelt har dårligere psykisk helse og mer usunne levevaner, sammenliknet med ikke-fattige. Levekårsundersøkelsen fra 2005 omfattet 4970 personer i alderen 25-64 år. I dette utvalget ble 5,2 % definert som fattige (256 personer) og

<sup>77</sup> NOU (2010)

<sup>78</sup> Fekjær (2008:123)

<sup>79</sup> Fekjær (2008:123)

<sup>80</sup> Skog OJ (1985) I: Fekjær (2008:110)

<sup>81</sup> Kaffe var eksotisk drikk som ikke alle hadde råd til å drikke daglig og passet derfor perfekt når en skulle unne seg noe ekstra. Fekjær (2008:123)

<sup>82</sup> Fekjær (2008:123)

undersøkelsen viste at de hadde en dobbelt så høy forekomst av betydelige psykiske plager enn de andre. En kunne også se en klart større frekvens i bruk av hasj og andre narkotiske stoffer blant de fattige. Alkoholavhengighet og røyking forekom også hyppigere blant de fattige, men derimot var det bare små forskjeller når det gjaldt andelene med fedme og lite fysisk aktivitet<sup>83</sup>. Se figur 1.2

Variabel*	Fattig (n=256)	Ikke-fattig (4714)
Psykiske plager	16,00%	8,00%
Brukt hasj/marihuana siste 12 mnd.	13,90%	2,20%
Brukt annen narkotika siste 12 mnd.	6,00%	0,80%
Alkoholavhengig	8,60%	5,10%
Dagligrøyker	29,30%	26,90%
Har fedme (BMI >30)	10,90%	11,20%
Mosjonerer mindre enn en gang i uka	30,90%	29,10%

**Figur 2.** <sup>84</sup>

## 2.7 Dårlige boforhold

Blant de 'tunge' rusavhengige er det mange som har dårlige boforhold. En undersøkelse fra 1996 konkluderer med at vel 60 % av de bostedsløse i de største byene i Norge hadde rusproblemer (halvparten alkohol, halvparten narkotika). Det at en person ikke har en bolig eller støttende nettverk har store innvirkning på hele totalsituasjonen til den rusavhengige både med tanke på fremtid, velferd og helse<sup>85</sup>. Denne gruppen er ikke enkel å kartlegge pga. deres mangel på bolig og deres forkommenhet, men ved oppsøkende arbeid rettet systematisk inn mot sosialkontor, boligkontor, fengsler, div. institusjoner o.l. undersøkelser forekomme. Det ble i 2006 utført en slik grunnleggende undersøkelse på dette, og den er ganske enestående i sin kategori. Rapporten konkluderte med at det var omkring 6200 bostedsløse i Norge og av dem var det registrert omkring 930 (15 %) bostedsløse med både psykisk lidelse og rusmisbruk og 300 av disse var registrert i Oslo. Gruppen som går under betegnelsen «bostedsløse» utgjør en gruppe med vidt forskjellige skjebner. For noen er bostedsløshet en midlertidig situasjon, for andre et kronisk problem<sup>86</sup>. Det er en forkommen gruppe med dårlig helse og høy dødelighet. Mange av dem har hatt vanskeligheter med å bo i vanlige leiligheter

<sup>83</sup> Folkehelseinstituttet (2008)

<sup>84</sup> Data hentet fra Levekårsundersøkelsen (2005) I: Folkehelseinstituttet (2008)

<sup>85</sup> Ulfrstad (1997) I: Kielland (2000:32-34)

fordi de ruser seg, bryter betingelser, ikke klarer å stelle leiligheten eller oppfattes som plagsomme av omgivelsene. Denne forskningen konkluderer med at motivering og større tilgang på tilrettelagte boliger med god bemanning er den beste løsningen for å få til en rimelig bosituasjon for disse<sup>87</sup>.

## 2.8 Rusmisbrukerens opplevelse av stigmatisering og konsekvenser av dette

Stigmatisering oppstår i en relasjon mellom to sosiale grupper eller mellom enkeltindivider. Hogg et al. (2011) skriver at grunnlaget for stigmatiseringen er nettopp den enkeltes sosiale gruppens grunnegenskaper, og at disse egenskapene fremprovoserer en negativ sosial evaluering. Denne grunnegenskapen kan betegnes som et kjennetegn, som formidler en sosial identitet som er devaluert i en bestemt sosial kontekst<sup>88</sup>. Rusmisbrukere har som jeg har nevnt tidligere et bredt spekter av utfordringer i hverdagen sin, og de setter spor. Dette gjør muligens at de lettere kan bli utsett for stigmatiserende atferd. Det faktum at ikke mange er fast jobb, eller fast bopel forsterker bare denne avstanden til resten av samfunnet. Thornicroft et al. gjorde i 2007 en litteraturstudie der begrepet «stigmatisering» ble undersøkt. De beskriver begrepet «stigma» som et resultat av dårlig kunnskap (ignoranse), holdninger (fordommer) og atferd (diskriminering)<sup>89</sup>.

Ida Nafstad (2011)<sup>90</sup> har i sin forskning undersøkt nettopp stigma overfor rusmisbrukere på en måte som jeg tolker er i tråd med det Thornicroft et al (2007) definerer som stigma i definisjonen over. Hun har utført en liten kvalitativ studie der hun har undersøkt hvordan rusmisbrukere blir stigmatisert i det offentlige rom og konsekvenser av dette. Et av hennes hovedpoeng er at den narkotikalovgivningen vi har i Norge i dag kan få følger som griper inn i store deler av hverdagslivet til marginaliserte mennesker som bruker narkotika. Hun påpeker hvordan håndhevingen av denne lovgivingen kan være med å forme hvordan vi tenker om fenomener og mennesker (holdninger) og igjen ha konsekvenser for denne gruppen. Hun klassifiserer lovgivingen inn i positive- og negative rettigheter der de positive beskriver hva en har rett til og de negative hva en ikke har rett til. Lovgivning som regulerer det offentlige rom er i all hovedsak negativ<sup>91</sup>. Som nevnt tidligere i dette kapittelet så vil en person som er avhengig av å bruke narkotika hver dag konstant begå lovbrudd da både kjøp, bruk og

<sup>86</sup> De som er bostedsløse over lengre perioder har ofte dårlig sosialt nettverk, mangeårig rusmisbruk, sosialt forfall, gjentatte opphold i akuttpsykiatrien, mange behandlingsforsøk i institusjon, evt. dommer og fengselsopphold bak seg. Kielland (2000:33)

<sup>87</sup> Kielland (2000:33)

<sup>88</sup> Hogg (2011:376)

<sup>89</sup> Thornicroft, Rose, Kessam og Sartorius (2007)

<sup>90</sup> Stipendiat ved Institutt for Kriminologi og Rettsosnologi, UiO, der hun gjør en etnografisk studie av rusavhengige og deres rolle i det offentlige rom i Oslo.

<sup>91</sup> Nafstad (2011)

besittelse av narkotika er forbudt. Hun påpeker at de på grunn av disse forbrytelsene blir begrenset i deres ferdsel pga. stadig redsel for å bli stoppet av politiet. De kan blant annet bli underkastet kroppslige undersøkelser, bøtelagt og fratatt det narkotiske stoffet de til en hver tid skulle være i besittelse av. Det er forståelig at en må regne med konsekvenser av at Norsk lov<sup>92</sup> brytes, men det er ikke disse konsekvensene i seg selv som er hovedtemaet i denne forskningen, men heller hvordan disse konsekvensene utføres og hvilke generell innvirkning dette får på brukerens livskvalitet på sikt. Hun beskriver fenomenet «gatestraffer» som er en type straff politi/vekker utfører uten å anmelde forholdet og muligens i stedet for å anmelde. Nafstad (2011) beskriver flere eksempler på typiske «gatestraffer» overfor rusmisbrukerne som opplevdes direkte nedverdiggende. Det var blant annet en av hennes informanter som ble stoppet av politiet når han sto og ventet på trikken. Politiet sa at de visste at han hadde kjøpt hasj og at de ville ransake ham. Politiet ransaket ham midt på trikkeholdeplassen, med buksa på knærne. Dette opplevdes meget krenkende for denne informanten og det hadde satt dype spor i han. De hadde også ved flere anledninger dyttet, skubbet og gitt han slag og klask<sup>93</sup>. Arild Knudsen (2010) forteller også om lignende situasjoner. Han var selv vitne til at en vektor mishandlet en rusavhengig rullestolbruker i fem minutter ved at han vred armen hans bak på ryggen til personen skrek av smerte. Mens dette pågikk ropte vektoren «vi vet du selger dop». Knudsen (2010) kan også fortelle at stadig fortelles om spyling med brannslanger vinterstid og «real bank»<sup>94</sup>. Nafstad (2011) skriver at gatestraffer er fullstendig uakseptable og en ulovlig håndtering av rusmisbrukerne<sup>95</sup>. I flere av hennes eksempler bagatelliserer rusmisbrukeren hendelsen etterpå. Gotfredsen (2005) beskriver også dette fenomenet og mener at fordi disse marginaliserte rusmisbrukerne har opplevd såpass mange krenkelser opp gjennom livet har krenkelser blitt en norm. Gotfredsen (2005) stiller så spørsmålsteget ved om disse overgrepene stemmer overens med et negativt selvbilde og erfaringer<sup>96</sup>. Nafstad (2011) fremhever at loven og håndhevingen av den får konsekvenser for disse narkotikamisbrukerne utover det straffeapparatet er ment å kontrollere, og på den måten skaper det stigmatisering gjennom noe hun kaller «de kriminelle kroppene»<sup>97 98</sup>.

Hun framhever det faktumet at de som bruker narkotika har begrenset mulighet til å ta det offentlige rom i bruk, og spør seg da om det burde utløse rettigheter til vern mot

<sup>92</sup> Legemiddeloven §24 og Straffeloven §§162 og 350 I: Nafstad (2011:29)

<sup>93</sup> Nafstad (2011)

<sup>94</sup> Knudsen (2010)

<sup>95</sup> Nafstad (2011)

<sup>96</sup> Gotfredsen (2005) I: Nafstad (2011:32-33)

<sup>97</sup> «Stoffbruken viser på kroppen til de mest marginaliserte brukerne pga. langvarig slitasje og stoffbruk» (Nafstad 2011:38).

<sup>98</sup> Nafstad (2011)

diskriminering etter Diskriminerings- og tilgjengelighetsloven<sup>99</sup>. Hun henviser til NOU 2009:14<sup>100</sup> der det slås fast at de rusavhengige har et visst vern i følge diskrimineringsloven, da psykisk og fysisk rusavhengighet regnes som en sykdom som kan gi nedsatt funksjonsevne. Departementet går inn for at avhengighet må begrenses mot viljebestemt atferd, som igjen vil si at diskrimineringsvernet ikke gir noen beskyttelse mot straffeforfølging dersom personen har gjort noe ulovlig som f.eks. vinningskriminalitet<sup>101</sup>. Nafstad tolker det slik at diskrimineringslovgivningen kan omfatte de som er avhengige av rusmidler, så lenge diskrimineringen ikke er utløst av at de har gjort noe ulovlig. Hun tar opp hvorvidt de rusavhengige som ikke har nedsatt funksjonsevne pga. sitt narkomisbruk også burde komme under diskrimineringsvernet da de i mange tilfeller diskrimineres på grunnlag av utseende.

NOU 2009 viser til at disse rusavhengige regelmessig utvises fra steder som kjøpesentere og offentlige steder, og at en slik forskjellsbehandling antakelig er knyttet opp til «fordommer og oppfatninger om rusavhengiges menneskeverd», og at disse også burde ha vern gjennom diskrimineringslovgivningen<sup>102</sup>. Nafstad trekker fram dette at denne forskjellsbehandlingen oftest skjer i det privat-offentlige rom der andre kontrollører enn politiet dominerer, særlig vektere. De som blir kontrollert av vekterne er de som potensielt kan begå ulovlige handlinger eller skremme bort andre kunder og dermed påføre eierne tap. Dette handler om profitt versus tap, ikke rett versus galt og det er en vesentlig forskjell. Det kan på denne arenaen sanksjoneres mot personer, og de kan bli utvist for en handling noen tror at personen kanskje vil komme til å begå. Vekterne er et gjennomgangproblem, ikke bare på Jernbanetorget i Oslo der de rusavhengige ofte blir begrenset i å bruke offentlig transport, men også på kjøpesentre der de har vanskeligheter med å gjøre sine daglige ærend som besøk hos lege/apotek, og kjøpe mat og klær. Dette oppleves ubehagelig og ydmykende for den rusavhengige og begrenser dem i deres bruk av det privat-offentlige rom. En av Nafstads informanter sier at jo mer sliten en ser ut, jo verre behandling får de av vekterne. Det bekreftes av flere av hennes informanter og tidligere forskning. Utseende har mye å si på hvordan de blir behandlet<sup>103 104</sup>. Lomel (2006) bekrefter at vekterne følger utseende, og jo mer en person ser ut som en «marginalisert narkotikamisbruker», jo mer oppmerksomhet vil denne personen få. Hun beskriver også at det ofte ikke skulle mer til enn at de fikk øye på rusmisbrukeren før de sendte ut en vekter. Nafstad vektlegger hvordan rusmisbrukeren må bære med seg denne «kroppen», med sporene

<sup>99</sup> Lov om diskriminering- og tilgjengelighet (2008) og Nafstad (2011)

§ 6. 2 «Trakassering på grunn av nedsatt funksjonsevne er forbudt».

<sup>100</sup> NOU (2009) og Nafstad (2011)

<sup>101</sup> NOU (2005) I: Nafstad (2011)

<sup>102</sup> NOU (2009) og Nafstad (2011)

<sup>103</sup> Nafstad (2011)

<sup>104</sup> Lomel (2006) I: Nafstad (2011:38)

etter misbruket som betyr kriminalitet og uønskethet over alt. De vil alltid være i en risikosone for kontroll, ekskludering og ubehagelige opplevelser pga. denne «kroppen» de bærer med seg. En av hennes informanter forklarer at han som rusbruker møter seg selv med andres blikk, og det skaper en sterk identitet som han bærer med seg hele tiden. Den identiteten blir igjen avgjørende for hvordan han opplever at andre oppfatter han. Den kriminelle kroppens betydning strekker seg også forbi offentlige og det privat-offentlige rom, men dette utseende har også stor betydning med tanke på den kontrollen som oppstår i interaksjonen mellom mennesker i hverdagen deres<sup>105</sup>.

Nafstad beskriver en usikkerhet hos rusmisbrukerne rundt hvordan de vil bli møtt på. Det resulterer i at de forsøker på unngå krenkende steder, ved å ikke vende tilbake. Livene deres blir etterhvert ganske rutinemessige på grunn av dette. Informantene beskriver en opplevelse av at de ikke er velkomne noen steder, derfor unngår de det offentlige rom i størst mulig grad for å slippe krenkelser og ydmykelse<sup>106</sup>. Dourdieu (1995) beskriver dette som «egen-ekskludering»<sup>107</sup>, og det kan virke som det er en meget vanlig beskyttelsesmekanisme.

## 2.9 Oppsummering og avrunding

Vi har i dette kapittelet sett på mulige bakgrunnsfaktorer og rammebetingelser rundt livet som rusmisbruker. Vi har sett på hvordan statistikken ganske tydelig viser hvordan en kan predikere hvem som kommer til å få et slikt rusproblem ut i fra risikofaktorer som fattigdom, psykisk sykdom, og familiær belastning under oppveksten. Vi har også sett på hvordan rusmisbruket preger misbrukerens livskvalitet og livsutfoldelse både fordi de narkotiske stoffene påvirker hele kroppen og setter den i ubalanse, men også pga. faktorer som de ikke kan råde over selv som foreksempel stigmatisering og diskriminering.

Vi har også sett at det å være rusmisbruker ikke bare handler om bakgrunnsfaktorer som oppvekst og livsvilkår, men kanskje først og fremst om sosiale faktorer. Det kan være at de har oppsøkt rusmiljøer for å få anerkjennelse og et sosialt nettverk. Rusmisbruk er kanskje kanskje først og fremst er kjent som et «sosialt fenomen» der rusmisbrukerne får tildelt en hel del egenskaper som skal definere dem. Dette ser vi beskrevet her som foreksempel dårlig boforhold, arbeidsløshet, kriminalitet, dårlig helsetilstand o.l. På denne måten blir alle rusmisbrukere sett på som en unison gruppe, og slike bakgrunnsfaktorer som nevnt her blir definerende for individet, og ikke hver enkelt situasjon. Det er da stigmatisering oppstår.

---

<sup>105</sup> Nafstad (2011)

<sup>106</sup> Nafstad (2011)

<sup>107</sup> Bourdieu (1995) I: Nafstad (2011:43)



Rusmisbruk er først og fremst en avhengighet av illegale rusmidler som igjen får store negative konsekvenser for personens helse, funksjonsevne og sosial deltagelse i samfunnet. Å være rusmisbruker vil i mange tilfeller føre med seg betydelig stigmatisering som forsterkes av ytre kjennetegn.

### **3.0 Hva karakteriserer forholdet mellom helsepersonalet og rusmisbrukere i helsevesenet?**

I dette kapittelet skal jeg presentere møtet rusmisbrukeren har med helsevesenet. Jeg skal se på hvordan både rusmisbrukere og hjelpeapparatet opplever kontakten og fenomener som oppstår i dette møte. Med dette kapittelet skal jeg fordype meg i hvordan rusmisbrukerne og andre stigmatiserte pasientgrupper møtes i helsevesenet. Ved den grunnleggende innføringen i rusmisbruk og rusmisbrukernes livsbetingelser fra forrige kapittelet, ønsket jeg å gi et godt utgangspunkt for å forstå den forskningen jeg nå skal presentere. Jeg ønsker med dette kapittelet å løfte fram rusmisbrukernes situasjon i møte med helsevesenet, og samtidig vise til resultater som sier noe om karakteristiske trekk ved dette møte. I dette kapittelet skal jeg presentere en tematisk inndeling av de funn jeg har gjort i allerede publisert forskning. Jeg ønsker å kartlegge hvordan rusmisbrukerne, og da spesielt injiserende rusmisbrukere, blir behandlet i helsevesenet. Dette kapittelet er altså en fortsettelse av material delen som startet i kapittel to, men jeg sentrerer meg nå om helsevesenet for å få en forutsetting for å svare på problemstillingen min. Jeg starter dette kapittelet med å beskrive noen utfordringer som lett oppstår i den prehospitale<sup>108</sup> fasen, med hovedfokus på forholdet mellom lege og pasient. Arbeidet som utføres i den prehospitale tjenesten er ofte tverrfaglig og viktig å beskrive da den legger grunnlaget for resten av behandlingsforløpet, både bevisst og ubevisst, både fysisk og psykisk. Jeg vil presentere rusmisbrukernes møte med helsetjenesten og hvilke konsekvenser helsepersonellens holdninger har på omsorgsutøvelsen overfor rusmisbrukere i helsevesenet. Det vil både bli beskrevet hvordan velkjente holdninger så vel som implisitte holdninger påvirker beslutninger og atferd i relasjonen mellom rusmisbruker og pasient. Deretter presenterer jeg funn fra en undersøkelse som viser til sykepleierens etiske utfordringer i den daglige pleien, med hovedfokus på ønskede holdninger og verdier. Dette kapittelet er et viktig kapittel i denne avhandlingen i arbeidet med å finne svar på min problemstilling. Jeg mener at det ikke bare er aktuelt for sykepleiere, men også for andre

<sup>108</sup> «De prehospitale tjenestene består av fastlege, legevakt, pleie- og omsorgstjeneste i kommunen, nødmeldetjeneste (AMK- og legevaktsentral), bil-, båt- og luftambulansetjeneste. Kommuner og helseforetak har felles ansvar for å sikre befolkningen et godt akuttmedisinsk tilbud». St. mld. nr.16 kap. 6.7. (2010-2011).

yrkesgrupper og personer som er i direkte kontakt med rusmisbrukere, både i helsevesenet, men også i andre instanser og sammenhenger generelt.

### ***3.1 Helsevesenets prehospitale skyggeside***

Etter rusreformen i 2004 fikk rusavhengige pasienter rettigheter på linje med andre pasienter<sup>109</sup>. NOU 2009 sier at rusavhengige og straffedømte (disse kategoriene overlapper hverandre ofte) er grupper som er sosialt sårbare, vanskelig stilt og utsatt for forskjellsbehandling på mange områder. Det som gjør dette ekstra aktuelt er at disse to gruppene ikke blir dekket av diskrimineringsloven. I 2009 kom diskrimineringslovutvalget med en utredning med forslag til å skape et helhetlig diskrimineringsvern i Norge, der det ble undersøkt både hvordan tilstanden var i Norge med tanke på diskriminering og hvordan situasjonen kan bli enda bedre<sup>110</sup>.

Gry K Skaug har gjort en litteraturstudie om forskjellsbehandling av straffedømte og rusavhengige. Hennes arbeid bekrefter at det skjer forskjellsbehandling på grunn av domfellelse og rusavhengighet, som også har blitt beskrevet tidligere i denne avhandlingen gjennom blant annet forskningen til Ida Nafstad. Skaug nevner blant forskjellsbehandling fra politi, vektere og annet kontrollpersonell i privat-offentlige rom. Hun fant også en tydelig kobling til forskjellsbehandling innenfor helsevesenet, som kun er basert på rus og tidligere rusmisbruk<sup>111</sup>.

Helse- og sosialombudet beskriver i sin Årsmelding fra 2007 at det har vært en stor forekomst av diskriminering av rusmisbrukere i LAR Øst. Et eksempel på dette var en spesiell sak der pasienten ikke fikk vurdert sin helsetilstand etter pasientrettighetsloven § 2-1 og heller ikke ble vurdert etter rundskriv1-8/2004. Pasienten fikk ikke velge det medikamentet han ønsket å bruke og han ble skrevet ut av behandlingen før han var ferdig. I årsmeldingen tas spørsmålet opp om dette er forskjellsbehandling av rusmisbrukere sammenliknet med andre pasientgrupper og dermed kvalifiserer som diskriminering. Helse- og sosialombudet i Oslo skriver i denne årsmeldingen fra 2007 at han har forståelse for at arbeidet med å gi helsehjelp til rusmiddelavhengige kan være både komplisert og sammensatt pga. deres sykdomsbilde, men han har ikke noen forståelse for at denne pasientgruppen frarøves sine rettigheter ved at gjeldende lovverk ikke følges til beste for pasientene<sup>112 113</sup>.

---

<sup>109</sup> Holm (2007)

<sup>110</sup> NOU 2009:14. «Et helhetlig diskrimineringsvern».12.14 Rusavhengige, straffedømte og andre sosialt utsatte grupper. 2009:144.

<sup>111</sup> Skaug 2008.

<sup>112</sup> Holm (2007)

<sup>113</sup> Skaug (2008)

Den delen av helsetjenesten som kanskje er hyppigst tatt i bruk av rusmisbrukerne er den prehospitaltjenesten<sup>114</sup>, og det jeg nå skal presentere viser et klart forbedringspotensiale i denne sektoren. Som vi har sett tidligere i denne avhandlingen så har rusmisbrukerne og spesielt de injiserende rusmisbrukerne meget sammensatte helseproblemer<sup>115</sup>. Dette skaper igjen et stort behov for god tilgang til helsevesenet. Høie (2002) referer feltpleie lege Göran Sundin som beskriver hvordan problemene ofte står i kø for rusmisbrukere som oppsøker helsetjenesten. Sundin mener at rusmisbrukerne passer dårlig inn på et fastlegekontor pga. utagerende atferd, høye krav, mangel på punktlighet, mangel på kontanter, og pga. deres omfattende behov for hjelp som ofte ender i tidskrevende konsultasjoner<sup>116</sup>.

Ingrid Hjulstad Johansen<sup>117</sup> fokuserer i sitt pågående Ph.D.-prosjekt på «Psykiatri og rus på legevakt»<sup>118</sup> og hun forsker på hvordan kontakten mellom rusmisbrukere og legevaktstjenesten oppleves for begge parter. Johansen et al. (2011) har funnet at legens sikkerhet og opplevelsen av usikkerhet i møte med psykiatri- og rusmisbrukere pasienter er et dominerende tema igjennom alle resultatene. Legene hadde ved flere anledninger opplevd trusler mot personlig sikkerhet og til og med livstruende hendelser som gjorde temaet aktuelt for samtale og evaluering. Det som skapte mest usikkerhet var uforutsigbar pasientoppførsel, pasienter som virket berusede, pasienter som var på søken etter opiat-medikamenter fra legen, eller pasienter som motsatte seg legens anmodning om tvangsinnleggelse<sup>119</sup>. Når de ikke kjente pasienten fra før gav det også en ekstra urolighet ved at det var vanskeligere å forutsi oppførselen til pasienten. Dette var like aktuelt på kontor-tid tjeneste som i den oppsøkende tjenesten, men usikkerheten ved det faktum at legen ofte var alene i oppsøkende tjeneste gjorde at spørsmålet om sikkerhetsnivået ved den praksisen ble et gjentakende tema i samtalegruppene.

Kompleksiteten ved problemstillingene som er presentert er mangel på tid, begrenset tilgang til pålitelig informasjon, og begrenset utvalg av tiltak som er tilgjengelige under oppsøkende tjeneste. Forskningen viste at dette var med på å øke usikkerheten i møte med pasienten, og av den grunn påvirket det kvaliteten på omsorgen som skulle gis. Forskningen viste også at legene ikke opplevde like mye stress hvis de hadde kontinuerlig tilgang på en annens faglige støtte og «second opinion»<sup>120</sup>. Høie (2002) refererer videre feltpleie lege Sundin som mener at en må være trygg i rollen som lege hvis man skal jobbe med rusmisbrukere fordi hvis

<sup>114</sup> Johansen, Morken & Hunnskaar (2010)

<sup>115</sup> Skeie, Brekke og Gossop et al. (2011), Kap. 2.2.2.

<sup>116</sup> Høie (2002)

<sup>117</sup> Johansen er lege ved legevakten i Bergen, PhD student på UiB og forsker på Uni Helse. Hun har jobbet med tema knyttet til psykiatri, rus på legevakt siden 2007.

Uni Helse (u.å) Prosjektbeskrivelse: Psykiatri- og rusrelaterte henvendelser til legevakt.

Uni Helse (u.å) Profil -Ingrid Hjulstad Johansen

<sup>118</sup> Uni Helse (u.å) Prosjektbeskrivelse

<sup>119</sup> Johansen, Carlsen & Hunnskaar (2011)

<sup>120</sup> Johansen, Carlsen & Hunnskaar (2011)

helsepersonellet utstråler usikkerhet, vil ofte rusmisbrukerne utnytte det til sin fordel da de kan være eksperter i å manipulere, og det er lett å bli lurt<sup>121</sup>.

Undersøkelsen til Johansen beskriver også hvordan legene føler seg hjelpeløse i mange møter med rusmisbrukernes behov for hjelp, hvis de også har behov der legen måtte søke hjelp utenfor egen praksis. Grunnen til dette var blant annet manglende «service innstilling» i psykiatrien sammenliknet med andre medisinske spesialiteter, mangel på botilbud og annen elementær hjelp til mennesker i nød<sup>122</sup>.

Knudsen (2008) skriver at mange rusmisbrukere føler seg dårlig møtt i av akutt helsepersonell<sup>123</sup>. Helse og sosialombudet (2007) skriver blant annet i årsmelding at de stiller spørsmål ved om en kan stole på helsevesenets prehospitaltjeneste<sup>124</sup> etter en hendelse som hadde rasediskriminerende karakter dette året<sup>125</sup>. På bakgrunn av at rusmisbrukere har en generelt dårligere helse enn den resten av befolkningen, og fordi lidelsene ofte er akutte,<sup>126</sup> er rusmisbrukerne oftere i kontakt med den prehospitaltjenesten enn resten av befolkningen<sup>127</sup>. Derfor er det sentralt å se på hvordan de blir behandlet av ambulansetjenesten og legevaktstjenesten. Dette helsepersonellet har stor makt i situasjonen da det er de som i første rekke bestemmer om, og hvilken hjelp rusmisbrukeren skal få. et resultat av den episoden i 2007 var at OUS Ullevål (tidligere Ullevål Universitetssykehus HF) satte igang en ekstern gjennomgang av forholdene ved deres Prehospitaltjeneste divisjon, og fant flere mangler i sine rutiner. Det viste seg at sykehuset manglet et etisk regelverk og felles standarder for gode verdier. Det ble i konklusjonen lagt vekt på at ambulansetjenesten og AMK samarbeid etter en hendelse som hadde rasediskriminerende karakter dette året<sup>128</sup>. Dette helsepersonellet har stor makt i situasjonen da det er de som i første rekke bestemmer hvilken hjelp rusmisbrukeren skal få. et resultat av den episoden i 2007 var at OUS Ullevål (tidligere Ullevål Universitetssykehus HF) satt igang en ekstern gjennomgang av forholdene ved deres Prehospitaltjeneste divisjon, og fant flere mangler i sine rutiner. Det viste seg at sykehuset manglet et etisk regelverk og felles standarder for gode verdier. Det ble i konklusjonen lagt vekt på at ambulansetjenesten og AMK samarbeidet dårlig og at den daglige dialogen var preget av en ukultur<sup>129</sup>. Det finnes ingen direkte dokumentasjon på hvilke konsekvenser denne ukulturen

---

<sup>121</sup> Høie (2002)

<sup>122</sup> Johansen, Carlsen & Hunskaar (2011)

<sup>123</sup> Knudsen (2008)

<sup>124</sup> De prehospitaltjenestene består av fastlege, legevakt, pleie- og omsorgstjeneste i kommunen, nødmeldetjeneste (AMK- og legevaktsentral), bil-, båt- og luftambulansetjeneste. Kommuner og helseforetak har felles ansvar for å sikre befolkningen et godt akuttmedisinsk tilbud». St. mld. nr.16 kap. 6.7. (2010-2011).

<sup>125</sup> Holm (2007)

<sup>126</sup> Jfr. Kapittel 2.3

<sup>127</sup> Johansen, Morken & Hunskaar 2010.

<sup>128</sup> Holm (2007)

<sup>129</sup> Holm (2007)

hadde, men det er ikke umulig at grupper som er ekstra utsatt for stigmatisering har opplevd forskjellsbehandling og diskriminering.

Skaug (2008) drar nettopp fram et slikt eksempel fra media der Gry Grøndal (tidligere rusmisbruker) ble rammet av livstruende hjerneslag<sup>130</sup>. Grøndal ringte 113 en sein januar-dag i 2008, og ble bedt om å oppgi navn og fødselsnummer. Deretter opplevde hun å bli avvist med uttalelsen: «men du er jo misbruker!». Senere fikk Grøndal hjelp av noen venner som tok henne med til Oslo Legevakt, men heller ikke de ønsket å hjelpe henne. De behandlet henne som om hun var ruset og ba henne spasere fram og tilbake i gangene. Alvoret i situasjonen ble ikke forstått og pasientens liv ble utsatt på grunn av dette<sup>131</sup>. Knudsen (2008) skriver at hennes historie ikke er unik, men at rusavhengige stadig utsettes for slike nedlatende holdninger, som ofte resulterer i diskriminering. Knudsen (2008) skriver at mange rusmisbrukere føler seg dårlig møtt av akutt helsepersonell og at de helst vil ha en spesialisert legevakt for denne gruppen som hadde spisskompetanse på deres situasjon<sup>132</sup>. Janecke Thesen ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin<sup>133</sup> leder et pågående Ph.D.-prosjekt ved Universitetet i Bergen hvor de kartlegger hvordan rusmisbrukere blir tatt imot på legevaktene<sup>134</sup>. Aamot (2008) refererer til Thesen som forteller hvordan rusmisbrukere oftere blir objektivert, og sett på som representanter for en gruppe mennesker som alle tror de vet noe om på gruppenivå. Hun beskriver at det er lett på grunn av dette å falle inn under sine egne fordommer, fordommer som spres av ens egne fortellinger og av media. Når pasienter tar kontakt med AMK-sentralen blir alt journalført, og det blir i systemet til evig tid. Aamot (2008) refererer videre at Thesen gir uttrykk for at disse opplysningene ofte gjør at de rusavhengige blir fordomsfullt behandlet. Hun forklarer at det som ofte skjer etter at folk blir tatt i mot på legevakten, er at legen forandrer seg når han/hun begynner å lese journalen til pasienten og ser at pasientene er en av gruppen «rusmisbrukere»<sup>135</sup>.

Johansens et al (2011) beskriver at rusmisbrukeren ofte er på jakt etter medikamenter, og derfor er det lett for legene å være mistenksomme til motivet bak besøket, eller føle seg usikker og muligens truet når pasienten begynner å diskutere over reseptblokka. På bakgrunn av disse forskjellige problemstillingene er behandling tidkrevende og ferdigbehandling med etterfølgende kontroll over tid er vanskelig<sup>136</sup>. Det er en bred enighet om at arbeid med denne

---

<sup>130</sup> Skaug (2008)

<sup>131</sup> Aamot (2008)

<sup>132</sup> Knudsen (2008)

<sup>133</sup> Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Uni Helse) generer prosjekter med utgangspunkt i forholdet mellom legevaktstjenesten og rusmisbrukere, der de ønsker å finne ut av hva faglig god hjelp fra fastleger/allmennleger er til folk med rusproblemer.

Hunskår. (2012)

<sup>134</sup> Hunskår (2012)

<sup>135</sup> Aamot (2008)

<sup>136</sup> Johansen, Carlsen & Hunskaar (2011).

pasientgruppen krever ekstra motivasjon, erfaring og kunnskap. Dette vil best la seg gjøre gjennom spesialiserte lavterskel tilbud.<sup>137</sup> Johansens forskning konkluderte med at det er grunn til bekymring for at legenes arbeidserfaringer kan ha en negativ innvirkning på samspillet med pasienter og andre deler av helsetjenesten<sup>138</sup>.

### 3.2 Konsekvenser av sykepleierens holdninger overfor rusmisbrukere

Loren Brener og William von Hippel et al (2007, 2008, 2010a, 2010b) har forsket på hvordan holdningene til sykepleiere og annet helsepersonell påvirker sykepleien som ytes og ellers avgjørelser som tas i forbindelse med eller som en konsekvens av forholdet mellom pasienten og den profesjonelle.

Brener et al (2010a) utførte i forlengelse av en undersøkelse fra samme forskere i 2005 en studie som skulle undersøke hvilke holdninger psykiatere og sykepleiere hadde overfor injiserende rusmisbrukere. De ville også se om disse holdningene påvirket omsorg og behandling disse sprøytemisbrukerne fikk av dem.

Det er flere forskere som har undersøkt hvordan sprøytemisbrukere og andre rusavhengige blir møtt i helsevesenet. Forskning sier at injiserende rusmisbrukere er betydelig stigmatisert og det fører til negative følelser og assosiasjoner overfor dem<sup>139 140</sup>. De opplever å få dårligere pleie i helsevesenet som et resultat av denne diskrimineringen<sup>141</sup> og prøver derfor ofte å skjule sitt misbruk på tross av at det er nettopp rusproblemet som det mest trengende<sup>142</sup>.

Som vi så i forrige kapittel så viser det seg at rusmisbruk ofte oppstår i kombinasjon med mange andre faktorer, og at det ofte er forbundet med en psykisk lidelse. Forskning viser at rusmiddelbrukere som er avhengige av illegale stoffer er utsatt for mer diskriminering fordi de har flere stigmatiserende statuser i tillegg til sitt stoffmisbruk, blant annet fattigdom, rase, alder, kjønn, seksuell orientering. På tross av dette viste det seg at diskrimineringen som var knyttet til rusmisbruket ble rapportert mest problematisk for rusmisbrukerens liv<sup>143</sup>.

Brener og von Hippel (2010a) ønsket å undersøke nærmere hvordan holdningene til sykepleiere og psykiatere påvirket arbeidet med injiserende rusmisbrukere. For å finne svar på dette tok de med seg noen hypoteser de hadde formulert etter et lignende prosjekt fra 2005.

<sup>137</sup> Høie (2002), Knudsen A. (2008), Johansen, Carlsen & Hunnskaar (2011)

<sup>138</sup> Johansen, Carlsen & Hunnskaar (2011)

<sup>139</sup> Ahern, Stuber & Galea, (2007).

<sup>140</sup> Capitanio & Herek (1999) I: Brener & von Hippel, et al (2010a).

<sup>141</sup> Miller et al (2001) I: Ahern, Stuber & Galea, (2007).

<sup>142</sup> Ahern, Stuber & Galea, (2007).

<sup>143</sup> Minior et al., (2003); Young et al., (2005) I: Ahern, Stuber & Galea, (2007).

Brener og von Hippel (2010a) viste at disse hypotesene var ganske retningsgivende for de svarene de fant i forskningen. Hypotesene var som følger:

- \*Når helsearbeidere opplever at rusmisbrukeren har individuell kontroll over sitt rusmisbruk har helsearbeideren også økt negative holdninger overfor sprøytemisbrukerne.
- \*Negative holdninger mot sprøytemisbrukerne blir forbundet med bekymring på bakgrunn av deres oppførsel under behandlingen.
- \*Helsearbeiderne er engstelige for å bli smittet av Hepatitt C (da denne smittsomme sykdommen er overrepresentert blant rusmisbrukere, men ikke meldepliktig). På bakgrunn av dette utvikler de negative holdninger mot sprøytemisbrukerne.
- \*Helsepersonellene opplever at en større andel av sprøytemisbrukernes andre medisinske problemer er et resultat av deres stoffmisbruk og på bakgrunn av helsepersonellens opplevelse av rusmisbrukets kontrollerbarhet utvikler negative holdninger mot denne gruppen.

Tidligere undersøkelser viser at sprøytemisbrukerne hovedsaklig er stigmatisert på bakgrunn av en felles opplevelse av at misbruket kan kontrolleres av misbrukeren, og det gir derfor rusmisbrukerne det fulle ansvaret for sitt eget misbruk og alle sykdommer som er relatert til deres misbruk<sup>144</sup>. På bakgrunn av denne overbevisningen om rusmisbrukets kontrollerbarhet og ansvar for egne handlinger oppstår det mindre medfølelse, bekymring og hjelpelighet fra omverdenen mot denne stigmatiserte gruppen<sup>145</sup>. Samtidig som det er umulig å vite helt sikkert i hvilken grad hver enkelts stoffmisbruk er forårsaket av faktorer som de har kunnet kontrollere selv, så bekrefter funnene fra Brener og von Hippel (2010a) at det er en tydelig sammenheng mellom helsearbeiderens sympati for rusmisbrukeren og oppfattelse av rusmisbrukernes atferds kontroll. Brener og von Hippel (2010a) konkluderer med at helsearbeiderne hadde flere negative holdninger mot sprøytemisbrukere hvis de så på rusmisbruk som kontrollerbart. Videre viste det seg at helsepersonellens opplevelse av sprøytemisbrukernes kontrollerbarhet spilte en kritisk rolle i utviklingen av negative holdninger. Disse negative holdningene påvirket i andre rekke helsearbeiderne til å skape en bekymring for atferden til sprøytemisbrukerne, og et ønske om at hver enkelt sprøytemisbruker burde avsløre sin Hepatitt C status slik at de skulle kunne beskytte seg mot smitte. Det kom også fram i denne forskningen at konservatisme predikerte en indirekte tro på at sprøytemisbrukernes medisinske plager var knyttet til deres sprøytemisbruk via oppfattet atferds kontroll. Dette vil si at de negative holdningene påvirket helsearbeiderne til å mene at

<sup>144</sup> Crocker, Major & Steele, (1998). I: Brener & von Hippel (2010a).

<sup>145</sup> Weiner, Perry & Steele (1998). I: Brener & von Hippel, (2010a).

sprøytemisbrukerne var skyld i sin egen plage på bakgrunn av sprøytemisbrukernes opplevde atferdskontroll.<sup>146</sup>

Brener og von Hippel (2010b) forsket så videre på om helsearbeidernes holdninger og rusmisbrukeres subjektive opplevelse av diskriminering og fordomsfull behandling fra helsepersonellet påvirket utfallet av avrusningsbehandlingen og fullføringen av behandlingen. Denne forskningen løfter fram viktigheten av samspillet mellom helsepersonell og pasient for utfallet av behandlingen. Resultatene viser at opplevd diskriminering er et tydelig forvarsel som predikerer om behandlingen vil fullføres av rusmisbrukeren.. Undersøkelsen deres var to-delt, der de både hadde samtaler med 13 rusmisbrukere og åtte helsearbeidere, samtidig som de utførte en spørreundersøkelse blant 92 heroinmisbrukere<sup>147</sup>. Alle rusmisbrukerne som var del av intervjuene (13 stk) rapporterte at de hadde opplevd diskriminering enten i avrusningsklinikker eller i andre deler av helsevesenet. De ga samtidig uttrykk for at disse opplevelsene av diskriminering kunne være formet av deres egen fornemmelse av samfunnets opplevelse av dem<sup>148</sup>. Denne forskningen samsvarer med tidligere forskning på feltet som sier at rusmisbrukernes opplevde diskriminering blant annet kan være koblet til temaer knyttet til lavt selvbilde, en følelse av lav egenverd og selvbefredelse, som igjen kan gjøre dem ekstra sensitive til måten andre behandler dem på<sup>149</sup>. Brener et al (2010b) skriver at det er erfaringene av diskriminering som i første rekke kan ha skapt forventningen hos pasientene om at de vil oppleve negativ atferd og diskriminering i deres nåværende og framtidige kontakt med helsevesenet. Tidligere forskning viser også at stoffmisbrukere pasienter ofte er sensitive overfor diskriminerende oppførsel. De forventer å bli behandlet dårlig av behandlingsapparatet og disse opplevelsene kan være basert på tidligere negative opplevelser fra helsesektoren<sup>150</sup>. Brener et al (2010b) viste også at de helsearbeiderne som var intervjuet (8 stk) forsto at pasientene kunne ha negative opplevelser som var fundert på både opplevd diskriminering og faktisk diskriminering i kontakt med helsevesenet og at det var viktig å ta dette opp i møte med pasienten. Brener et al (2010b) foreslår at både helsearbeiderne og de rusavhengige pasientene i samarbeid burde oppklare om det fantes noen tidligere opplevelser i pasientens historie av diskriminerende art, for så å kunne snakke om dem. Det vektlegges her at begge parter bør bli klar over disse erfaringene slik at de ikke vil påvirke samspillet mellom dem innenfor den inneværende oppholdet<sup>151</sup>.

---

<sup>146</sup> Brener et al (2010a).

<sup>147</sup> Brener et al (2010b).

<sup>148</sup> Brener et al (2010b).

<sup>149</sup> Buchanan & Young (2000), Lawless, Kippax & Crawford (1999) og Brener et al (2010b).

<sup>150</sup> Day, Ross & Doland (2003), Hopwood, Treloar & Bryant (2006), Treloar & Hopwood (2004) I: Brener et al (2010b).

<sup>151</sup> Brener et al (2010b).



### 3.3 Sykepleierens implisitte holdninger i møte med sprøytemisbrukere

Brener & von Hippel et al (2007) har undersøkt om økt kontakt med sprøytemisbrukere som er smittet med hepatitt C virus (HCV) ville føre til mer positive holdninger overfor denne pasientgruppen, og de fant også at implisitte holdninger kom til syne i dette møte. Resultatene av undersøkelsen viste blant annet ut at de eksplisitte<sup>152</sup> holdningene til sykepleierne ble mer positive ved økt kontakt med HCV positive sprøytemisbrukere, men samtidig viste det seg at at det ble målt en forverring av deres implisitte<sup>153</sup> holdningene<sup>154</sup>.

Sykepleierne i denne undersøkelsen jobbet spesifikt med rusproblematikk, både stoffmisbruk og alkoholmisbruk. De beskrev økt stress i arbeidshverdagen i de tilfellene da de opplevde en økt utfordrende atferd fra sprøytemisbrukerne. Undersøkelsen bekrefter også hvordan disse stressopplevelsene førte til et ønske om å slutte sin karriere innen dette fagfeltet, og prøver å koble denne overveielser til sykepleierens fordommer overfor denne pasientgruppen. von Hippel et al (2008) beskriver hvordan relasjonen mellom disse to komponentene «opplevelse av stress på jobben» og «ønske om å forlate rusfeltet» ble 'meglet' av hver enkelt sykepleiers implisitte fordommer. Det som blant annet var interessant med dette var at når disse komponentene ble veid opp mot hverandre var det ikke deres åpenbare fordommer som fikk bestemme, men det var de implisitte fordommene som var bestemmende for utfallet.

von Hippel, Brener & von Hippels (2008) studie viste videre hvordan implisitte fordommer spiller en sentral rolle i sykepleierens intensjoner til handling, og det kan da diskuteres hvor sentral også disse implisitte fordommene er i resten av sykepleieren som utføres.

Undersøkelsen viser en klar «evidens» for at implisitte fordommer predikerer en variasjon i handlingene i tillegg til de åpenlyse fordommer som forekommer og at de implisitte fordommene skaper en atferdsmessig intensjon som både er viktig og klar i sin mening.

På bakgrunn av disse resultatene sier forskningen at ens implisitte holdninger alene kan motivere til viktig, livs forandrende atferd, for sykepleierne viser dette at det kan påvirke atferden ganske kraftig<sup>155</sup>.

Brener og von Hippel (2007) vektlegger samtidig at funn som omhandler implisitte holdninger fortsatt må anses som midlertidige, da verktøyet for måling av implisitte holdninger ikke kan predikere noen annen atferd eller følelser enn det som funnene deres

<sup>152</sup> Eksplisitt betyr: uttrykkelig; uttrykt; noe som er tydelig kommunisert. Store Norske Leksikon (2009)

<sup>153</sup> Implisitt betyr: indirekte eller underforstått; noe som er skult i kommunikasjonen Store Norske Leksikon (2009)

<sup>154</sup> Brener et al (2007).

<sup>155</sup> von Hippel et al(2008).

beskriver. Likevel har implisitte holdninger vist seg å forutsi skjult og automatisk atferd (eks. nonverbal respons) bedre enn kontrollert og bevisst respons (eks. avgjørelser ang behandling), men forskningen gir ikke noen muligheter for å måle den slags skjult atferd som trolig vil bli spådd av de implisitte holdningene<sup>156</sup>.

De implisitte fordommene er vanskelige å oppdage fordi de ofte er skjult, og derfor også vanskelige å «fange» i en undersøkelse. Det viser seg at informantene er ofte uvillige i å innrømme fordommene sine, eller ikke klar over dem. Det kan forklares ved at de fordommene som ikke er anerkjent ofte er i konflikt med den universelle troen på sosial likhet. Personen som innehar dem har heller ingen behov for å gjøre seg kjent med egne fordommer og de blir derfor skjøvet inn i ubevisstheten forblir implisitte<sup>157</sup>.

### 3.4 Holdningsskapende fokus i utdanning og i praksisfeltet

St.meld. nr 26. sier at innholdet i utdanningene som legger grunnlaget for helsetjenesten må sikre studentene både solid teoretisk forankring, gode eksempler og nok praktisk trening slik at de kan være utrustet til ansvarlig og selvstendig yrkesutøvelse. I den praktiske hverdagen er det å utarbeide den gode profesjonaliteten og synliggjøring av de gode eksempler en viktig oppgave for det kliniske lederskapet. Stortingsmeldingen sier at dette er en sentral utfordring for helsetjenesten<sup>158</sup>.

Holdninger og verdier skapes i møte med mennesker, men også igjennom opplæring og utdanning. Det er en allmennkunnskap at det er viktig å starte tidlig med holdningsskapende arbeid, men desto viktigere er det å ikke glemme at dette må fortsette. Det er viktig å ha fokus på holdninger og konsekvenser av disse i utdannelsen til menneskerelaterte yrkesgrupper, spesielt yrkesgrupper som fokuserer på svake, syke, utsatte og marginaliserte mennesker. Det norske helsedirektoratet skrev i 2011 en rapport om hvordan helsetjenestene til mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer kunne bli bedre, og de konkluderer med at det er nødvendig å gjøre forbedringer i utdannelsen<sup>159</sup>. Tarja Suominen et al (2009,2010) har utført flere forskningsprosjekter der hovedintensjonen har vært å finne ut hvordan sykepleierne og sykepleierstudentenes kunnskaper og holdninger påvirket den sykepleien de gav HIV/AIDS pasienter<sup>160</sup>. Resultatene de kom fram til er også relevante med tanke på dette prosjektet på tross av at det er snakk om forskjellige pasientgrupper. Hvis en ser bort i fra selve diagnosen opiat-avhengighet versus HIV/AIDS, lider de begge av en særdeles stigmatiserende og

<sup>156</sup> Brener et al (2007).

<sup>157</sup> Dovidio & Gaertner, (1998). I: von Hippel et al (2008)

<sup>158</sup> St.meld. nr. 26 (1999-2000)

<sup>159</sup> Helsedirektoratet. (06/2011:17)

<sup>160</sup> Suominen, et.al., (2009)

ubekvem sykdom som har høy dødelighetsfrekvens og lav helbredelses faktor, samtidig som diagnosene i noen tilfeller kan overlape hverandre.

Tidligere forskning på området (sykepleie til HIV/AIDS pasienter) beskriver hvordan sykepleierens nivå av komfort i møte med pasientgruppen og dens sensitive pasientopplysninger i stor grad avhenger av sykepleierens kunnskap om dette spesielle feltet. Der kunnskapsnivået er høyt blant sykepleierne oppleves det også et økt nivå av komfort og en økt fremvekst av positive holdninger i møte med disse pasientene<sup>161</sup>. Denne forskningen bekrefter at holdninger ofte blir formet av erfaring, og at de som hadde erfaring med pasientgruppen fra før gjennomsnittlig hadde bedre holdninger til pasientgruppen enn andre. Det bekreftes også at dette gjelder helsepersonell som jobber med sykepleie og omsorg for pasienter med psykiatri- og rusmisbruk problematikk. Siegfried et. al. har undersøkt forholdet mellom erfaring, kunnskap og holdninger til psykiatrisk helsepersonell i møte med pasienters problematiske stoff og alkoholbruk. De kom fram til at om personellet hadde hatt mer kunnskap ville de følt seg mer komfortable og bedre utrustet til å yte den nødvendige helsehjelpen pasienten trengte<sup>162</sup>.

Suominen et al (2009,2010) som forsket på sykepleierens kunnskaper og holdninger til HIV/AIDS pasienter fant også noe som er interessant i denne sammenhengen og det var en betydelig forskjell i kunnskapsnivået mellom de tre ulike landene undersøkelsen ble utført i (Finland, Estland og Litauen) og det belyser viktigheten av utvikling og forbedring av utdannelsen. Lengden på utdannelsen viste seg å ha en signifikant positiv innvirkning på nivået av kunnskap, og det fantes en sterk kobling mellom kunnskaps- og holdningsnivået blant sykepleierne. Denne forskningen henviser til andre lignende prosjekter som også bekrefter hvordan holdningene blir påvirket av utdannelsen og arbeidserfaring<sup>163</sup>. Suominen et al (2009) konkluderte med at den teoretiske delen av utdannelsen så vel som den praktiske delen må fokusere mer på de «problematiske» pasientgruppene på tross av sensitive og vanskelige problemstillinger og skjebner. Dette er viktig for å opprettholde sykepleiefaget holistiske nedslagsfelt. Det ville igjen gi studentene erfaringer med pasientgruppen, og de vil takle møte med disse pasientgruppene bedre i ettertid. Det vektlegges at en forsiktig og sensitiv tilnærming til denne pasientgruppen er nødvendig, ved da å vise respekt for deres iboende og humane verdighet. Hvis en åpner for å skape en ærlig dialog med pasienten slår denne forskningen fast at en mulig vil øke pasientens velvære og hjelpe han til å gjenopprette

<sup>161</sup> Välimäki, Suominen, Peate (1998), Garnel, Davis, Hengeveld (1993), Lohrmann et al (2000)

I: Suominen T., Koponen N., et al (2009).

<sup>162</sup> Siegfried et al (1999)

<sup>163</sup> Oyeyemi et al (2006), Røndahl et al (2003), Pita-Fernández et al (2004) I: Suominen et al (2010)

si helse, også helsen til dem med en kronisk sykdom. Denne forskningen beskriver hvordan høyere utdanning skaper holdningsendring hvis dette er vektlagt i utdanningen<sup>164</sup>.

Dagfinn Nåden og Katie Eriksson (2007) har forsket på hvordan verdier og moralske holdninger er viktig i sykepleiefaget for å bevare pasientenes humane verdighet. Et av hovedfunnene i denne undersøkelsen var nettopp dette at ut i fra et omsorgsperspektiv så er det sentralt at sykepleie er basert på verdier, grunnleggende moralske holdninger og atferd for å kalles en sykepleie. Med tanke på sykepleierutdanningen henvises det i denne forskningen til Elfrink og Lutz (1991) som rapporterte at de hadde funnet en signifikant forskjell mellom diakonale universiteter og andre utdanningsinstitusjoner med tanke på vektlegging av verdier i utdanningen. De diakonale universitetene inkluderte oftere verdier som tema i pensumet, det var mer gruppediskusjoner om temaet, og studentene hadde flere individuelle planer der essensielle verdier ble inkludert.

Nåden og Eriksson bekrefter at seks av sine totalt åtte informanter hadde studert på diakonale høyskoler, og ser at de er opptatte av verdier og holdninger på tross av at de ikke kobler dette direkte til teori. Som et resultat av denne og andre studier viser det seg å være et behov for å understreke og fokusere enda mer på verdi-spørsmål (og holdninger) i utdanning og i praksisfeltet<sup>165</sup>.

### 3.5 Sykepleiernes etiske utfordringer i den daglige omsorgsutøvelsen

Stabell og Nåden (2006) utførte utførte en studie som skulle identifisere etiske utfordringer for sykepleiere i den daglige omsorgsutøvelsen overfor pasienter. Forskerne henviser til Eriksson (2002) og Eklund (2002) for å beskrive hvilke verdier sykepleie bør dyrke fram for å øke menneskeverdet og det er «indre frihet og ansvar for egen og andres liv». De beskriver at den grunnleggende verdien for sykepleiere er å bekrefte pasientenes verdighet som menneske<sup>166</sup>. Verdi- og holdningsbegrepet er tett knyttet sammen ved at holdningene vi har til andre mennesker påvirker den verdien vi tillegger dem og det vil også erfares av den andre<sup>167</sup>.

Undersøkelsen fokuserte hovedsaklig på hvilke utfordringer sykepleieren møter når helhetlig omsorgsutøvelse skal gis i rammene av helsevesenet, med et spesielt henblikk på pasientenes verdighetsfølelse. Funnene beskriver hvordan sykepleieren kan fremme pasientens verdighet

<sup>164</sup> Suominen, et.al., (2007)

<sup>165</sup> Dagfinn Nåden and Katie Eriksson (2004)

<sup>166</sup> Eriksson (2002), Edlund (1995,2002) I: Stabell & Nåden (2006:236)

<sup>167</sup> Asheim (1997:20-23)

ved å vise disse holdningene i sitt daglige arbeid:

1. *Respekt* for pasientens *liv, integritet og autonomi*

- ved å blant annet vise respekt for pasientens egen vilje.

2. *Bekreftelse og anerkjennelse* av pasientens egenverd

- ved tilretteleggelse for oppbyggelse av egenverdet.

3. *Toleranse* overfor utfordringer som oppstår

- som pasientens begrensninger og rammebetingelser innenfor helsetjenesten<sup>168</sup>.

Stabel og Nåden (2006) henviser til Sligmans definisjon som sier at tap av kontroll kan føre til tap av verdier og det som oppfattes verdifullt i hver enkelts liv<sup>169</sup>. Dette kan da forstås slik at om sykepleierne innehar holdningene som er nevnt over (respekt for liv, integritet og autonomi, bekreftelse og toleranse) så vil pasientens oppleve en økt verdighet i omsorgen<sup>170</sup>. Funnene viser at det oppsto utfordringene på to nivåer både på det omsorgsetiske- og det rasjonelle aspektet rundt de administrative valgene. Funnene viser at nivået av rasjonalitet er noe av det mest fremtredende i relasjonen mellom sykepleier og pasient. Det vil si at hvis sykepleieren utelukkende handler rasjonalitet, og ikke er åpen for den potensielle nærheten i relasjonen, kan det oppstå krenkelse av pasientens verdighetsfølelse. På samme måte vil det bidra til at pasienten opprettholder sin verdighet dersom nivået av nærhet er høy i relasjonen. Begge disse nivåene har konsekvenser for utførelsen av sykepleie og har derfor konsekvenser for hvordan innvirkning denne pleien har på pasientens subjektive opplevelse av sin verdi og balansen mellom verdighet og uverdighet<sup>171</sup>.

Dataene som kom fram i denne undersøkelsen peker på vanskelighetene forbundet med å utføre forsvarlig sykepleie som følge av konsekvenser og begrensninger av eksterne ressurser som redusert finansiering, reduserte forsyninger, færre ansatte og mer komplekse sykdommer blant pasienter. Flere av informantene i denne undersøkelsen referert til at begrensede ressurser påvirker deres relasjoner med pasienter, og dette er en stor utfordring for dem<sup>172</sup>.

Nortvedt (2003) skriver at sykepleie og medisin trenger å beskytte sine kjerneverdier som blant annet omhandler den nære relasjonen mellom omsorgsyrer og pasient når en pleier har omsorg for en bestemt pasient. Han påpeker at vesentlige behov hos pasientene ofte blir oversett pga. mangel på tid og tilgjengelige ressurser. Dette blir sykepleieren «tvunget» ut i

---

<sup>168</sup> Stabel og Nåden (2006)

<sup>169</sup> Stabell & Nåden (2006:247)

<sup>170</sup> Stabel og Nåden (2006)

<sup>171</sup> Stabell & Nåden (2006)

<sup>172</sup> Stabell & Nåden (2006)

fordi han/hun har et ansvar overfor arbeidsstedet og det igjen kan føre til at sykepleier uvillig krenker integritet og verdighet til sine pasienter<sup>173</sup>.

Stabel og Nåden (2006) gjenkjenner problematikken som Nortvedt (2001) beskriver om kravet til umiddelbar tilstedeværelse og barmhjertighet versus rettferdighet i helsevesenet som et stort problem i sykepleien. Det som kanskje er det mest sentrale i sykepleiepraksis i dag er ikke hvordan gi «best omsorg» til sine pasienter, men heller hvordan «unngå mest mulig skade» opprettet av sosioøkonomiske omstendigheter. Noen av kommentarer fra informantene ble uttrykt som bekymringer for ikke å kunne gjøre det som kreves for sine pasienter<sup>174</sup>. I slike tilfeller er det viktig å være klar over hva som skjer og ikke glemme retningslinjene for den helsetjenesten en jobber innenfor. Klarer en ikke å utføre faglig forsvarlig sykepleie under de rammebetingelsene som råder er det viktig å gi beskjed til sine overordnede, og ikke la dette gå ut over pasientene.

### 3.6 Oppsummering og avrundning

Vi har i dette kapittelet fått et innblikk i hvordan forskning, fagpersoner på området og andre kilder beskriver praksis. Gjennom forskning og autoritære beskrivelse av realiteten har jeg bekreftet disse erfaringene fra praksis, og satt fokuset på de sidene av denne problematikken som er aktuell for min problemstilling og forskerspørsmål. Vi har sett at sprøytemisbrukere er betydelig stigmatisert og det fører til negative følelser og assosiasjoner overfor dem. Det har derfor vist seg å være avgjørende å ha en tydelig holdningsbevissthet i møte med denne pasientgruppen og hvordan mangel på en slik bevissthet kan få veldig negative konsekvenser for pasientene også i helsevesenet. Samtidig har vi sett at det finnes noen praktiske sider av saken som foreksempel et behov for økt bemanning og andre rutiner for å kunne ta i mot rusmisbrukerne på en god og hensiktsmessig måte uten å være begrenset av f.eks. frykt for egen sikkerhet. Vi har sett at det ikke bare er synlige holdninger som kommer fram i praksisfeltet, men at også implisitte holdninger som påvirker omsorgen sykepleieren yter. Hvis slike implisitte holdninger får påvirke pleien kan dette ha store negative konsekvenser for pleien fordi sykepleieren ikke på samme måte kan kontrollere handlingene så lenge motivasjonen er skult. Hadde sykepleieren vært klar over disse holdningene kunne han/hun muligens valgt å ikke ta valg på bakgrunn av disse holdningene. Et fenomen som har vist seg i praksis er blant annet en tanke om at pasienten har skyld i sin egen sykdom ved at en opplever at rusmisbrukerne har kontroll over eget rusmisbruk. Denne opplevelsen av at pasienten er

<sup>173</sup> Nortvedt (2003) *Med Health Care Philos.* I: Stabell & Nåden (2006:244)

<sup>174</sup> Nortvedt (2001) *Nurs Philos* 2001 I: Stabell & Nåden (2006:244)

skyld i sin egen sykdom, kan i andre rekke føre til at sykepleieren mangler medfølelse og sympati for rusmisbrukeren, og at dette går ut over omsorgsutøvelsen. Holdninger som kommer fram i møtet mellom helsepersonell og stigmatiserte pasientgrupper som rusmisbrukere kan være: merverdighet/mindreverdighet, skyld/uskyldig, trygghet/utrygghet, undertrykkelse/manipulasjon, redsel og usikkerhet.

Helsepersonells fordomsfulle holdninger kan være fundert i en redsel for rusmisbrukernes uforutsette og til tider farlige atferd, samt en redsel for å bli smittet av farlige sykdommer. Aamot (2008) referer Janecke Thesen som sier at rusmisbrukere ofte blir objektvisert og sett på som representanter for en gruppe mennesker som alle tror de vet noe om på gruppenivå. Som sykepleiere er det viktig å stå i mot dette, ved å stadig holde seg faglig oppdatert og informert om pasientenes situasjon, samt være klar over sine egne holdninger.

Nødvendigheten for god utdanning og fokus på holdninger under studiet har også vært fokus i dette kapitlet. Funn fra Souminen (2009, 2010) har vist til at sykepleiere som har god og grundig utdanning med et stort fokus på holdninger også yter bedre omsorg overfor stigmatiserte pasientgrupper i praksis. Videre viste forskningen til Stabel og Nåden (2006) hvilke holdninger og verdier som bør være ideelle i praksis. Det er *respekt* for pasientens liv, integritet og autonomi. *Bekreftelse* og anerkjennelse av pasientens egenverd og *toleranse* ved utfordringer som rammebetingelser i helsevesenet og pasientens begrensninger. Funnene fra denne i undersøkelsen indikerer at hvis nivået av rasjonalitet er det mest fremtredende i relasjonen mellom sykepleier og pasient, kan det forekomme krenkelser av pasientens verdighet. Derfor er det viktig for sykepleieren og ikke bli for preget av det rasjonelle aspektet rundt rammebetingelsene i helsevesenet, men stadig jobber for å beholde nærheten i relasjonen mellom seg selv og pasienten. Spesielt viktig er dette overfor rusmisbrukere i helsevesenet fordi de fra før har en skjør verdighetsfølelse. Holdningene som er blitt beskrevet som essensielle i forholdet mellom sykepleier og pasient har vært; respekt for pasientens liv, integritet og autonomi, samt bekreftelse og toleranse.

#### **4.0 Holdningsetiske perspektiver i helsevesenet og diakonien**

Etisk teori kan deles inn i områdeetikk og grunnlagsetikk (teoretisk etikk). Sykepleieetikk, yrkesetikk og forskningsetikk er underordnet områdeetikken, mens deskriptiv etikk og normativ etikk kommer under grunnlagsetikk<sup>175</sup>. Jeg har valgt å ta utgangspunkt i holdningsetikken som er en del av den normative etikken ved at den tar stilling til hva som er

<sup>175</sup> *Deskriptiv etikk* beskriver hvordan mennesker faktisk handler og tenker når det gjelder etiske spørsmål, mens *normativ etikk* beskriver forskjellige etiske retninger (pliktetikk, konsekvensetikk, de fire prinsippsetikk, nærhetsetikk og dydsetikk/holdningsetikk). Brinchmann (2008).

rett og galt. Det har jeg gjort fordi det opp gjennom sykepleiens etikkhistorie fremhever at det å ha gode holdninger og dyder er noe av det viktigste i god sykepleie<sup>176</sup>. Dette fokuset ser en særlig beskrevet i den diakonale barmhjertighetstradisjonen<sup>177</sup>. Fokuset på dydenes sentrale funksjon i sykepleien har variert litt, og i den naturlige overgangen fra dydsetikk til holdningsetikk som Asheim (1997) beskriver<sup>178</sup>, har ikke sykepleiefaget fulgt helt med på. Fram til dags dato har fokuset har hovedsaklig ligget på dyder som personlige egenskaper<sup>179</sup> og ikke på holdninger som også påvirkes utenfra og stadig er i endring. Jeg har valgt å fokusere på holdningsetikken til fordel for dydsetikken fordi holdninger hovedsaklig er fundert på erfaringer og mindre direkte på personligheten enn dydsetikken er<sup>180</sup>. Uten disse sterke båndene til personligheten vil også holdningene kunne være enklere å jobbe med og atferden enklere å endre hvis det skulle være et behov for dette. Jeg ønsker en ny fokusering på holdninger og viktigheten av dette innenfor sykepleiefaget og jeg ser at dette også tematiseres av Nortvedt i hans nyeste bok «Omsorg» fra 2012.

Derfor skal jeg i dette kapitlet starte med en kort presentasjon av hva holdningsetikk er, og en beskrivelse av hvorfor denne etikken er egnet i møte med rusmisbrukerne. Deretter skal jeg presentere en psykologisk modell som er relevant for å vise hvordan holdningene til sykepleierne kan påvirke omsorgen de yter overfor rusmisbrukere i rammen av helsevesenet. Denne modellen tematiserer forholdet mellom holdninger og atferd, samtidig gir den rom for en ambivalens som er særlig relevant i denne sammenhengen.

Jeg skal også vise til hva yrkesetikken for sykepleiere fremhever som optimale holdninger og omsorgsutøvelse i sykepleien. Dette skal komme tydelig til syne gjennom min presentasjon av sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer og Per Nortvedts (2012) sykepleieetik. Jeg gir også et annet perspektiv på hva optimal omsorgsutøvelse er, ved å vise til Kari Martinsens (2000) beskrivelse av holdninger og dyder i sykepleiens barmhjertighetstradisjon, og hva det har tilført sykepleien. Deretter viser jeg til Fanuelsen (2009), Foss (2005) og Vetlesens (2004) beskrivelse av sammenhengen mellom allmenn omsorg og diakonal omsorg. Dette skal senere bli grunnlaget for en diskusjon i kapittel fem om hvordan kristne holdninger og verdier kan aktualiseres i sykepleieutøvelsen overfor rusmisbrukere. Kapitlet avsluttes med en oppsummering av tematikken i dette kapitlet, og med en oppsummering av de mest ønskede holdningene og verdiene som burde være gjeldende i sykepleien til rusmisbrukere. Disse holdningene vil brukes som et utgangspunkt for å vurdere den faktiske rusomsorg i kapittel fem, slik den er beskrevet i kapittel to og tre.

---

<sup>176</sup> Nortvedt (2012:58)

<sup>177</sup> Nortvedt (2012:58)

<sup>178</sup> Asheim (1997:9-11)

<sup>179</sup> Brinchmann (2008:133-148)

<sup>180</sup> Nortvedt (2012:61-62)



## 4.1 Hva er holdningsetikk

For å kunne fordype meg i holdningsetikk må jeg først beskrive dydsetikk som er grunnlaget for holdningsetikk og som går helt tilbake til antikken og Aristoteles' dydsetikk. Dydsetikken er også relevant fordi den har spesielt sterke røtter innenfor sykepleien<sup>181</sup>. Dyd betyr dugelighet og dreier seg om personlige egenskaper som gjør mennesket i stand til å handle moralsk<sup>182</sup>. Etablering og opparbeidelse av dyder forutsetter dannelse som i seg selv tar tid å bygge opp og krever bevisst personlighetsarbeid for å endre<sup>183</sup>. Dyder er kulturspesifikke og kan endre seg i takt med kultur, tidsepoke og livssyn. Et utvalg av dyder som var ønskelige i sykepleiefaget ble av Hageman (1930) beskrevet som; ønske om å hjelpe, vise barmhjertighet, kjærlighet og tekniske ferdigheter, være pålitelig, sannferdig, taus og lydig. I dag ville ikke de samme dydene være gjeldende fordi tidene har endret seg og sykepleierne har en annen rolle i dag enn tidlig på 1900-tallet<sup>184</sup>. Asheim (1997) skriver at dyd er et gammeldags ord som sjelden brukes lenger, til forskjell fra holdningsbegrepet som stadig er i bruk<sup>185</sup>. Dyder er dirkete opphav til våre moralske holdninger og handlinger<sup>186</sup>. Innen det etiske fagfeltet har det nærmest vært en slags renessanse på feltet, der en har gått mer og mer bort fra dydsbegrepet, for så å fokusere hovedsaklig på holdninger<sup>187</sup>. Det har også i denne avhandlingen vært hensiktsmessig å følge denne utviklingen ved å hovedsaklig fokusere på holdningsetiske varianten av dydsetikken.

Holdningsetikk er en retning innenfor den normative etikken, og den kan være svært nyttig å ha kjennskap til når en skal jobbe innenfor helsevesenet eller innenfor andre felt der en kommer i tett kontakt med mennesker. Normativ etikk sier noe om hvordan man bør forholde seg til andre mennesker, og yrkesetiske retningslinjer er også normative<sup>188</sup>, derfor er disse også tatt opp i dette kapitlet. Christoffersen (2012) skriver at etikk ikke bare er læren om hvordan en skal leve, men det er å ta stilling til hvordan en bør leve. Han legger vekt på at mennesker fra naturens side ikke er helt ferdigstilt og at alle har en særegen form for åpenhet i møte med livet<sup>189</sup>. Dette viser at det finnes rom for endring, og at hvert menneskets holdning og verdier potensielt kan endres. Werring (1994) sier at etikk ikke bare handler om å følge regler «...men om aktivt å utvikle holdninger der man finner de beste løsningene som også ivaretar menneskeverd og miljø»<sup>190</sup>. Både Christoffersen og Werring legger vekt på at det å

<sup>181</sup> Brinchmann (2008:133-136), Asheim (1997:7,10,28ff)

<sup>182</sup> Brinchmann (2008:135)

<sup>183</sup> Nortvedt (2012:61-62)

<sup>184</sup> Hagemann (1930:12) I: Brinchmann (2008:141), Brinchmann (2008:141)

<sup>185</sup> Asheim (1997:9)

<sup>186</sup> Store norske leksikon (2011)

<sup>187</sup> Asheim (1997:7)

<sup>188</sup> Brinchmann (2008:18-19)

<sup>189</sup> Christoffersen (2012:11-12)

<sup>190</sup> Werring (1994) i Asheim (1997:11)

være etisk bevist handler om en bevegelse, det handler om å eksistere og utvikle seg i en relasjon til andre for å bli bedre. Denne bevegelsen mellom etiske bevissthet og endring av handlinger viser en sterk kobling mellom holdning og handling. Denne bevegelsen er tydelig beskrevet innenfor holdningsetikken. Asheim (1997) skriver at kvaliteten av en handling avhenger av den holdningen som uttrykker seg i handlingen, og at dette kommer tydelig til syne i omsorgsyrkene<sup>191</sup>. Videre definerer han holdninger som «en måte å stille seg på, eller opptre». Det forklarer han med å skrive at holdning er noe man har «til» ting, noe en viser utad som kroppsholdning og kroppsspråk i relasjoner med andre<sup>192</sup>. Den verbale atferden er også en viktig komponent i denne relasjonen da den er en kilde som viser moralsk innsikt<sup>193</sup>. I definisjonen over konkretiserer han holdningsbegrepet ved å vektlegge relasjonen mellom holdninger og atferd, på tross av at denne sammenhengen ikke er helt innlysende. Dersom en person verbalt gir uttrykk for en ting, men gjør noe annet, er det sprik mellom holdning og atferd. Denne måten å forstå begrepet på korresponderer med alminnelig norsk moraldebatt ved at atferden bekreftes av holdningene våre. Når det spriker slik mellom atferden og de verbale ytringene, så vil atferden i de fleste tilfeller tale til vedkommende sin fordel<sup>194</sup>. Det må være sammenfallende likheter mellom holdning og atferd for at holdningene skal være “gyldige”. Han støtter seg på forskning som konkluderer med at atferden konstituerer holdningen ved at den bekrefter holdningen. Asheim skriver at handlingsmomentet må være til stede for at det skal være snakk om holdninger<sup>195</sup>. En mye brukt holdningsmodell er tre-komponents modellen som beskriver at en holdning består av kognitive, affektive og atferdsmessige komponenter. Denne tredelingen representerer en gammel arv som understreker at tanker, følelser og aktivitet er grunnleggende for hvordan mennesket opplever sine omgivelser<sup>196</sup>. Dette samsvarer med Asheims (1997) holdningsforståelse som også bygger på denne tre-komponent delingen. Han forklarer det slik at holdninger er et omfattende begrep som inkluderer hele spekteret fra det kognitive og det følelsesmessige aspektet helt fram til atferden. Holdningene våre innebærer tanker og følelser knyttet til et emne, og de har en direkte konsekvens for hvordan vi handler og reagerer<sup>197</sup>. Holdninger kan i følge Asheim (1997) både kan være positive og negative<sup>198</sup>. Eksempler på ønskelige holdninger i sykepleien kan være; respekt, empati, ærlighet, omsorg, barmhjertighet, ydmykhet, toleranse og oppriktighet<sup>199</sup>.

---

<sup>191</sup> Asheim (1997:19)

<sup>192</sup> Asheim (1997:26)

<sup>193</sup> Asheim (1997:12)

<sup>194</sup> Asheim 1997:26-27

<sup>195</sup> Asheim (1997: 26-28)

<sup>196</sup> Hogg og Vaughan (2011:149-150)

<sup>197</sup> Asheim (1997:27-28)

<sup>198</sup> Asheim (1997:23)

<sup>199</sup> Brinchmann (2008) (oppsummering av holdninger som er kommet fram i boken), Asheim (1997:20)

## 4.2 Et psykologisk perspektiv relevant for holdningsetikken

Ajzen og Fishbeins «Theory of Reasoned Action» (TRA)<sup>200</sup> og «Theory of Planned Behaviour» (TPB)<sup>201</sup> er to velkjente teorier innenfor sosialpsykologien som har bidratt betydelig til debatten rundt relasjonen mellom holdning og atferd. Modellene er blitt brukt innenfor flere fagfelt, men også innenfor helsepsykologien med fokus på hvordan en kan ta vare på helsen sin, oppnå bedre praksis og unngå risikoatferd<sup>202 203</sup>. Jeg har valgt å låne (TPB) som er en videreutvikling av (TRA) fra sosialpsykologien fordi jeg opplever at den kan være et relevant verktøy i prosessen med å finne svar på min problemstilling. TRA er relevant ved at den kan beskrive hvordan sykepleierens holdninger påvirker pleien som rusmisbrukerne mottar. Nortvedt (2008) skriver at det er ønskelig og nyttig for sykepleiefaget at relevante teorier fra andre fagtradisjoner beriker sykepleiefaget fordi det gir mange nye innspill i prosessen med å forstå faglige fenomener. En slik positiv effekt kan komme til uttrykk ved at ulike teoretiske perspektiver løfter fram viktige spørsmål som er av betydning for fagutvikling og yrkesutøvelse<sup>204</sup>.

Fishbein definerte tidlig (1967a, 1967b, 1971) at den grunnleggende komponenten i en holdning var affekt<sup>205 206</sup>. Etter arbeid med denne teorien som utelukkende var basert på en endimensjonal, bipolar evaluerende skala (for eksempel god/dårlig affekt) kom han i samarbeid med Ajzen til en forståelse av at en ikke kunne forutse hvordan en person videre ville oppføre seg på bakgrunn av TRA. Fishbein og Ajzen (1980) beskriver så en bredere forståelse av holdningsbegrepet på bakgrunn av videre studier. De hadde kommet fram at det er ved å se på samspillet mellom holdninger, overbevisning/tro og de atferdsmessige intensjonene at en kan forutsi handlingene til personen<sup>207</sup>.

TRA tar utgangspunkt i at det er et samspill mellom ens personlige følelser og overbevisning overfor en atferd (holdning til en atferd; A)<sup>208</sup>, og oppfattet sosialt press blant annet for å tilfredsstille sine betydningsfulle andre (subjektiv norm; SN)<sup>209</sup>. Summen av disse to komponentene bestemmer hva en gjør med sin motivasjon (handlingsintensjon; I)<sup>210</sup> og om

<sup>200</sup> «Teori om overveid handling» lansert av Fishbein og Ajzen i 1975. Ajzen og Fishbein (1975:510-512)

<sup>201</sup> «Teori om planlagt atferd» viderutvikling fra TRA av Ajzen i 1985. Ajzen (1985), Ajzen (1988:132-135)

<sup>202</sup> *Ulike problemstillinger som disse modellene har blitt brukt inkluderer HIV-forebygging, kondombruk og sikrere sexatferd, alkoholforbruk og røyking.* Hogg og Vaughan (2011:161-163)

<sup>203</sup> Hogg og Vaughan (2011:161-163)

<sup>204</sup> Nortvedt (2008:103)

<sup>205</sup> **Affekt:** En tilstand der personen brått blir overmannet av følelser. Farlex (2009)

<sup>206</sup> *(Dette er i tråd med Turstones (1931) tidlige definisjon av holdninger).* Hogg og Vaughan (2011:156)

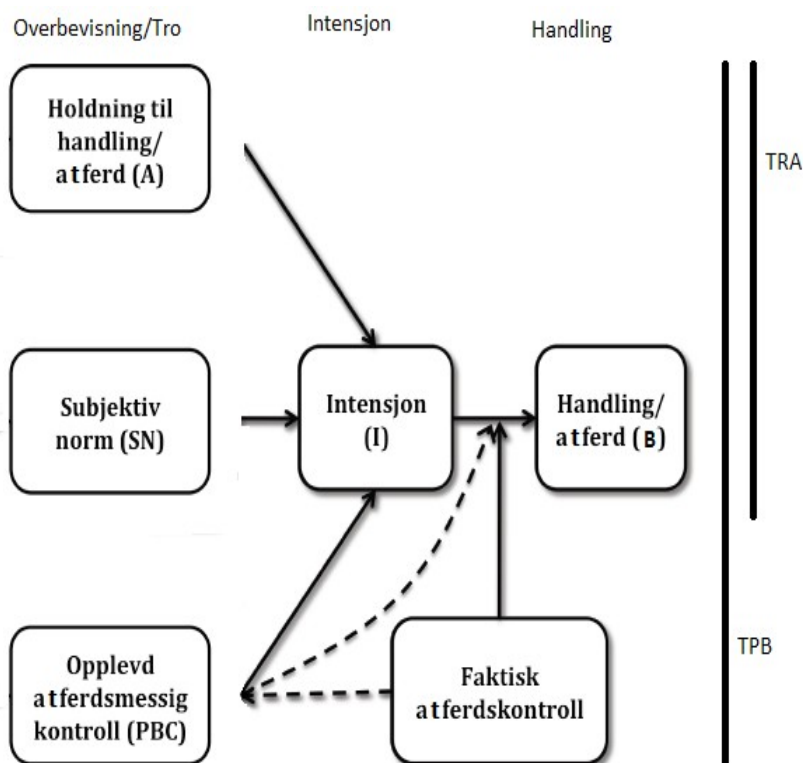
<sup>207</sup> Ajzen & Fishbein 1980:79, Hogg og Vaughan (2011:156)

<sup>208</sup> «Attitude towards behaviour»

<sup>209</sup> «Subjective norm»

<sup>210</sup> «Behavioural intention»

dette får konsekvenser (handling/atferd; B)<sup>211 212</sup>. TPB er altså en utvidelse av TRA med den samme grunnleggende strukturen, men TPB introduserer i tillegg en ny faktor kalt «Perceived behavioural control» (PBC)<sup>213</sup> som innebærer at den enkelte utøvers følelse av kontroll over egen atferd kan endre atferden alene, uavhengig av holdninger og subjektiv norm<sup>214</sup>. I følge TPB kan holdninger og subjektive normer bare påvirke handlingene indirekte gjennom at de påvirker hver enkelt sine intensjoner. Effekten av opplevd atferdskontroll er mer kompleks og teoretisk sett kan den påvirke atferd på to måter. Først kan det dempe effekten holdninger og subjektive normer har på intensjoner og som igjen påvirker atferd. For det andre kan PBC direkte moderere intensjonenes effekt på atferd. Opplevd kontroll er forventet å påvirke atferd indirekte via intensjoner, og som en fullmakt av faktisk kontroll, samtidig som den også har en direkte kobling til oppførsel/atferd<sup>215</sup>. Modellene motsier ikke hverandre, og de tar begge utgangspunkt i at holdninger kan påvirke atferd gjennom intensjoner<sup>216</sup>.



**Figur 2. En forenkling og sammenlikning av Ajzen og Fishbeins teori om overveid handling (TRA) og planlagt atferd (TPB) <sup>217</sup>.**

<sup>211</sup> «Behaviour»

<sup>212</sup> Hogg og Vaughan (2011:157-159)

<sup>213</sup> “oppfattet atferds kontroll”

<sup>214</sup> Ajzen (1988:103-197), Ajzen (2005a:91-94), Hogg og Vaughan (2011:158)

<sup>215</sup> Fishbein og Ajzen (2010:201-202)

<sup>216</sup> Hogg og Vaughan (2011:158)

<sup>217</sup> Hogg & Vaughan 2011:159 og Ajzen & Fishbein I: Albarracín, Johnson & Zanna (2005:194)

Alle disse kategoriene påvirkes av et bredt spekter av bakgrunnsfaktorer<sup>218</sup>.

Bakgrunnsfaktorer kan deles inn i tre kategorier: en individuell, en sosial og en informasjons basert kategori. De individuelle bakgrunnsfaktorer er blant annet personlighet, humør/følelser, intelligens, verdier m.m. De sosiale bakgrunnsfaktorene kan være utdanning, alder, kjønn, inntekt, religion og informasjon, mens de informasjonsbaserte bakgrunnsfaktorene er blant annet; erfaring, kunnskap, media påvirkning<sup>219</sup>. Den enkeltes personlige overbevisning danner i følge denne modellen grunnlaget for ens intensjoner og handlinger. For å forstå en gitt atferd er TPBs inndeling i atferds intensjonene, subjektive normer og ens opplevelse av atferdskontroll hensiktsmessig. Etter denne modellen vil holdningene være svært personlige og variere fra en gruppe eller kultur til en annen, fordi intensjonene, de subjektive normene og opplevd atferdskontroll kan endre seg over tid. Det at oppfatninger varierer mellom individer og populasjoner bidrar til å forklare at ulik atferd skapes av forskjellige bakgrunnsfaktorer<sup>220</sup>. Det legges også vekt på at det ikke nødvendigvis er en sterk sammenheng mellom holdninger og atferd<sup>221</sup>. TPB sier at det er størst sannsynlighet for å finne samsvar mellom holdning og atferd når ens egne holdninger samsvarer med det de sosiale normene. Det var vanskeligere å vite hvordan en skulle gå fram for å endre holdningene til folk med utgangspunkt i TRA, fordi denne modellen i hovedsak tar utgangspunkt i holdninger som prediksjon for atferd. Eksempler på dette finner vi i reklamekulturen. Skremselspropaganda virker bare i liten grad i den hensikt å endre holdning uten å fokusere på hvor kontrollerbar atferden er.

Med tilknytning til oppgavens tema kan vi se for oss at kombinasjonen av 1; holdninger 2; subjektive normer og 3; opplevd atferdskontroll kan resultere i forskjellige handlingsforløp. Eksempler på dette kan være:

- 1) Noen sykepleiere har negative holdninger, andre mer nøytrale eller positive.
- 2) Den opplevde subjektive normen på arbeidsplassen er at alle pasienter skal behandles likt på bakgrunn av likhetsprinsippet som står sterkt i helsevesenet, inkludert rusmisbrukere.
- 3) Alle sykepleierne, uavhengig av holdninger, opplever å kunne kontrollere sin atferd overfor rusmisbrukere slik at de blir behandlet likt med andre pasientgrupper. Dette er et resultat av at pleierne som har uønskede holdninger evner å skjule holdningene og ikke la dette påvirke atferden deres.

Resultatet vil være avhengig av om sykepleierne har kontroll over handlingene sine eller ikke. Vi ser at implisitte holdninger lett viser seg i kroppsspråk og verbal kommunikasjon<sup>222</sup>, og det

<sup>218</sup> Ajzen (2005a:135), Ajzen & Fishbein (2005b:194-195)

<sup>219</sup> Ajzen (2005a:135), Ajzen & Fishbein (2005b:194-197)

<sup>220</sup> Ajzen & Fishbein 2010:399, Ajzen & Fishbein (2005a:194-195)

<sup>221</sup> Hogg og Vaughan (2011:157)

<sup>222</sup> Hogg og Vaughan (2011:156-163, 370) (Forfatterens eget eksempel)

er svært vanskelig å skjule de helt. Vi vet at ikke alle har optimale holdninger, og det kan være en lang prosess å endre disse. Kunsten ligger da i å ha kontroll over dem.

Vi begynte innledningsvis å se på forskjellige måter å definere holdninger på og at Fishbein startet sin karriere med å fokusere på en-komponents definisjonen som bare tok utgangspunkt i affekt som grunnlag for holdninger. Deretter har vi sett kompleksiteten i dette begrepet og at Fishbein og Ajzen har glidd mer over i en tre-komponents forståelse av begrepet etter framveksten av TRA og TPB. Ajzen og Fishbein (2010) avslutter dermed sitt arbeidet med disse modellene ved å si at på tross av at holdningsbegrepet er delt inn i en kognitiv, affektiv og atferdsmessig komponent. På tross av at TPB er meget anerkjent så presenterer den et problem ved at den prøver å predikere handlingen ut fra holdningen. Fishbein og Ajzen (2010) skriver at dette er et problem fordi denne nyere definisjonen fortsatt involverer både følelser og overbevisning som begge er vanskelig å måle. Hadde en kunnet måle disse komponentene, ville det mest sannsynlig kunne predikere menneskers handlinger, men de mener dette er umulig<sup>223</sup>. De skriver at på tross av at deres TPB modell har fått stor suksess, så ser de at det fortsatt gjenstår spørsmål som har med modellens tre store komponenter å gjøre. For å forklare holdningene bak handlingene blir det ofte dannet to grupper av kognitive og affektive komponenter. De argumenterer for at den kognitive komponenten (tanker) og den affektive komponent (følelser) skal la seg måle. Derfor foreslår de en endring i den tidligere begrepsbruken til *instrumentelle* og *eksperimentelle* faktorer. Det *instrumentelle* aspektet beskriver om det å utføre atferden er nyttig eller blir belønnet (tidl. kognitiv komponent), mens det *eksperimentelle* aspektet går ut på om det å utføre atferden er behagelig eller kjedelig (tidl. affektiv komponent). Ajzen og Fishbein (2010) skriver at det i fremtiden vil være nyttig å ta i bruk instrumentelle og eksperimentelle faktorer for å beskrive forholdet mellom holdning og handling fordi begge disse faktorer lar seg evaluere innenfor naturvitenskapen, og de representerer underordnede dimensjoner av en overordnet holdning til atferden<sup>224</sup>. Dette kan eksemplifiseres gjennom et hypotetisk eksempel som beskriver hvorfor sykepleieren godtar sin holdning til egen atferd.

Eks:

Det instrumentelle aspektet; sykepleieren vet at det er uønsket og negativt å diskriminere rusmisbrukere og normene på arbeidstedet bekrefter dette.

Det eksperimentelle aspektet; sykepleieren føler at han/hun mestrer hverdagen bedre ved å

---

<sup>223</sup> Hogg & Vaughan (2011:150)

<sup>224</sup> Ajzen og Fishbein (2010:401)

behandle rusmisbrukerne diskriminerende, og fortrenger det instrumentelle aspektet ved å godta negativ atferd<sup>225</sup>.

Grunnen til at sykepleieren fortrenger det instrumentelle aspektet kan være at han/hun opplever en maktesløshet i møte med-, eller en redsel for rusmisbrukernes uforutsigbare atferd og smittsomme sykdommer (jfr. tidl. presentert forskning). Ved å si at sykepleieren opplever å mestre hverdagen bedre ved å handle diskriminerende, henspiller ikke dette nødvendigvis på et bevist valg. Det kan være et uttrykk for hva jeg tidligere har presentert som implisitte holdninger. Det kan være at den vanlige prioriteringen har blitt litt skjev, fordi sykepleieren ikke er klar over holdningene og intensjonene bak handlingene og avgjørelsene sine. Et eksempel på dette kan for eksempel være et valg om å hjelpe pasienten minst mulig, pga. hans/hennes utfordrende atferd, og sykepleierens mangel på ressurser i en knapp arbeidshverdag. Eksempelet over kan oppleves usannsynlig negativt, men forskningen som presenteres i denne avhandlingen bekrefter at dette er høyst aktuell atferd.

Modellen TPB som vi nå har sett beskrevet teoretisk, og i eksempler, kan brukes som et verktøy for å få en enda klarere forståelse av hvilke faktorer som kan spille inn i samspillet mellom sykepleierens og rusmisbrukeren. Hvordan sykepleierens holdninger og de subjektive normene på arbeidsplassen er, i kombinasjon med hver enkelt sin opplevelse av atferdsmessig kontroll, påvirker den omsorgen sykepleieren yter. Jeg har også presentert hvordan sykepleierens faktiske atferdskontroll kan fungere som en «snarvei» til atferden uten at sykepleieren trenger å ha kontakt med holdningene, de subjektive normene eller intensjonene sine for å handle ønskelig. Hvis sykepleieren ikke ønsker eller klarer å kontrollere atferden sin, vil disse faktorene skinne igjennom og påvirke atferden gjennom sykepleierens kroppspråk og verbale kommunikasjon. Det er på denne måten at det oppstår diskriminerende og krenkende handlinger.

### **4.3 Holdninger og Verdier i helsevesenet**

Holdningsbegrepet har vi grundig beskrevet tidligere i kapittelet, men nå skal også verdibegrepet brukes aktivt. En verdi er noe som har betydning for en person, noe personen kan og som han eller hun verdsetter selv. Moralsk verdi må i tillegg til egen tilfredsstillelse ha betydning for andre. Moralske verdier viser til noe som har betydning for personens oppnåelse av et godt liv, for personens interesser og komfort på en slik måte som forplikter oss til å også fremme slike verdier overfor sin neste<sup>226</sup>. I dette kapittelet skal krav om

---

<sup>225</sup> Ajzen & Fishbein (2010:401-402) (Forfatterens eget eksempel)

<sup>226</sup> Nortvedt (2012:47)

holdninger og verdier overfor de svakeste pasientene i helsetjenestene beskrives ved en gjennomgang av sentrale temaer i normative norske dokumenter.

I St.meld. nr.26 blir det blant annet beskrevet et sterkt likhetsprinsipp som en grunnleggende verdi i Norges helsetjeneste. Det går ut på at alle skal ha lik tilgjengelighet og resultatlighet i helsetjenesten. Helsevesenet er også på lik linje med resten av den norske stat fundert på det ukrenkelige menneskeverdet som blir beskrevet i de internasjonale menneskerettskonvensjonene og som også er gjort gjeldende igjennom norsk lov<sup>227</sup>.

Stortingsmeldingen beskriver hvordan alle har rett til høyest oppnåelig helsestandard både fysisk og psykisk<sup>228</sup>. Menneskesynet vårt er et viktig grunnlag for det tolkningsgrunnlaget vi bygger meningene våre på, og den forståelsen vi har av hva som er rett og galt. Forståelsen av hva som er rett og galt er i den norske tradisjonen har sterke forbindelser innenfor den jødisk-kristne tradisjonen<sup>229</sup>. Det er en bred enighet i vårt samfunn om at menneskeverdet er ukrenkelig. Menneskeverdet er til stede i kraft av menneskets eksistens og ikke på bakgrunn av hva en har gjort seg fortjent til. Det ukrenkelige menneskeverdet som ligger til grunn for menneskesynet i Norge gir støtte til en prioritering av de som til en hver tid er blant de svakeste i samfunnet. Helsevesenet i Norge er derfor moralsk forpliktet til å sikre alles menneskeverd ved utforming og tildeling av helsetjenester. De skal ikke starte noen moralsk vurdering der foreksempel spekulasjon i skyld for egen sykdom blir grunnlag for slike avgjørelser. Det vektlegges i denne stortingsmeldingen at sykdom, skader og funksjonshemminger både av psykisk og fysisk art er noe som hører med i menneskelivet og at det er noe vi alle vil oppleve en eller flere ganger i løpet av livet. Helsevesenets viktigste oppgave i møte med disse syke og svake er da å støtte opp under den enkelte sin rett til selv å bestemme over sitt eget liv. Pasientenes opplevelse av maktesløshet kan oppleves overveldende ved sykdom, og de trenger støtte for at deres ukrenkelige menneskeverd skal bli bevart<sup>230</sup>.

Selvbestemmelsesretten (retten til autonomi) har blitt mer og mer sentral igjennom den siste delen av 1900-tallet, og den står sentralt beskrevet i helsetjenestelovene som Stortinget vedtok i 1999<sup>231</sup>. Selvbestemmelsesretten må sies å være et kjernepunkt for forståelsen av hva integritet i helsetjenesten handler om. Sentralt i dette er det, at pasientene som er dårligst, ikke har en reel mulighet til å gjøre gode valg, fordi de ikke ser følgene av valgene sine. I slike situasjoner er det ekstra viktig at helsepersonellet er klar over at selv den som mangler evne til

---

<sup>227</sup> St.meld. nr.26 (1999-2000)

<sup>228</sup> Lov om menneskerettigheter (1999)

<sup>229</sup> St.meld. nr.26 (1999-2000)

<sup>230</sup> St.meld.nr.26 (1999-2000:29)

<sup>231</sup> Spesialisthelsetjenesteloven – sphsl. (1999-07-02)

Helsepersonelloven – hlspl. (1999-07-02)

Pasientrettighetsloven (1999-08-02) I: St.mld.nr.26 (1999-2000)



ta egne valg har krav på respekt for sin integritet. For det «sårbare mennesket», mennesket som ikke fremstår som sterk og autonomt, kreves det en enda støtte etisk bevissthet og høy moralsk standard fra behandlerne, for å verne om deres ukrenkelige menneskeverd, enn for de sterke og autonome pasientene. Det finnes knapt andre samfunnsinstitusjoner som så ofte møter mennesker med sviktende autonomi, der respekten for integriteten i det vesentlige består i å verne om det sårbare. Respekt for det sårbare og svake er noe det norske helsevesenet ønsker skal være et kjennetegn for den omsorgen de yter, da pasienter i stor grad er både sårbare og svake når de har behov for kontakt med helsetjenesten<sup>232</sup>. Dette igjen betyr at helsetjenesten står i stor fare for å krenke menneskeverdet hvis de ikke er oppmerksomme og varsomme. Stortingsmeldingen sier at helsetjenesten må passe seg for ikke å bruke posisjonen (makten) sin upassende, ved å styre utilbørlig, og at dette er en alvorlig fallgrube for helsetjenesten. Slik styring kan lett få preg av å være et overgrep overfor pasienten, selv om det kan være gjort i beste mening. Formålet med blant annet lover som styrker pasientrettighetene (eks. Lov om pasient- og brukerrettigheter) er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten. Denne loven skal bidra til å øke tillitsforholdet mellom pasient og helse- og omsorgstjenesten, og ved å fremme pasientens sosiale trygghet og ivaretagelse av respekten for pasients liv, integritet og menneskeverd<sup>233</sup>.

I dette kapitlet har det norske helsevesenets høye moralske standard for helsetjenestene sine blitt beskrevet gjennom henvisning til stortingsmelding 26 og gjeldende lover. Denne normative litteraturen viste at ikke noe annet enn det beste er godt nok for pasientene, og at holdninger som ble løftet fram som essensielle i den norske helsetjenesten var; likeverd, effektivitet, vern om menneskeverdet, respekt for hver enkelts autonomi, myndiggjørelse, respekt, varsomhet og oppmerksomhet.

#### **4.4 Holdningsetikk relevant for sykepleierens relasjoner**

Som forskningen tidligere i avhandlingen har speilet, og teorien om overveid handling viser til, kan det være nødvendig med retningslinjer og fokus på gode holdninger i sykepleien på grunn av den nære relasjon mellom holdninger og handlinger. Nortvedt (2008) skriver at en grunnleggende kunnskapsmessig dimensjon ved sykepleien bør være etikk, og at etisk bevissthet er en helt sentral forutsetning for god sykeleie. Denne etiske bevisstheten er

---

<sup>232</sup> St.meld.nr.26 (1999-2000)

<sup>233</sup> St.meld.nr.26 (1999-2000)

betingelsen for å se og vurdere det som er klinisk betydningsfullt og relevant. Denne bevisstheten forutsetter en oppmerksomhet for verdier<sup>234</sup> som står på spill, for verdighet<sup>235</sup> eller selvbestemmelse som blir krenket<sup>236</sup>. Holdninger er bærere av verdier som kommer til uttrykk gjennom handlingene våre<sup>237</sup>. Asheim (1997) sier det slik at det er en uoppløselig sammenheng mellom sykepleierens handlemåte og handlingsvalg. Holdningsaspektet er ikke noe som kommer i andre rekke, men det er utslagsgivende for hvilken pleie som gis. Det vil i ytterste konsekvens si at det er holdningene som bestemmer om sykepleieren ser eller overser behovene rundt seg<sup>238</sup>. I undersøkelser av arbeid med konkrete yrkes og samfunnsproblemer viser det seg at holdninger er et «nøkkelbegrep», og at sykepleiere ganske tydelig, men ofte ubevisst gir uttrykk for sine følelsesmessige holdninger i samhandling med pasienten<sup>239</sup>. I omsorgsyrkene er det ikke bare den ytre handlingen som betyr noe, men kanskje like viktig er hvilken måte handlingen utføres på. Nortvedt (2012) skriver at holdningenes etiske betydning i sykepleien oftest kommer til uttrykk gjennom sykepleierens vennlighet, høflighet, oppmerksomhet, varsomhet i stellet, faste håndlag og åpenhet for samtale og refleksjon. Det særegne ved omsorg er nettopp den holdningen som uttrykker seg i omsorgen<sup>240</sup>.

#### 4.4.1 Holdningsetiske teorier

Nortvedt (2012) skriver videre at all atferd som oftest alltid inneholder et holdningsuttrykk, noe som uttrykkes uansett om en vil eller ikke<sup>241</sup>. Dette fenomenet kan forklares ved å si at sykepleierens holdninger og intensjoner «gjennomstyrer» omsorgen, og at disse holdningene har store konsekvenser for omsorgsutøvelsen. Derfor er det ekstra viktig for sykepleiere og andre omsorgsutøvere å være bevisst sine egne holdninger, da det preger samspillet i

<sup>234</sup> Verdi: «Verdi er i utgangspunktet et økonomisk begrep, men har nå fått en ganske utvidet betydning innenfor etikken og dagligspråket. Verdi beskriver noe grunnleggende verdifullt for mennesket. Moralske verdier kan eksempelvis være; kjærlighet, tillit, rettferd, solidaritet, ærlighet og likeverdighet.

«Verdier er stabile mål, idealer og prioriteringer som kommer til uttrykk gjennom reflekterte verbale utsagn og/eller gjennom handlingsmønstre». Aadland (1998:122-123)

<sup>235</sup> Verdighet/dignity: «Menneskelig verdighet innebærer en indre frihet og ansvar for ens egne og andres liv». Edlund M. (2002:55) «...verdighet har hvert enkelt menneske, uten unntak, fra livets definitive begynnelse til livets like definitive avslutning. Naturgitt som den er, vedblir denne verdighet med å være intakt og uberørt av alle ytre relasjoner og påkjenninger. Den kan ikke tapes, uansett hvor stigmatisert eller infernalsk livet blir. Verken sykdom, smerter, lidelse, psykisk utviklingshemning eller en demensutvikling forårsaker noe tap av verdighet». Frost, T. (u.å.)

<sup>236</sup> Nortvedt (2008:127)

<sup>237</sup> Nortvedt (2012:58-59)

<sup>238</sup> Asheim (1997:19)

<sup>239</sup> Asheim (1997:11-13), Brinchmann (2008:38)

<sup>240</sup> Nortvedt (2012:58-59)

<sup>241</sup> Nortvedt (2012:59)

relasjonene på godt og vondt<sup>242</sup>. Det vi ser her, er at det som har størst betydning ikke er hva en gjør, men hvordan en velger å gjøre det. Det er det ikke-verbale uttrykket som viser disse holdningene og intensjonene gjennom ansiktsuttrykk, gester og kroppsholdning. Dette er en viktig kunnskap å ha med seg inn i sykepleieryrket, ikke bare når en selv skal prøve å gjøre seg forstått, men også når en skal oppfatte andres budskap. Følelser og holdninger gir kunnskap om andre menneskers sinnstilstand, opplevelser og erfaringer som ikke blir formidlet på annen måte<sup>243</sup>. Det er likevel ikke slik at en ikke kan ta seg sammen, og gjøre en god jobb, i sammenhenger der en er sliten og pasienter eller pårørende er ekstra krevende. Det er viktig å alltid strebe etter å være tålmodig, diplomatisk og vennlig, og alltid svare høflig uavhengig av egne følelser<sup>244</sup>.

Nortvedt (2012) legger samtidig vekt på at sykepleieren bør inneha noen grunnleggende gode verdier og holdninger for at omsorgsutøvelsen skal oppleves god og ekte fra pasientens side. Sykepleieren vil fort kunne kapitulere hvis hele praksisen bygges på kun tillærte verdier og holdninger som ikke er fundert i en identitet<sup>245</sup>. Dette skiller seg tydelig fra Ajzen og Fishbeins store vektlegging på atferdskontroll<sup>246</sup>. Nortvedt (2012) vektlegger at hvis ikke sykepleieren innehar disse gode holdningene, vil sykepleieren bruke mye krefter på å prøve å forstå pasientens situasjon, og forsøke å skjerpe seg i den daglige pleien for å gi god omsorg. Den siden av holdningsbegrepet som omhandler personlige egenskaper er det jeg tidligere har beskrevet som «dyder» og er viktige egenskaper ved personens væremåte som har utviklet seg i personen gjennom et langt liv med sosialisering og læring<sup>247</sup>.

Dydsetikken har en lang historie innenfor omsorgstradisjonen, der den i hovedsak fokuserer på pleierens personlige kvaliteter i møte med pasienten<sup>248</sup>. På bakgrunn av dette kan det være et problematisk fundament for en profesjonell relasjon. Derimot finnes det andre etiske prinsipper<sup>249</sup> som har vist seg å være helt grunnleggende innenfor omsorgstradisjonen i nyere tid. De viktigste etiske prinsippene i sykepleien har vist seg å være Beauchamp og Childress (1978) sine «fire prinsippers etikk»; velgjørenhet, ikke skade, respekt for autonomi og rettferdighet. Her uttrykkes verdier som legger vekt på pasientens rett til informasjon, pasientens samtykkerett ved pleie og behandling og idealer om likhet og likebehandling i

<sup>242</sup> Nortvedt (1993) I: Asheim (1997:19)

<sup>243</sup> Nortvedt (2012:59), Nortvedt (2008:75-76)

<sup>244</sup> Nortvedt (2012:58-59)

<sup>245</sup> Nortvedt (2012:58-59)

<sup>246</sup> Ajzen (1988:103-197), Ajzen (2005a:91-94), Hogg og Vaughan (2011:158)

<sup>247</sup> Nortvedt (2008) I: Nortvedt (2012:58-59)

<sup>248</sup> Nortvedt (2012:60-62)

<sup>249</sup> «*Etiske prinsipper er generelle uttrykk for bestemte verdier*» Nortvedt (2012:49)

helseomsorgen<sup>250</sup>. Et annet helt essensielt etisk prinsipp som Nortvedt (2012) trekker fram er barmhjertighetsprinsippet<sup>251</sup>. I Sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer slås følgende fast:

*Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene og være kunnskapsbasert<sup>252</sup>*

Både Norsk Sykepleierforbund og Den norske legeforening slår gjennom sine yrkesetiske retningslinjer fast at barmhjertighet skal være et viktig hensyn i helsehjelpen profesjonene yter<sup>253</sup>. Det kommer ikke konkret fram hva barmhjertighet er ut fra disse dokumentene, men det underbygger et ideal om spontan og umiddelbar omsorg for den som er hjelpetrengende. Nortvedt (2012) beskriver at Kari Martinsen som filosof og sykepleieteoretiker har fremhevet idealet om den barmhjertige samaritan som en viktig etisk fortelling i sykepleien<sup>254</sup>. Barmhjertighet som etisk prinsipp minner sykepleieren på å vise medfølelse og omtanke for den enkelte pasient. Prinsippet kan også anses som et prioriteringsprinsipp, der barmhjertighetsprinsippet står som en påminnelse om å kunne ta individuelle hensyn også når en møter vanskelige prioriteringer<sup>255</sup>. Kari Martinsen har som sykepleieteoretiker vært spesielt opptatt av å analysere det hun mener er etiske fenomener i sykepleiens praksis. Hun fremstiller sykepleie som en moralsk praksis der etiske prinsipper er en integrert del av sykepleiepraksisen<sup>256</sup>. Sykepleieren er pliktet til å hjelpe pasientene med deres helseproblemer helt uavhengig av pasientens ressurser, sosial status, oppførsel eller forskjellige standpunkt og meninger. I følge Martinsen (2003) er det moralske ansvaret ulikt fordelt fordi sykepleieren har et spesielt ansvar overfor «de svakeste» pga. deres sårbarhet, og mot urettferdighet i samfunnet. Sykepleieren skal stå til tjeneste for de mest utsatte gruppene i samfunnet, som blant annet de med rus-, psykiske- og sosiale problemer. Deretter vektlegger Martinsen (2003) at empati er en essensiell holdning som sykepleierne bør inneha. Sykepleieansvaret skal ikke bare være innrettet mot pasientens faktiske helseplager og sykdomstilstand, men også mot deres opplevelse av helseproblemene sine<sup>257</sup>. Nortvedt (2012) er enig med Martinsen og skriver at handlingene til sykepleierne må være gode og skape mest mulig godt. Han vektlegger at kravet om å handle godt vil si å vektlegge holdningenes plass i pleien, gjennom vennlighet og åpenhet i samhandlingen, og gjennom varsomhet og omtanke i stellet når det trengs<sup>258</sup>. Nortvedt (2012) skriver at noe av det viktigste for en pasient er å bli sett, anerkjent

<sup>250</sup> Nortvedt (2012:95-98)

<sup>251</sup> Nortvedt (2012:99)

<sup>252</sup> NSF (2011), Nortvedt (2012:99)

<sup>253</sup> NSF (2011), Den norske legeforening (2002)

<sup>254</sup> *Hennes tolkning av denne bibleske historiens forhold til sykepleie kommer jeg tilbake til litt senere i dette kapitlet.*

<sup>255</sup> Nortvedt (2012:99)

<sup>256</sup> Nortvedt (2012:54)

<sup>257</sup> Martinsen (2003) I: Nortvedt (2012:54)

<sup>258</sup> Nortvedt (2012:49)

og hørt<sup>259</sup>. Dette handler om å ta pasienten på alvor, vise omsorg og åpenhet i møte med den sårbare pasienten. Disse holdningene er utgangspunkt for god omsorg og optimal sykepleieutøvelse.

Jeg har i dette kapitlet gjort rede for Nortvedts (2008, 2012) tanker om viktigheten av etisk bevissthet og gode holdninger i sykepleien. Dette samsvarer med Asheim (1997) og Brinchmanns (2008) holdningsforståelse er et helt grunnleggende aspekt som sykepleieren ganske tydelig, men ofte ubevisst gir uttrykk for i samhandling med pasienten. Det ble også beskrevet at kroppsspråket er ganske viktig med tanke på formidling av holdninger, og at det derfor er essensielt å ha kunnskaper om dette i møte med pasienten. Nortvedt (2012) vektla at det alltid burde være et mål for sykepleieren å strebe etter å være tålmodig, diplomatisk og vennlig, og alltid svare høflig uavhengig av egne følelser. De viktigste etiske prinsippene i sykepleien har vist seg å være Beauchamp og Childress (1978) sine «fire prinsippers etikk»; velgjørenhet, ikke skade, respekt for autonomi og rettferdighet. Nortvedt (2012) trekker også fram et annet helt essensielt etisk prinsipp innenfor sykepleien nemlig barmhjertighet. Disse etiske teoriene er holdningsetiske fordi de favner holdninger som disse teoretikerne mener påvirker omsorgen i relasjonen mellom sykepleier og pasient. Ut i fra litteraturen som nå er presentert ser vi at de holdningene Asheim (1997) og Brinchmann (2008) innledningsvis i kapittel fire satte som standard for sykepleien, også i teorien løftes opp som ideelle i sykepleien. Disse holdningene er respekt, empati, ærlighet, omsorg, barmhjertighet, ydmykhet, toleranse og oppriktighet<sup>260</sup>.

#### 4.4.2 Yrkesetiske retningslinjer og ansvar

Når vi nå ser på holdninger og etiske normer i helsevesenet, så er det helt naturlig å dra fram sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer. I dette kapitlet skal vi ikke bare se på de yrkesetiske retningslinjene, men Lov om helsepersonell § 4-6 vil også bli trukket fram for å underbygge disse etiske retningslinjene<sup>261</sup>. Deretter skal essensen av de yrkesetiske retningslinjene med relevans for oppgaven presenteres med hovedvekt på ønskede holdninger. Et utvalg av disse holdningene vil bli presentert i slutten av kapitlet.

I 2010 var det sysselsatt 190 000 personer i det norske helsevesenet der sykepleierne representerte den største yrkesgruppen på 87 000 sysselsatte<sup>262</sup>. Som vi ser av tallene

<sup>259</sup> Nortvedt (2012:122)

<sup>260</sup> Brinchmann (2008) (oppsummering av holdninger som er kommet fram i boken), Asheim (1997:20)

<sup>261</sup> De yrkesetiske retningslinjene er ikke juridiske i seg selv, og fungerer bare som retningslinjer. Samtidig stemmer de overens med lovverket og det er grunnleggende å være klar over. NSF (2011)

<sup>262</sup> Køber, Tonje og Vigran, Åsne «Arbeidstid blant helsepersonell: Stort omfang av deltidsarbeid» <http://www.ssb.no/samfunnsspeilet/utg/201102/11/>,

dominerer sykepleierne kontakten med pasienten, og de har derfor stor innvirkning på utfallet av pasientens behandling. En bør heller ikke undervurdere sykepleierens forbilledlige rolle for annet helsepersonell<sup>263</sup>. Det er derfor på mange plan viktig at sykepleieren er bevisst i sine egne handlinger og behovet er stort for etiske regler som kan være med å sikre den oppfølgingen pasientene får. I sykepleierens refleksjon over etiske plikter må hun eller han i tillegg til sine yrkesetiske retningslinjer ta hensyn til juridiske lover og retningslinjer, samt allmenmmoralen i samfunnet<sup>264</sup>.

Eksempler på slike føringer finner vi i en ny forskrift for verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien 2010) som er hjemlet i Lov om kommunehelsetjenester § 1-3A 1982 og i lov om sosialtjenester § 4-6 1991. Samtidig er kanskje den mest sentrale juridiske føringen for sykepleie grunnet i helsepersonell loven<sup>265</sup> § 4: «*Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig*»<sup>266</sup>.

Her vektlegges faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som to grunnpillarer innenfor helsetjenesten. I praksis betyr faglig forsvarlighet for at sykepleieren skal innrette seg etter det som anses å være god utøvelse av yrket<sup>267</sup> som vi f.eks. er beskrevet i yrkesetiske retningslinjer. Videre beskrives helsepersonellens plikt til å utføre omsorgsfull hjelp. Nortvedt (2008) viser til at omsorgsfull hjelp i dette tilfellet kan være å møte pasienten med empati og vennlighet, og å ta hensyn til den aktuelle situasjonen og krise pasienten er i<sup>268</sup>.

Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer viser at sykepleierens primære forpliktelse og lojalitet er overfor pasienter og pårørende<sup>269</sup>. Utøvelsen av sykepleie bygger på et politisk definert samfunnsmandat om å hjelpe mennesket, sykt eller friskt til å dra omsorg for seg selv, eller ved å kompensere for dette hvis egenomsorgen svikter. Sykepleieren har dermed fått en spesiell posisjon pga. sitt politisk bestemte oppdrag som høyt kvalifiserte fagperson ved å yte hjelp til pasienter og pårørende, samt ved å ivareta viktige funksjoner i helsetjenesten<sup>270</sup>. Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer fra 2001 slår fast at grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet. Det slås også fast at sykepleieren plikter er å vise omsorg for alle som lider, uansett hva årsaken til lidelsen måtte være. Med utgangspunkt i den enkelte pasients opplevde situasjon må sykepleieren erkjenne

---

<sup>263</sup> Nortvedt (2008:19-20)

<sup>264</sup> Eide og Eide (2007:122)

<sup>265</sup> Nortvedt (2012:119)

<sup>266</sup> Lov om helsepersonell (1999)

<sup>267</sup> Nortvedt (2008:121-122)

<sup>268</sup> Nortvedt (2008:123)

<sup>269</sup> Eide og Eide (2007:121)

<sup>270</sup> Nortvedt (2008:124), Eide og Eide (2007:121)

pasientens sårbarhet, og ivareta hans eller hennes integritet og verdighet<sup>271</sup>. Den reviderte utgaven av disse retningslinjene fra 2011 legger også til hvordan sykepleierens menneskesyn og grunnleggende verdier bør vernes i praksis. Sykepleierens fundamentale plikt omfatter å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død. Pleien skal være basert på omsorg, barmhjertighet og respekt for de grunnleggende menneskerettighetene. I de yrkesetiske retningslinjene blir sykepleiers etiske standard beskrevet, en praksis som sykepleieren bør strekke seg etter for å sikre god praksis innen profesjonen, både overfor pasient, pårørende, medarbeidere, arbeidsstedet og samfunnet<sup>272</sup>.

I utgaven fra 2001 står det beskrevet at sykepleieren skal vise omsorg for alle som lider, uansett årsak bak lidelsen. Utgaven fra 2011 har endret litt på formuleringen ved å skrive at sykepleierens aktivt skal bidra til å være imøtekommende overfor «sårbare grupper» med særskilte behov for helse- og omsorgstjenester. Dette er to viktige yrkesetiske prinsipper som setter ord på noe av problematikken som nettopp ligger i møte med rusmisbrukere i helsevesenet. Disse retningslinjene argumenterer for likebehandling ved å peke på sykepleierens plikt til å møte alle pasienter, selv de som har uønsket atferd, uten fordommer<sup>273</sup>. Særlig er disse holdninger relevante i møte med rusmisbrukere i helsevesenet, fordi denne pasientgruppen er en sårbar gruppe som nettopp har et særskilt behov for helse og omsorgstjenester. Som det er nevnt tidligere i denne avhandlingen opplever rusmisbrukerne utfordringer på mange plan og det har de sannsynligvis gjort over mange år. Konsekvensene av misbruket har påvirket deres helse, men også selvfølelsen og selvbilde. Vi har sett at rusmisbrukerne har vendt seg til stigmatisering og diskriminering på daglig basis. Sykepleierens viktige ansvar blir da å ta avstand fra denne uverdige behandlingen ved å formidle respekt, empati, barmhjertighet, varsomhet, tydelighet, rettferdighet og omsorg uavhengig av hva årsaken til lidelsen måtte være<sup>274</sup>.

#### **4.5 Holdninger og verdier i et diakonalt perspektiv**

For meg har det vært viktig å beskrive hvordan begrepet og fenomenet holdninger er høyst relevant for samhandlingen mellom mennesker, og hvordan diakonien har noe å tilby inn i dette møte mellom mennesker. Etikk og livssyn står i en tett relasjon til hverandre, og slik er det fordi hver enkelts etiske overbevisning har sine røtter i menneskesynet deres.

Menneskesynet kan for eksempel være grunnet i en forståelse av at mennesket er verdifullt fordi det er skapt i Guds bilde, eller ved en forståelse av at verdien ligger i menneskets evne

<sup>271</sup> NSF (2001)

<sup>272</sup> NSF (2011)

<sup>273</sup> NSF (2001), NSF (2011)

<sup>274</sup> NSF (2001), NSF (2011)

til å bruke fornuft og handle fritt<sup>275</sup>. Når vi handler etisk har vi alle forskjellige motivasjoner bak handlingene våre. Etikkk er ikke først og fremst teorier om virkeligheten, men uttrykk for livstolkning, bevisst eller ubevisst, som igjen gir seg uttrykk gjennom handling som f.eks. praktisering, og ytring av livssyn eller religiøse oppfatninger<sup>276</sup>. Henriksen og Vetlesen (2006) skriver at etikken får en dypere forankring, som også er knyttet til personlig identitet og overbevisning dersom den er religiøst- eller livssynsmessig begrunnet<sup>277</sup>. Slik er det fordi denne overbevisningen har et klart utformet syn på hva mennesket er, hva det skal- og bør være<sup>278</sup>. Det som kjennetegner kristent menneskesyn er kanskje først og fremst hvor stor verdi mennesket er blitt gitt gjennom at de er skapt i Guds bilde. Gud gjorde mennesket til det største i sitt skaperverk, og utstyrte dem med fri vilje i motsetning til dyrene som ble bundet av instinkter<sup>279</sup>. Denne måten å forstå menneske på er også på mange plan integrert i diakonien. Diakoniplanen (2008) skriver det slik: «*Vi er utlevert til hverandre og vi er avhengige av hverandre og alt annet som lever.*» Dette er en skapelsesteologisk måte å forstå menneske på, og at dette er en viktig del av grunnlaget for diakoniens omsorgstjeneste. Dette får konsekvenser for hva omsorgsutøvelsen skal inneholde. Dette synet gir en verdighet til den som trenger hjelp uavhengig av helperens subjektive vurderinger<sup>280</sup>.

I dette kapitlet skal vi først se på hvordan den diakonale holdningen barmhjertighet har vært en helt essensiell og en grunnleggende motivasjon bak sykepleiepraksisen. Deretter skal vi se på om barmhjertighet fortsatt er like essensiell i sykepleien, ved å se på om denne holdningen gir seg utslag i omsorgen som ytes.

#### 4.5.1 Barmhjertighet som en sentral diakonal holdning innenfor sykepleien

Fanuelsen (2009) skriver at Jesus gav uttrykk for et sentralt livsprinsipp til etterfølgelse da han beskrev at han ikke var kommet for å la seg tjene, men for å tjene andre. Dette tjenende livsprinsippet berører hele livet og snur opp ned på de tradisjonelle relasjonene mellom mennesker. For diakonien har dette nye idealet stor betydning, og det uttrykker noe overgripende, en livsholdning og et livsprinsipp som preger omsorgen<sup>281</sup>. Han skriver også at omsorg alltid vil være preget av verdier, og konteksten den er en del av<sup>282</sup>.

Foss (2005) skriver at omsorg og barmhjertighet for mennesker i nød alltid har vært

<sup>275</sup> Henriksen og Vetlesen (2006:241-247)

<sup>276</sup> Henriksen og Vetlesen (2006:242)

<sup>277</sup> Livssyn: forklares som en «*livsanskuelse, mer eller mindre sammenhengende og teoretisk begrunnet oppfatning av menneskelivets vilkår, funksjoner, oppgaver, mål og mening. Betegnelsen brukes noen ganger synonymt med moral*». Store Norske leksikon (2011)

<sup>278</sup> Henriksen og Vetlesen (2006:243)

<sup>279</sup> Heiene og Thorbjørnsen (2001:49)

<sup>280</sup> Kirkerådet 2008:9 I: Fanuelsen (2009:149)

<sup>281</sup> Fanuelsen (2009:145)

<sup>282</sup> Fanuelsen (2009:148)



universelle verdier som har blitt aktualisert i historie og samtid gjennom ulike religioner og kulturer. Utøvelsen av barmhjertighet har i vår vestlige kulturtradisjon særlig vært knyttet til kirkelig diakoni og kristen omsorg blant syke, fattige og hjemløse<sup>283</sup>. Omsorg og diakoni er to nært beslektede fenomener, det bekrefter også Kirkerådet i sin definisjon fra 2010 som sier at «diakoni er kirkens omsorgstjeneste»<sup>284</sup>. Denne omsorgstjenesten er i følge Kirkerådet (2010) evangeliet i handling, og omsorgen uttrykkes igjennom nestekjærlighet, inkluderende fellesskap, vern om skaperverket og kamp for rettferdighet<sup>285</sup>. Vi kan se at disse betegnelse og andre formuleringer av diakoni beskriver *omsorg* på en eller annen måte<sup>286</sup>.

Sentral for diakoniens omsorgsutøvelse er også den Bibelske fortellingen om den barmhjertige samaritan, som i utgangspunktet var en forklaring av det dobbelte kjærlighetsbudet<sup>287</sup>. Det finnes mange måter å tolke denne lignelsen på, men essensen i fortellingen er at den skal gi et eksempel på hva barmhjertighet er og rammebetingelsene for denne barmhjertigheten<sup>288</sup>. Denne bibelske fortellingen viser en grenseoverskridende nestekjærlighet som utvider kjærlighetsbegrepet som tidligere er blitt beskrevet i den nytestamentlige brevlitteraturen. Tidligere har fokusert vært på omsorg mellom kristne, mens fortellingen om den barmhjertige samaritan viser hvordan det ikke skal være noen grenser for hvem som kan yte og hvem som kan motta omsorg. Ydmykhet er også en grunnholdning som kommer fram i denne fortellingen, fordi den som yter omsorg er villig til å gi avkall på sin status ved å hjelpe den forslåtte mannen i veikanten. Nestekjærlighet og ydmykhet er grunnverdier som kommer fram i denne bibelske fortellingen som viser til at menneskets verdi er uavhengig av status og gruppetilhørighet<sup>289</sup>.

Sykepleieteoretikeren og filosofen Kari Martinsen (2000) refererer til sykepleieren og diakonissen Rikke Nilsen (1877) som beskriver sykepleierens mål i møte med sinnslidende pasienter var å si at *sykepleieren må strebe etter å vinne den sykes tillit ved å vise et vennlig vesen og en hjertelig deltagelse*<sup>290</sup>. Martinsen (2000) skriver at målet om å vinne pasientens tillit er en viktig grunnholdning inn i sykepleiefaget som sykepleieren med fordel bør strebe etter, for å gi best mulig sykepleie. Hun skriver videre at å vise og fortjene tillit er en anerkjennelse av den andre, og en aktelse for den andres liv ut fra et grunnleggende

---

<sup>283</sup> Foss (2005:9)

<sup>284</sup> Kirkerådet (2010:09)

<sup>285</sup> Kirkerådet (2010:09)

<sup>286</sup> Fanuelsen (2009:141)

<sup>287</sup> Bibelen, Luk 10, 25-37

<sup>288</sup> Christoffersen (2012:142)

<sup>289</sup> Theissen (2004) I: Christoffersen (2012:144)

<sup>290</sup> Forfatterens frie oversettelse og fortolkning av Rikke Nilsens sitat i *Lærebog i Sygepleie for Diakonisser* (1877:73) Opprinnelig skrevet slik: «Ved et venligt Væsen og hjertelig Deltagelse stræber hun efter at vinde den Sindsyges Tillid...». I: Martinsen 2000:9.

likhetsprinsipp. Ved å vise anerkjennelse og bli den andres tillit verdig gir sykepleieren også verdighet videre ved å vise at det pasientens erfaringer er noe som det er verdt å ta del i og bli kjent med. For å kunne gi alle mennesker verdighet er det viktig å være klar over at mennesket ikke er identisk med sitt liv, men at det forholder seg til sitt eget liv ut fra sin selvforståelse og sine erfaringer<sup>291</sup>. Da er det omsorgsutøverens menneskesyn som er avgjørende for omsorgen som ytes<sup>292</sup>, sammen med institusjonens normer og regler. Når en snakker om menneskesyn innenfor sykepleie, har det en tendens til å dreie seg om menneskesyn som representerer to forskjellige hovedretninger; *holisme* og *reduksjonisme*. *Holisme* er favorisert innenfor sykepleie og innebærer en helhetsforståelse og en livsoppfatning som verdsetter hele menneskets natur. Dette medfører at mennesket blir sett på som en helhet, og at sykepleieren i behandlings- og pleietjenesten må ta i betraktning at pasienten er mer enn en fysisk kropp. *Reduksjonisme* kan betegnes som det motsatte av holisme ved at den gjør det mulig å betrakte menneskekroppen som en maskin, der sjelen ikke er mer enn en iakttakbar atferd<sup>293</sup>. Martinsen (2000) beskriver muligens forskjellene og konsekvensene av disse menneskesynene når hun definerer forskjellen mellom å *sanse* og *registrere*. et problem for omsorgsutøveren er at det er lett å gli fra det å sanse til det å registrere. Når en registrerer, stiller seg i en utenfor-posisjon der en klassifiserer atferd og mennesker. Mennesket reduseres da til et objekt eller et ferdig faktum. Når en sanser derimot åpner en opp for å oppleve hele mennesket, både deres konkrete- og abstrakte side. Sansningen åpner for ikke bare å registrere, men også for å forstå denne pasientens situasjon og tilværelse<sup>294</sup>.

Martinsen (2000) introduserer den bibelske fortellingen om den barmhjertige samaritan<sup>295</sup> for å tydeliggjøre forskjellen mellom å *sanse* og å *registrere*. Hun henviser til Hagemann (1936) som beskriver grunnlaget for sykepleie ved å si at «*Sykepleien er direkte utsprunget av den kristelige barmhjertighet. [...] Jesu enkle ord i liknelsen om den barmhjertige samaritan: «Plei ham» - det er budet og befalingen som ligger til grunn for all sykepleie*»<sup>296</sup>. Martinsen (2000) sier at i disse ordene til Jesus ligger det både hjertelag og faglighet, som begge bør være en del profesjonell omsorgsyttelse. Helsevesenets historie er stert preget av fortellingen om den barmhjertige samaritan der den er blitt brukt som en eksempelfortelling med en forbilledlig funksjon for flere av helsevesenets profesjoner. Fortellingen er også blitt sett på

<sup>291</sup> Martinsen (2000:9-10)

<sup>292</sup> Nortvedt og Grimen (2004) I: Brinchmann (2008:25)

<sup>293</sup> Brinchmann (2008:25)

<sup>294</sup> Martinsen (2000:9-10)

<sup>295</sup> Bibelen, Luk 10,25-37

<sup>296</sup> Hagemann (1936:8) I: Martinsen (2000:15)

som en grunnfortelling innenfor omsorgsetikken<sup>297</sup>, som forklarer omsorgens etiske motivasjon. Fortellingen gir et konkret bilde av den erfarte virkeligheten, ved at den viser hvor avhengige, sårbare og utsatte vi er overfor andre mennesker. Fortellingen formidler et møte mellom fremmede som yter hjelp, men den viser også hvordan en lett kan forsømme sine medmennesker slik de som gikk forbi gjorde<sup>298</sup>. Samaritanen er åpen for inntrykk og bruker sansene for å forstå situasjonen, og nøden i situasjonen appellerer- og oppfordrer til handling. En viktig del av denne fortellingen er også de som *registrerer*, men som går forbi. Disse tenker kun rasjonelt og konkluderer med at de ikke har noen plikt til å hjelpe denne mannen, ut i fra deres kultur og lover. For den som yter barmhjertig omsorg vil det si at når en står overfor mennesker som trenger hjelp er det nødvendig å våge å ta inn over seg det sansene oppfatter<sup>299</sup>. Det handler både om å være åpen for å la seg berøre i møte med hele mennesket og å kombinere det med sin faglige kunnskap, for å møte mennesker på en best mulig måte. Denne *sansende* tilstanden vil være ekstra viktig å gå inn i sykepleieren skal yte omsorg overfor rusmisbrukere i helsevesenet, fordi deres nød ofte kan være så omfattende at en ikke vet hvor en skal starte. Det kan også være at det enkleste for sykepleieren vil være å registrere, men ikke å gå for dypt ned i problematikken fordi det ikke finnes ressurser til dette.

#### 4.5.2 Diakoni, omsorg og etikk

Innenfor den jødisk-kristne tro har det alltid vært en spesiell sammenheng mellom tro og gjerninger, og før Kristus var det menneskers lovlydighet som skulle frelse dem i følge Det Gamle Testamentet. Etter Kristus kom ble dette bilde noe nyansert, ved at Kristus viste til at en ikke lenger skulle bli frelst bare på grunn av gjerninger, men på grunn av troen alene. Gjerningsaspektet hører ikke hjemme i rettferdiggjørelsen lenger, men den er fortsatt en essensiell del av trosutøvelsen Kristus oppsummerte Moseloven og De ti bud som de jødisk-kristne tidligere hadde fulgt og gav dem å følge bibelens to kjærlighetsbud som en oppsummering av loven. Disse to kjærlighetsbudene omfatter normen å elske Gud og alle ens medmennesker, jfr Matt. 22,34-40<sup>300</sup>. Den kristne etikken formidler at en skal leve på en måte som er motivert og preget av kjærlighet. Det overordnede perspektivet innen kristen etikk er hvorvidt handlingene skjer for Herren, og om de stemmer overens med Guds skapervilje. Mange hverdagslige situasjoner må vurderes på denne åpne måten<sup>301</sup>.

<sup>297</sup> Martinsen (2000:16)

<sup>298</sup> Martinsen (2000:16)

<sup>299</sup> Martinsen (2000:18-20)

<sup>300</sup> «'Du skal elske Herren din Gud av hele ditt hjerte og av hele din sjel og av all din forstand.' Dette er det største og første budet. Men det andre er like stort: 'Du skal elske din neste som deg selv.' På disse to budene hviler hele loven og profetene». Bibelen, Matt. 22, 34-40

<sup>301</sup> Heiene og Thorbjørnsen (2001:50-51)

Kjell Nordstokke (2011) beskriver diakoni som en tjeneste på oppdrag fra Gud. Gud har gitt diakonien en myndighet, med sikte på å løfte opp undertrykte, gi verdighet til den som behøver det, og styrke de ekskluderte. En kan si at diakoni uttrykker kirkens helbredende tjeneste som jobber for helbredelsen av verden<sup>302</sup>. Diakoni er et begrep som vanligvis bare har beveget seg innenfor den kristne sammenheng, fordi den er motivert av Kristi kjærlighet.

Betegnelsen diakoni har i mange sammenhenger blitt brukt og forstått som nestekjærlighet og barmhjertighet, og det har gjerne vært knyttet til kristne personer eller institusjoner. Diakoni kan ses på som en barmhjertighetsgjerning båret fram som frukt av en personlig kristen tro<sup>303</sup>.

Fanuelsen (2009) stiller seg litt undrende til at barmhjertighet i betydningen omsorg skal være diakoniens substans og dype innhold. Ved å likestille barmhjertighet med et så allment begrep som omsorg, lurer han på om det kristne aspektet forsvinne helt? Her viser han til at det kan være noe eksklusivt ved den diakonale omsorgen, samtidig som han selv tar avstand fra dette ved å hevde at det nødvendigvis ikke er en motstand mellom allmenn og kristen oppfatning av omsorgsbegrepet. Dette begrunner han med bibelverset fra Luk 6,36 som sier «*Vær barmhjertige, slik deres far er barmhjertig*». Fanuelsen (2009) skriver at det er sammenheng mellom menneskenes liv og erfaring, og at det å være barmhjertig er noe som alle kan etterleve fordi en har livserfaringen som tilsier hva barmhjertighet er<sup>304</sup>.

Fanuelsen (2009) viser til hvordan omsorgsbegrepet kan være delt inn i to hovedgrupper; alminnelig medmenneskelig omsorg som ofte er uoppfordret og spontan, eller profesjonell/allmenn omsorg som er organisert og bygger på kompetanse som er opparbeidet gjennom utdanning og praksis<sup>305</sup>. Foss (2005) skriver at Kirkerådets definisjon av diakoni fra 2001 er klar og gir en tydelig retning ved at den sier at diakoni skal inneholde omsorg. Hans spørsmål til ettertanke er da hvordan forholdet mellom omsorg og diakoni skal forstås? Kan en skille kirkens diakoni som er Kristus-inspirert omsorg fra all annen medmenneskelig humanistisk inspirert omsorg? Har kirkens diakoni en kvalitet som skiller seg vesentlig fra annen omsorg som ytes, og hva betyr den kirkelige forankringen hvis sammenhengen ikke er tydelig<sup>306</sup>? Foss (2005) viser til at ordet diakoni på gresk betyr *tjeneste*, og at dette ikke opprinnelig hadde noen religiøse undertoner<sup>307</sup>. På en annen side hevdes det at forkynnelsen er diakoniens egenart og bibelske fundament, forstått som evangeliet i handling. Dette betyr at diakoni som tjeneste har fått en kristen betydning etter at det ble tatt i bruk av de første

---

<sup>302</sup> Nordstokke (2011:50)

<sup>303</sup> Oftestad (2001)

<sup>304</sup> Fanuelsen (2009:142)

<sup>305</sup> Fanuelsen (2009:141)

<sup>306</sup> Foss (2005:9-10)

<sup>307</sup> Foss (2005:10,40)

kristne. For diakonal omsorgsutøvelse er det dobbelte kjærlighetsbudet spesielt retningsgivende fordi omsorg og nestekjærlighet har en slik tett relasjon<sup>308</sup>.

Diakonien egenart ligger i det faktum at den presenterer den opprinnelige kjærligheten<sup>309</sup>, ved omsorg som er preget av nestekjærlighet<sup>310</sup>. Det dobbelte kjærlighetsbudet har en etisk relevans fordi alle etiske retningslinjer og lover i bibelen skal leses som illustrasjoner og eksempler på hva kjærlighet er, og hva kjærlighetsbudet krever av kristne i dag<sup>311</sup>. Det henvises mange steder i evangeliene til dette kjærlighetsbudet og Christoffersen (2012) skriver at dette bare bekrefter at kjærligheten til Gud og sin neste er det mest vektlagte kriteriet for ønsket menneskers livsførsel<sup>312</sup>.

Omsorg og kjærlighet har mange likhetstrekk, men det skiller seg fra hverandre ved at en ikke må elske noen for å kunne yte omsorg overfor dem<sup>313</sup>. Omsorg uten kjærlighet er en type omsorg som utøves av profesjonelle på vegne av fellesskapet og er hovedsakelig preget av rettferdighet<sup>314</sup>. Vetlesen (2004) viser til en endring de siste par hundre år der en har gått fra å være et samfunn der individet har plikter fordi staten har rettigheter, til et samfunn der staten har plikter, fordi individet har rettigheter. Disse rettighetene har som hovedmål å beskytte hver enkelts autonomi. Den kjærlighetsfulle omsorgen har på mange måter blitt utkonkurrert av dette rettferdighetsprinsippet da dette autonomi prinsippet har et mer individuelt fokus<sup>315</sup>. Foss (2005) konkluderer med at det ikke er lett å avgjøre hvor omfattende en skal forstå diakonien som kristen omsorg i forhold til ren humanitær omsorg<sup>316</sup>. Han vektlegger at svaret på hvor omfattende den kristne omsorgen er, avhenger av hvilket kirkesyn og teologiske forståelse av diakoni en har (jfr. Skapelses teologisk perspektiv). Foss (2005) stiller seg da spørsmålet om hva koblingen mellom kirke og diakoni da er<sup>317</sup>?

Den tyske systematiker og diakoniforskeren Reiner Anselm (1902) sier noe om denne sammenhengen ved å anbefale at diakonien i større grad bør forstås som *«et selvstendig uttrykk for kristendommen, og ikke bare for kirken, - ettersom diakonien er en del av den kristne, vestlige kultur, og ikke bare et indre kirkelig anliggende»*<sup>318</sup>. Dette kan forstås som en oppfordring til å forstå diakoni også som Kristus-inspirert omsorg utenfor kirken. Det bygger

<sup>308</sup> Foss (2005:10)

<sup>309</sup> (De kristne tror at Gud har skapt himmelen og jorden, og alt som fyller den. Derfor ser de på Gud som opphavet til all kjærlighet. Kjærligheten som det er referert til her er den kjærligheten som Jesus Kristus viste verden ved sitt virke her på jorden, definert som ufortjent kjærlighet til mennesker; nestekjærlighet).

<sup>310</sup> Fanuelsen (2009:144)

<sup>311</sup> Christoffersen (2012:135)

<sup>312</sup> Christoffersen (2012:142)

<sup>313</sup> Vetlesen (2004:28), Fanuelsen (2009:144)

<sup>314</sup> Fanuelsen (2009:144)

<sup>315</sup> Vetlesen (2004:28)

<sup>316</sup> Foss (2005:10-11)

<sup>317</sup> Foss (2005:10-11)

<sup>318</sup> Morgenpredigt, Sonntag, 25. Mai 1902, (St. Nicolai) Innere Mission. I: «Predigten» 1898-1948». Utg.: R. Brüllmann/Erich Gräber, München 2001. I: Foss (2005:11)

opp under en forståelse av at diakonien oppstår der Kristi inspirerte mennesker til en hver tid skulle befinner seg<sup>319</sup>.

Foss (2005) skriver at teoriene og den religiøse begrunnelsen spiller en mindre rolle så lenge det ikke er motivasjonen bak omsorgen som står i fokus<sup>320</sup>. Det kan være at en ikke ser noen merkbar forskjell i den daglige omsorgen som ytes mellom diakoni og omsorg i sin alminnelighet, men hvis en ser litt nøyere etter vil en kunne se at diakonien kommer til uttrykk gjennom samtaler og religiøse tilbud, og at diakoni derfor vil fremstå som en kristen tjeneste. Dette vil kunne skje fordi diakonien på mange måter er preget av det enkelte menneskets virkelighetsoppfatning og kunnskapssyn som er fundert i den kristne skapelsesteologien<sup>321</sup>. Foss (2005) undrer seg på om diakoniens eksklusivitet er et resultat av en åndelig kvalitet som en ikke har utenfor de diakonale sirkler<sup>321</sup>, jfr. Fanuelsens (2009) synspunkter om diakoniens eksklusive kjærlighet som forskjellen mellom kristen og allmenn omsorg<sup>322</sup>.

Her har vi sett på hvilke to forskjellige etiske tilnærminger til omsorgsdimensjonen. Allmenn- og kristen omsorgstradisjoner som representerer to motstridende syn på hva som er essensielt i omsorgsutøvelsen; rettferdighet eller barmhjertighet. Det kommer mange synspunkter fram som løfter opp likhetene mellom disse tradisjonene, men jeg har også prøvd å vise til standpunkter for det motsatte. Jeg støtter meg til at diakoni forklart som Kristus-inspirert omsorg har noe unikt å tilby, også inn i en allmenn omsorgssituasjon. Barmhjertighet er unik ved at den viser en type omsorg som er eksklusiv ved at den omfatter alle, uansett status og sosial tilhørighet, fortjent eller ufortjent. Jeg forstår det slik som Anselm (1902) antyder at denne barmhjertighet kan oppstå hvor enn det måtte finnes «diakonale» sykepleiere, også uavhengig av om dette møtet oppstår innenfor eller utenfor kirken. Dette betyr at jeg slutter meg til en diakoniforståelse som sier at diakonien springer ut av skapelsen, ikke menigheten. Denne måten å forstå diakoni på tenker jeg er ekstra relevant ved omsorgsutøvelse overfor stigmatiserte og svake pasientgrupper i helsevesenet. Hadde sykepleierne forstått omsorg som barmhjertighet med det etiske menneskesynet diakoni medfører, vil kanskje også stigmatiserte pasientgrupper fått en enda mer verdig behandling i den allmenne helsetjenesten.

#### **4.6 Oppsummering og avrundning**

I dette kapitlet har vi sett på hvordan det alltid har vært et stort fokus på viktigheten av at sykepleieren skulle inneha gode dyder som foreksempel; ønske om å hjelpe, vise barmhjertighet og kjærlighet. Så har vi sett hvordan fokuset på dyder mer naturlig har flyttet

<sup>319</sup> Fanuelen (2009:149)

<sup>320</sup> Foss (2005:43)

<sup>321</sup> Foss (2005:43) Fanuelen (2009:149)

<sup>322</sup> Fanuelen (2009:114)

seg over på holdninger på bakgrunn av blant annet endringer i språket. En positiv konsekvens av denne språkendringen har vært en ny fokusering på muligheten for atferdsendring, da holdninger ikke på samme måte er forankret i hver enkelts personlighet. Uten disse sterke båndene til personligheten vil også holdningene kunne være enklere å jobbe med og atferden enklere å endre, hvis det skulle være et behov for dette. Deretter har jeg presentere Fishbein og Ajzen psykologisk modell (TRA) som viser hvordan holdningene til sykepleierne kan påvirke omsorgen de yter overfor rusmisbrukere i helsevesenet. Denne modellen har tematisert forholdet mellom holdninger og atferd, samtidig gir den rom for en ambivalens som er særlig relevant i denne sammenhengen. Vi skal i drøftkapittelet se videre på hvordan denne modellen argumenterer for at den kan brukes for å forklare, og løfte fram mulige måter å «kontrollere» sine handlinger på, ved ikke å la holdningene påvirke atferden.

Vi har også sett hvilke standarder det norske helsevesenet har for sin omsorg og at sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer i stor grad samsvarer med dette. Videre har vi sett at sammenhengen mellom livssyn og etikk kan være svært så fruktbar. De kristne holdningene og Jesu forbilledlige handlinger og livsprinsipp er med å gi en dypere forankring for de kristne, som også er knyttet til personlig identitet og overbevisning. Denne forankringen gir de kristne et klart utformet syn på hva mennesket er, hva det skal og bør være. Det ser vi i dette kapittelet bekreftet gjennom etiske leveregler presentert i Bibelen, og gjennom Jesu eget eksempel mens han var her på jorden. Almen omsorg er fundert på rettferdighetsprinsippet som grunnleggende norm for omsorgsutøvelsen og denne rettferdigheten skal komme alle til gode. Den diakonale/kristelige omsorg har i seg selv et ekstra fokus på dem som lider nød og som står i ekstra utfordrende livssituasjoner. Derfor er diakoni ekstra relevant opp i mot den tematikken denne avhandlingen omhandler. Rusmisbrukere er som vi har sett tidligere i avhandlingen en sårbar, stigmatisert og utsatt gruppe som absolutt trenger helbredelse og omsorg på mange plan. Kan det være at en slik gruppe mennesker som helt tydelig lider nød, trenger den ekstra dimensjonen bak omsorgen som diakonien har å tilby? Den grensesprengende kjærligheten som er fundert på et menneskesyn som ser på alle som likeverdige og unike i Guds øyne, og samtidig er villige til å ofre egen status og posisjon for å hjelpe den som lider nød? Dette sier blant annet Fanuelsen (2009) at kan være tilfelle. Vi har sett at diakonal omsorg ikke nødvendigvis bare befinner seg innenfor kirkelige sammenhenger, men at diakoni oppstår der det finnes diakonale mennesker, og at diakoni derfor helt spontant kan oppstå i møte med pasienter også i helsevesenet (jfr. Reiner Anselm, 1902). Det er i dette kapittelet vist til at omsorgen som ytes kan oppleves ganske lik hvis en sammenligner en almen og en diakonal omsorgsutøvelse, men motivasjonen er forskjellig.

Eksempler på ønskelige holdninger overfor stigmatiserte pasientgrupper i sykepleien kan i lys av dette kapittelet være: respekt, empati, ærlighet, omsorg, barmhjertighet, ydmykhet, toleranse og oppriktighet. Holdninger og verdier i helsevesenet har blant annet vært; likeverd, likhet og respekt for pasientens autonomi. Alle disse holdningene er relevante i møte med rusmisbrukere i helsevesenet, fordi denne pasientgruppen er en sårbar gruppe som nettopp har et særskilt behov for helse og omsorgstjenester.

## **5.0 Hvordan kan sykepleieren møte rusmisbrukere på en god måte?**

-En drøfting ut fra et holdningsetisk og diakonalt perspektiv

Denne avhandlingen innledes med et case. Caset forteller om en kvinne i sin beste alder som var hjelpeløs innenfor den situasjonen hun sto overfor. Hun rakte ut hendene sine for å få hjelp, men det var ingen hjelp å få. Dette utfordret meg som diakonstudent og medmenneske til å ta dette opp på et mer etisk og faglig plan. Hvorfor endte situasjonen slik, hvorfor kunne hun ikke få hjelp, og hva var det med dette problemet som var så komplekst? I arbeidet med denne avhandlingen har jeg sett at temaet som vi så vidt berørte denne sene høstkvelden, var svært tverrfaglig og omfattende. Jeg har ikke sett noe enkelt svar på hvorfor hun ikke fikk den hjelpen hun trengte, men jeg har i denne oppgaven prøvd å belyse noen sider av kompleksiteten som kan ligge bak utfordringene i møte mellom nettopp helsevesenet og rusmisbrukerne. Det var på bakgrunn av dette møte, og mange andre møter med rusmisbrukere og andre utsatte samfunnsgrupper, at interessen etterhvert snevret seg inn og problemstillingen for denne oppgaven tok form. Jeg hadde selv igjennom arbeidet med rusmisbrukere kjent på en todelt-het i mitt møte med denne gruppen. Jeg kjente både på en sterk urettferdighet som gav næring til et ønske om å kjempe for rettferdigheten, og til å hjelpe denne gruppen så godt som jeg kunne. Samtidig kjente jeg på noe som ikke helt var i takt med mine ønsker og tanker for denne gruppen. Jeg oppdaget holdninger i meg selv som jeg ikke var klar over at jeg hadde, og jeg ble også kjent med en indre kamp mellom mine egne holdninger og fordommer. Som sykepleier, men også som framtidig diakon kjente jeg på behovet for å fremheve viktigheten av å være bevisst sine egne holdninger i møte med disse menneskene.

## **5.1 Innledning med opphenting av problemstilling og forskerspørsmål**

Innledningsvis i denne oppgaven har jeg tegnet et bilde av rusmisbrukernes hverdag og livsutfordringer for at det skulle bli klart at denne gruppen har spesielle behov, og da spesielt i



møte med helsevesenet. Rusmisbrukerne er medmennesker som av forskjellige grunner har havnet i det uføre de lever i. De lever i en utfordrende hverdag som de fleste ønsker seg ut av, men som de av forskjellige grunner er bundet til pga. rusens sterke lenker. Vi har sett at problematikken rundt denne samfunnsgruppen er kompleks fordi de i tillegg til å være avhengige og nødlidende ofte er kriminelle, og kan ha utagerende atferd samt være farlige i ruset tilstand. For helsearbeidere er det spesielt viktig å ha kjennskap til hele denne problematikken, samt spesialkunnskaper om rusavhengighet for å kunne møte rusmisbrukerne på en god måte. Jeg har beskrevet hvordan rusmisbrukerne kan bli vant til å bli stigmatisert og diskriminert, og dette har påvirket dem til å innta noe man kan kalle en offerrolle<sup>323</sup>. Da er det viktig at sykepleieren bryter ved å vise gode og omsorgsfulle holdninger som respekt, empati, ærlighet, omsorg, barmhjertighet, ydmykhet, toleranse og oppriktighet<sup>324</sup>.

Nå skal jeg fordype meg i det som er presentert i kapittel to, tre og fire for lage et enda bedre grunnlag for å kunne svare på problemstillingen min:

«Hvilke holdninger preger sykepleieren i møte med rusmisbrukerne i helsevesenet og hvordan kan omsorgsutøvelsen forbedres i lys av yrkesetiske og diakonale perspektiv?»

- En drøfting ut fra en diakonal og en holdningsetisk synsvinkel.

For å svare på denne problemstillingen har jeg tatt utgangspunkt i disse fire forskerspørsmålene:

1. Hva er karakteristiske kjennetegn for rusmisbrukere?
2. Hvilke holdninger kommer fram i møte mellom sykepleier og rusmisbruker?
3. I hvilken grad spiller holdningene inn på måten rusmisbrukerne møtes på, og kan holdningsbevissthet ha en positiv effekt på omsorgsutøvelsen?
4. Hvordan kan holdningsetiske perspektiver bestemt av diakonale forutsetninger kaste nytt lys over møte mellom sykepleiere og rusmisbrukere?

## 5.2 Karakteristiske trekk i det faktiske møte

Det har blitt presentert en del forskjellig litteratur og forskning som har beskrevet karakteristiske trekk ved omsorgen overfor stigmatiserte pasientgrupper og da spesielt overfor injiserende rusmisbrukere. Jeg har i kapittel to og tre vist til forskning og statistikk som viser

<sup>323</sup> Det vil si en posisjon der man selv deffinerer seg selv som offer for noe, i dette tilfelle vil kan det foreksempel være offer for diskriminering. Rusmisbrukerne forventer å bli diskriminert, derfor inntar de denne rollen kanskje også unødvendig fort?!

<sup>324</sup> Kap. 2.0, 3.0, 4.0

til hvordan rusmisbrukere blir utsatt for stigmatisering og diskriminering på generell basis, også innenfor helsevesenet. Det er ikke bare rusmisbruket, men også fattigdom, rase, alder, kjønn og seksuell orientering som kan være bakgrunnen for denne stigmatiseringen. Nafstad (2011) viste til at en forverrende faktor ved at rusmisbrukerne ikke bare ble sett på som rusavhengige, men også som kriminelle<sup>325</sup>.

Resultatene har vist at holdningene og atferden som råder utenfor helsevesenet også har en viss innvirkning på hvordan rusmisbrukerne blir møtt i helsevesenet. Det som oppstår i helsevesenet er nettopp et direkte møte mellom rusmisbrukeren og «samfunnet». Denne kontakten kan i mange tilfeller være «påtvunget» ved at rusmisbrukerne ikke ønsker å være på sykehuset, eller ved at sykepleieren ikke har valgt pasienten han/hun har hovedansvaret for. Dette tror jeg er en veldig uheldig situasjon, der en får en skjev start på et forhold som burde være preget av gjensidig tillit, trygghet og ydmykhet for hva relasjonen kan være utgangspunkt for. Videre har jeg vist til at sykepleiere som selv hadde valgt å jobbe med stigmatiserte pasientgrupper hadde bedre holdninger overfor dem enn de som ikke hadde valgt dette selv. Noe som også kom tydelig fram var at kvaliteten på omsorgen som ble gitt rusmisbrukerne ble påvirket av kompleksiteten rundt en dårlig tilrettelagt helsetjeneste og manglende ressurser. Fagpersoner antyder- og forskning viser at det ville vært hensiktsmessig med et utbygd spesialtilbud for at rusmisbrukerne skal bli møtt på en best mulig måte. Dette er ikke bare viktig med tanke på å tilby faglig forsvarlig omsorg til denne pasientgruppen, men også for å bygge opp under likhetsprinsippet som er gjeldene i helsevesenet. Ut i fra resultatene fra kapittel to og tre kan en mene at det til dags dato ikke er samsvar mellom omsorgen som blir ytt overfor rusmisbrukere i helsevesenet, kontra den som blir ytt overfor andre pasientgrupper.

Et karakteristisk tegn som oppstår i møte mellom rusmisbrukeren og samfunnet ellers er helt klart stigmatisering som fenomen. Stigmatisering oppstår også dessverre innenfor helsevesenet, og da ofte i kombinasjon med forskjellsbehandling av pasienter. Denne stigmatiseringen førte i andre rekke til negative følelser og assosiasjoner overfor dem. Det er beskrevet at en hovedtrigger bak denne atferden er fundert i hver enkelts holdninger, eksplisitte eller implisitte. Et interessant funn var at når sykepleierne skulle ta viktige avgjørelser på bakgrunn av sine holdninger overfor rusmisbrukeren var det ikke deres åpenbare fordommer som fikk bestemme, men det var de implisitte fordommene som var bestemmende for utfallet. Negative/kompliserende holdninger og oppfatninger som har kommet fram i materialet er blant annet:

Mindreverdighet: Sykepleierens atferd i form av forskjellsbehandling kunne tilsi at

---

<sup>325</sup> Kap. 2.0

sykepleieren så på rusmisbrukerne som mindreverdige, med lavere status og verdi.

Skyldig: Det ble beskrevet en oppførsel som viste tilbake til klare funn som sa at sykepleieren opplevde at pasienten hadde skyld i sin egen sykdom fordi han tilsynelatende hadde kontroll over eget misbruk. Førte til mindre medfølelse, bekymring for dem og mindre behjelpelighet.

Utrygghet/redsel: Sykepleierne og annet helsepersonell opplevde en utrygghet i møte med pasientens uforutsigbare oppførsel og dette påvirket omsorgsutøvelsen.

Karakteristiske trekk ved omsorgsutøvelsen kan vi oppsummere ved å si at det ble begrenset av to rammebetingelser som omhandlet et omsorgsetisk- og et rasjonelt aspektet. Det viste seg at rammebetingelsene ikke lå til rette for at sykepleierne kunne oppnå den tilliten som er ønsket i relasjonen på grunn av knapp tid og lite ressurser i arbeidshverdagen. Det ble også opplevd vanskelig å utføre forsvarlig sykepleie som følge av konsekvenser og begrensninger av eksterne ressurser (som redusert finansiering, reduserte forsyninger, færre ansatte og mer komplekse sykdommer blant pasientene).

### **5.3 Vurderinger av forholdet mellom det faktiske og det ideelle/ønskede**

Nå har jeg presentert hvordan resultatene fra materialdelen min har beskrevet rusmisbrukernes faktiske situasjon i helsevesenet. Nå skal jeg vurdere forholdet mellom den ideelle omsorgen som jeg blant annet har presentert i kapittel fire med funnene fra kapittel to og tre. Jeg ønsker å finne ut om det finnes en diskrepans mellom den faktiske og den ideelle omsorgsutøvelsen ytt overfor rusmisbrukere i helsevesenet eller om praksisen er ganske sammenfallende?

Jeg husker at jeg når jeg sluttet på sykepleieskolen fikk beskjed om at vi måtte holde på alt vi hadde lært, og være gode rollemodeller i praksis. Vi ble til og med forberedt på at det vi nå ville møte i arbeidslivet var ganske annerledes enn det vi hadde lært på skolen. Som uteksaminerte fra sykepleieskolen visste vi ikke helt rekkevidden av dette, men vi ble godt kjent med hvordan ting fungerte i praksis etter hvert.

Stabel og Nåden (2006) skriver at det som kanskje er det mest sentrale i sykepleiepraksis i dag ikke er hvordan en skal «gi best omsorg» til sine pasienter, men heller hvordan «unngå mest mulig skade» opprettet av sosioøkonomiske omstendigheter. Dette synet på situasjonen opplever jeg som en litt pessimistisk tolkning av realiteten. Jeg ville fokusert på begge faktorer, fordi jeg mener at en ikke kan slutte å kjempe for rettferdigheten. Disse to

forskjellige handlingsalternativene føler jeg beskriver to forskjellige sider av praksis; en forebyggende og en bevarende/beskyttende side. At sykepleierne har et ønske om å yte best mulig omsorg ser jeg på som en helt nødvendig side av sykepleiefaget, for å oppnå best mulig omsorgsutøvelse. Sykepleierne må alltid måle omsorgen sin opp mot de yrkesetiske retningslinjene og det aktuelle lovverket som en rettesnor for yrkesutøvelsen sin. Dette fokuset bør også fylle undervisning og praksissituasjoner for at de framtidige sykepleierne skal bli klar over at det er mulig å leve opp til standarden, for å kunne ha noe å strekke seg etter og for å kunne være en motvekt til den «ukulturen» som kan råde i praksis. Stabel og Nåden (2006) kommer også inn på noe som også er viktig for sykepleiere ved å nevne den sosioøkonomiske siden av sykepleiefaget. Et aspekt ved dette er at sykepleieren også kan og kanskje bør engasjerer seg i denne rasjonelle siden av arbeidshverdagen, ved at en varsler fra når en mener omsorgsutøvelsen blir begrenset av de rammebetingelsene som blir lagt av overordnede. Samtidig er det viktig at denne rasjonelle siden av sykepleiefaget ikke får hovedfokus, for ikke å miste nærheten i relasjonene. Funnene viser at nivået av rasjonalitet er noe av det mest fremtredende i relasjonen mellom sykepleier og pasient. Det vil si at hvis sykepleieren utelukkende handler rasjonalitet, og ikke er åpen for den potensielle nærheten i relasjonen, kan det oppstå krenkelse av pasientens verdighetsfølelse. På samme måte vil det bidra til at pasienten opprettholder sin verdighet dersom nivået av nærhet er høy i relasjonen. Begge disse nivåene har konsekvenser for utførelsen av sykepleie og har derfor konsekvenser for hvordan innvirkning denne pleien har på pasientens subjektive opplevelse av sin verdi og balansen mellom verdighet og uverdighet<sup>326</sup>.

Det Stabel og Nåden (2006) beskriver om det omsorgsetiske og det rasjonelle aspektet er nært knyttet sammen med det vi så beskrevet av Martinsen (2000) i kapittel fire. Hun beskriver forskjellen på det å *sanse* og *registrere* i omsorgsrelasjonen. Jeg ser at det å sanse i likhet med det omsorgsetiske aspektet, handler om å åpne opp for nærheten i relasjonen. Jeg ser også at valget sykepleieren har om å begrense seg til bare å registrere situasjonen kan ses i sammenheng med at sykepleieren i et slikt tilfelle fokuserer mer på rammebetingelsenes begrensninger enn selve utfordringen som ligger i situasjonen.

Disse er enige om at det er en stor fordel for pasienten på alle måter hvis sykepleieren er tilstede i relasjonene og er åpen for å sanse og registrere alle sidene ved pasientens behov for å kunne gi best mulig sykepleie. Martinsen (2000) skriver at det er helt nødvendig for sykepleierenn å våge å ta inn over seg det sansene oppfatter, for å kunne være tilstede i situasjonen og for å gi pasienten den omsorgsfulle pleien han trenger. Stabel og Nåden (2006) viser at det er større sannsynlighet for at pasienten opprettholder sin verdighet hvis

---

<sup>326</sup> Kap. 3.5

sykepleieren holder på nærheten i relasjonen og ikke distanserer seg pasienten på grunn av ytre faktorer. Nortvedt (2003) påpeker at vesentlige behov hos pasientene ofte blir oversett pga. mangel på tid og tilgjengelige ressurser. Dette blir sykepleierne «tvunget» ut i fordi de har et ansvar overfor arbeidsstedet og på tross av at det kan føre til at sykepleier uvillig krenker integritet og verdighet til sine pasienter<sup>327</sup>.

Martinsen (2000) har også vektlagt viktigheten av at sykepleieren er preget av et menneskesyn som løfter fram pasientens verdighet, der det *holistiske* menneskesynet er favorisert. Men det er også snakk om et annet menneskesyn som også gjør seg gjeldende innenfor helsetjenesten og det er det *reduksjonistiske* menneskesynet. Vi kan også se disse to kategoriene opp mot det som ble nevnt i avsnittet over om omsorgsetisk bevissthet og sansing versus det rasjonelle registrerende fokuset. Den holistiske måten å forstå mennesket på, åpner nettopp opp for sansing og berørthet i møte med den andre, fordi det er helheten som vil oppleves. Det reduksjonistiske synet kan vi si at ønsker å «begrense» menneskets helhet ved å se på menneske som en kropp uten sjel som fungerer mer som en maskin, enn som et menneske som både har en fysisk, psykisk og åndelig dimensjon. Det reduksjonistiske menneskesynet kan ses i sammenheng med det rasjonelle og registrerende fokus fordi det på en eller annen måte fjerner seg fra nærheten, den faktiske realiteten av at menneske er en helhet. Dette kan komme av at det i situasjoner der arbeidshverdagen oppleves utfordrende, så kan denne måten å forstå menneske på være en måte å takle hverdagen på, eller en «overlevelsesmekanisme». Spesielt når en opplever at forholdene ikke ligger til rette for at en kan yte den omsorgen som ens egen etiske overbevisning tilsier.

Forskning som er presentert i denne avhandlingen viser at ønskede holdninger i sykepleieutøvelsen er respekt for pasientens liv, integritet og autonomi, samt bekreftelse og toleranse<sup>328</sup>. Sykepleierens yrkesetiske retningslinjene viser at omsorgsutøvelsen skal formidle respekt, empati, barmhjertighet, varsomhet, tydelighet og rettferdighet uavhengig av hva årsaken bak lidelsen måtte være<sup>329</sup>. Ønskede holdninger i helsevesenet blir i tillegg til respekt for hver enkelts autonomi beskrevet som likeverd, effektivitet, vern om menneskeverdet, myndiggjørelse, varsomhet og oppmerksomhet<sup>330</sup>.

Vi har sett at det finnes to sider av denne saken, da ikke all omsorgsutøvelse klarer å leve opp til dette idealet som presenteres over. Vi har sett at holdningene til sykepleierne i stor grad påvirker omsorgen som ytes overfor pasienten, og når pasienten fra før av er sårbar og utsatt, blir han ekstra hardt rammet av dette. Slik som Stabel og Nåden (2006) og Martinsen (2000)

<sup>327</sup> Kap. 3.5 og 4.5.1

<sup>328</sup> 3.5

<sup>329</sup> 4.4.2

<sup>330</sup> 4.3

har presentert to sider av omsorgsutøvelsen, samt beskrevet hvilke side som er favorisert vil jeg for enkelhetsskyld ta utgangspunkt i at den ene siden beskriver den ideelle- og den andre den reelle omsorgsutøvelsen<sup>331</sup>. Hvis vi skal se litt tilbake på empirien som er beskrevet i kapittel to og tre ser vi noen hovedtendenser som går igjen. Det er hovedsaklig at rusmisbrukere som blir stigmatisert i samfunnet generelt også blir det innenfor helsevesenet. Holdningene pleiepersonellet har overfor rusmisbrukere har en direkte konsekvens for omsorgsutøvelsen og dette går ut over behandlingen i første omgang, men det har også innvirkning på pasientens subjektive opplevelse av sin egenverdi og balansen mellom verdighet og uverdighet. Vi har sett det beskrevet hvordan rusmisbrukere har blitt avvist av legevakten og ikke fått tilstrekkelig god hjelp når de har oppsøkt helsetjenesten. Vi har sett hvordan det råder mange usikkerhetsmomenter innenfor den prehospitale tjenesten på grunn av manglende fleksibilitet og ressurser innenfor tjenestens rammebetingelser. Vi har også sett at dette har hatt negativ innvirkning på omsorgen rusmisbrukerne har fått i denne delen av helsetjenesten. Göran Sundin sier at helsepersonellet må være trygge i rollen sin når de møter rusmisbrukere i helsevesenet for å oppnå best mulig pleie. Dette viser seg å være vanskelig i praksis da rammebetingelsene ikke ligger til rette for dette enda<sup>332</sup>. Det har blitt løftet fram at en viktig verdi i det norske helsevesenet er prinsippet om likebehandling, dette har det også vist seg vanskelig å gjennomføre. Forskning presentert av Brener og von Hippel et al (2007, 2008, 2010a, 2010b) viser at forskjellsbehandling og diskriminering oppstår på bakgrunn av forskjellige faktorer. Blant annet sykepleiernes opplevelse av at rusmisbrukeren har kontroll over eget misbruk, og derfor er skyld i sin egen dårlige helse og allmenntilstand. Slike oppfatninger skaper stigmatisering, og stigmatiseringen har i andre rekke direkte konsekvenser for helsepersonellets bekymring, behjelpelighet, medfølelse og sympati overfor pasientgruppen. Denne forskningen viser også at sykepleierne ikke bare er styrt av sine bevisste holdninger, men at det faktisk er deres implisitte holdninger som får bestemme når de skal ta valg i yrkessammenhenger. Det som er ekstra beklagelig med dette er at det ofte er de negative holdningene/fordommene som er implisitte, da det er de som er mist aksepterte. Dette implisitte holdningsetiske aspektet kan være hovedgrunnlaget for spriket mellom den ideelle omsorgsutøvelsen og den reelle omsorgsutøvelsen fordi den gir fritt rom for at fordommene kan komme til uttrykk. Slik mener jeg det er fordi sykepleieren ved å bli påvirket av sine ubevisste fordommer ikke sjekke sine intensjoner opp mot akseptert og normativ praksis.

---

<sup>331</sup> Det ideelle er da den relasjonen som er preget av nærhet, sansing og en helhetsforståelse, mens den reelle situasjonen er preget av registrering, rasjonell tankegang og reduksjonisme.

<sup>332</sup> Kap. 3.1

Eksempler på at slike negative holdninger kan komme fram i praksis ser vi også i forskningen til Suominen et al (2009). De har kommet fram til at viktige læresituasjoner ble unngått i praksisfeltet fordi det ble sett på som unødvendig «tungt» å skulle fokusere på de stigmatiserte pasientgruppene i praksis. Forskerne trakk fram at det på tross av en viss ukomfortabelhet i møte med denne pasientgruppens problematikk, måtte fokuseres mer på de stigmatiserte pasientgruppene både i den teoretiske så vel som den praktiske utdannelsen, på tross av de sensitive og vanskelige problemstillinger og skjebner en ville bli konfrontert med. Denne forskningen sier at en som profesjonell må se bort i fra det som skaper motstand i en, fordi det er pasientens beste som står i fokus, og ikke helsepersonellens velvære. Mulige holdninger som lå bak denne trenden kan være; usikkerhet, blyghet, likegyldighet, ulydighet, forsiktighet, tilbaketrukkethet, latskap eller kanskje mangel på empati<sup>333</sup>?

Ut fra det jeg har presenter i dette kapittelet er det tydelig å se at det finnes en sterk diskrepans<sup>334</sup> mellom den reelle og den ideelle siden av helsevesenet.

Nå skal vi se på om det finnes noen andre sider av denne saken, og om den diakonale måten å forstå omsorg på kan gi et nytt perspektiv på forskjellen mellom det reelle og den ideelle omsorgsutøvelsen.

### 5.3.1 Diakonal og allmenn omsorgsutøvelse

Vi har også sett hvilke standarder det norske helsevesenet har for sin omsorg og at sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer i stor grad samsvarer med dette. Videre har vi sett at sammenhengen mellom livssyn og etikk kan være svært så fruktbar. De kristne holdningene og Jesu forbilledlige handlinger og livsprinsipp er med å gi en dypere forankring for de kristne, som også er knyttet til personlig identitet og overbevisning. Denne forankringen gir de kristne et klart utformet syn på hva mennesket er, hva det skal og bør være. Det ser vi i dette kapittelet bekreftet gjennom etiske levereregler presentert i Bibelen, og gjennom Jesu eget eksempel mens han var her på jorden. Almen omsorg er fundert på rettferdighetsprinsippet som grunnleggende norm for omsorgsutøvelsen og denne rettferdigheten skal komme alle til gode. Den diakonale/kristelige omsorg har i seg selv et ekstra fokus på dem som lider nød og som står i ekstra utfordrende livssituasjoner. Derfor er diakoni ekstra relevant opp i mot den tematikken denne avhandlingen omhandler. Rusmisbrukere er som vi har sett tidligere i avhandlingen en sårbar, stigmatisert og utsatt gruppe som absolutt trenger helbredelse og omsorg på mange plan. Kan det være at en slik gruppe mennesker som helt tydelig lider nød,

<sup>333</sup> Kap.4.3 og 3.4

<sup>334</sup> Diskrepans kan beskrives som en uoverensstemmelse eller motsetning. Store Norske Leksikon

trenger den ekstra dimensjonen bak omsorgen som diakonien har å tilby? Fanuelson (2009) vektlegger at den grensesprengende kjærligheten som er fundert på et menneskesyn som ser på alle som likeverdige og unike i Guds øyne, og samtidig er villige til å ofre egen status og posisjon for å hjelpe den som lider nød? Dette sier blant annet at kan være tilfelle. Vi har sett at diakonal omsorg ikke nødvendigvis bare befinner seg innenfor kirkelige sammenhenger, men at diakoni oppstår der det finnes diakonale mennesker, og at diakoni derfor helt spontant kan oppstå i møte med pasienter også i helsevesenet (jfr. Reiner Anselm, 1902)<sup>335</sup>.

Det er i dette kapittelet vist til at omsorgen som ytes kan oppleves ganske lik hvis en sammenligner en allmenn og en diakonal omsorgsutøvelse, men motivasjonen er forskjellig. Vi har også sett standpunkt for det motsatte, at diakoni er preget av en kjærlighet som ikke den allmenne omsorgen er preget av, så ut i fra dette kapittelet kan jeg vel si at de lærde strides om dette. Jeg velger derfor å vise til det som er gjennomgått tidligere i denne avhandlingen om sammenhengen mellom holdninger og handlinger. Foss (2005) som er presentert i dette kapittelet er enig om at motivasjonen (holdninger og intensjoner) kapittelet er enig om at motivasjonen (holdninger og intensjoner) bak en allmenn og en diakonal omsorg ikke er lik. På bakgrunn av det kan en si at omsorgen potensielt kan oppleves forskjellig fordi det ligger forskjellige motivasjoner bak omsorgsutøvelsen. Det er derfor ikke urimelig å forvente at omsorgen, på bakgrunn av forskjellige holdninger, kan oppleves forskjellig. Spørsmålet blir da om den omsorgen som er diakonal oppleves mer ideell enn den omsorgen som er allment fundert. Personlig opplever jeg det slik at den diakonale omsorgen absolutt har potensial til være mer ideell enn den allmenne rettferdighetsomsorgen, men jeg har stor respekt for at det finnes delte meninger om dette.

#### **5.4 Hvorfor oppstår det diskrepans?**

På bakgrunn av konklusjonen fra forrige kapittel om at det eksisterer en diskrepans mellom det norske helsevesenets etiske standard og den reelle omsorgsutøvelsen i helsevesenet skal jeg kort redegjøre for min forståelse av denne diskrepansen.

Jeg tror at den diskrepansen som er beskrevet her viser seg tydeligst i omsorgen overfor stigmatiserte pasientgrupper som rusmisbrukerne, mens at den ikke er så stor overfor andre pasientgrupper. Vi har gjennom materialet sett mange eksempler på hvordan denne diskrepansen kommer til uttrykk ved at denne rusmisbrukerne ikke får den ideelle pleien og omsorgen de har krav på. Jeg vil på en annen side vektlegge at det norske helsevesenet har en høy standard for sine helsetjenester, og at de ligger på verdenstoppen med tanke på

<sup>335</sup> 4.5, 4.5.1 og 4.5.2



tilgjengelighet og kvalitet av helsetjenestene. Jeg tror altså ikke at denne diskrepansen er like tydelige overfor alle type pasientgrupper, men at det blir ekstra tydelig når det er snakk om stigmatiserte pasientgrupper som rusmisbrukerne fordi det mulighets er et forsømt tema innenfor helsetjenesten.

Hvis vi i tar utgangspunkt i at diskrepans i dette tilfelle kan beskrives som stigmatisering, har jeg grundig presentert hvorfor stigmatisering oppstår, derfor henviser til kapittel 2.0 , 3.0 og 5.1 hvis det skulle være ønskelig med repetisjon av det. I stedet skal jeg presentere to hypoteser som kommer overordnet den mer grunnleggende innføringen som gis i kapitlene som presenteres overfor. Disse mener jeg kan forklare hvorfor den som er beskrevet fortsatt eksisterer.

- Jeg tror den store forskjellen mellom praksis og teori kommer av at det ikke er tilstrekkelig kommunikasjon mellom de som formidler den ideelle standarden for helsetjenesten og de som jobber med direkte omsorgsarbeid overfor stigmatiserte pasientgrupper.
- Jeg tror at sykepleierne og annet helsepersonell ikke er klar over holdningenes sentrale rolle i omsorgsutøvelsen, og at hver enkelt holdinger påvirker den profesjonelle omsorgen de yter. Jfr. (TRA)

## **5.5 Hvordan skape større samsvar mellom den ideelle og det reelle omsorgsutøvelsen?**

Ut i fra forskning og litteratur presentert i denne avhandlingen, og ut i fra min egen tolkning av denne diskrepansen mener jeg at forholdet mellom den reelle og den ideelle omsorgsutøvelsen kan beskrives gjennom noen faktorer som kan påvirke og muligens forbedre denne diskrepansen. Jeg har her tatt utgangspunkt i at dette først og fremst må skje gjennom utdanning, praksis og fagutvikling. Det vil være et behov for å få:

- økt ressurser til å holde seg faglig oppdatert (institusjoner og arbeidstakere)
- økt fokus på holdninger og verdier, samt holdningers betydning i møte med pasienter
- økt fokus på stigmatiserte pasientgrupper og deres spesielle behov
- økt holdningsbevissthet i møte mellom sykepleier og pasient, eventuelt bruk av (TPB)

### 5.5.1 Hva har utdanningsinstitusjonene å tilby for å bedre praksis?

I stortingsmeldning nr 26. er det beskrevet at utdanningene som legger grunnlaget for helsetjenesten må være bygget på en solid teoretisk forankring, gode eksempler og nok praktisk trening slik at de kan være utrustet til ansvarlig og selvstendig yrkesutøvelse. Det blir også beskrevet at det er en av helsetjenestens største utfordringer. Hvis denne opplæringen og utdannelsen er mangelfull vil omsorgen også bli mangelfull. Helsedirektoratet (06,2011) retter et spesielt fokus på rusmisbrukere og psykisk syke. De beskriver at helsetjenestene til mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer kan bli bedre, og at det vil være nødvendig å gjøre forbedringer i utdannelsen. De beskriver at holdninger og verdier skapes i møte med mennesker, og at dette skjer igjennom opplæring og utdanning<sup>336</sup>. Her kan en forstå det slik hen at stortinget og helsedirektoratet løfter fram behovet for holdningsskapende arbeid, pga. en mulig mangel på kunnskaper og gode holdninger i praksis. Dette viser også forskning som Tarja Suominen med flere (2009,2010) har kommet fram til at utdanningslengde, kunnskaps- og holdnings nivå er tett knyttet sammen og at det hadde en tydelig god effekt på alle disse komponenten hvis utdanningen var grundig og utfyllende. Denne forskningen bekreftet også at holdningene ofte ble formet av helsepersonellens eksponering til pasientgruppen.

Sykepleierne som hadde erfaring med pasientgruppen fra før hadde gjennomsnittlig bedre holdninger til pasientgruppen enn andre som ikke hadde det. Dette kan også være et resultat av at sykepleierne hadde startet å jobbe med denne pasientgruppen fordi de var spesielt interesserte i denne pasientgruppen eller hadde positive holdninger til dem fra før. Siegfried et al (1999) viste også at hadde helsepersonellet hatt mer kunnskap om pasientgruppens hovedutfordringer ville de kanskje følt seg mer komfortable og bedre utrustet til å yte den nødvendige helsehjelpen pasienten trengte.

Nåden og Eriksson (2007) viser til forskning som har funnet at diakonale universiteter har et større fokus på holdninger og verdier i sine utdanninger, ved at verdier var tema i pensumet, i gruppediskusjoner og i skriftlige innleveringer fra studentene. Som diakonal institusjon bygger universitetene sannsynligvis på grunnleggende kristne verdier som da kommer til syne i utdanningen. Dette samsvarer med det store etiske fokuset vi har sett at Bibelen presenterer. Det fokuset vi ser at disse utdanningene har på holdninger og verdier kan være en et motsvar på denne mangelen på det samme i eksempelet under.

I følge de yrkesetiske retningslinjene kan vi også der se at det fremheves et fokus på møte med sårbare og utfordrende pasientgrupper. De fremhever at sykepleieren skal vise omsorg for alle som lider, uansett årsak bak lidelsen og at sykepleierens har en viktig rolle ved å være imøtekommende mot slike «sårbare grupper» med særskilte behov. Disse retningslinjene

---

<sup>336</sup> Kap. 3.4

argumenterer for likebehandling ved å peke på sykepleierens plikt til å møte alle pasienter uten fordommer eller uønsket atferd<sup>337</sup>.

Oppsummerende kan jeg si at hvis utdanning og opplæring holder seg faglig oppdatert og støtter seg på verdiene og holdningene som kommer fram i sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer og i annen relevant normativ litteratur bør omsorgsutøvelsen overfor rusmisbrukere i helsevesenet bedres. En grunnleggende faktor for at det enda ikke har skjedd må være det jeg så vidt var inne på i forrige kapittel, at det må etableres en tettere relasjon mellom utdanningsinstitusjonene og praksisfeltet. For å bedre omsorgen overfor rusmisbrukere må det skapes et større engasjement for dette, og det må inn i læreplanene at stigmatiserte pasientgrupper som rusmisbrukere skal bli tematisert. Hvis det i tillegg blir fokusert på hvordan holdningene deres påvirker omsorgen de yter, og informasjon om at ikke alle holdninger er eksplisitte tror jeg at en er nærmere en ideell omsorgsutøvelse enn det vi ser i dag.

### **5.5.2 Kan strategisk bruk av TPB legge til rette for bedre praksis?**

I kapittel 4.2 presenterte jeg den sosialpsykologiske modellen «Theory of planned behaviour» for å vise til hvordan holdningene våre kan påvirke handlingene våre. Jeg har lenge hatt en opplevelse av at det vanskelig skal gjøres å ikke gi uttrykk for holdningene sine når en handler. Denne modellen argumenterer for at det skal være mulig å handle uten at en blir påvirket av holdningene sine så lenge en opplever at en har kontroll over handlingene sine. Nå skal jeg først vise noen eksempler på dette, også skal vi se hvordan denne modellen skal kunne bedre omsorgsutøvelsen overfor rusmisbrukere uten at helsearbeiderne nødvendigvis må ta et oppgjør med egne holdninger. Ved denne kan en både forstå mer av sine egne reaksjoner overfor pasientene, samtidig som en kan lære hvordan en lettere kan kontrollere handlingene sine ved hjelp av modellen.

Det vil si at slik jeg tolker modellen kan det være mer virkningsfullt å ha som mål å ikke skulle endre holdningene til sykepleierne hvis negative holdninger skulle være en realitet. Det vil heller være mer hensiktsmessig å bli kjent med faktorene som trigger handlingene, for gjennom de kunne kontrollere handlingene sine. Som det er beskrevet i kapittel 4.2 så fokuserer TPB på omgivelsenes subjektive normer (SN), hver enkelts holdning til atferden (A) og mestring ved å løfte opp hver enkelts opplevde atferdskontroll (PBC). Først da kan en endre intensjonene (I) som fører til endrede handlinger (B). En annen mulighet som vi så av

---

<sup>337</sup> Kap. 4.2.2.

figur 2. presentert under kapittel 4.2 var at en i stedet for å endre holdningene bak intensjon heller kan fokusere på den faktiske atferdskontroll som en «snarvei» til handlingene ved å hoppe over intensjonsendringen. Ideelt sett vil en da utføre en handling på bakgrunn av de sosiale normene og sin opplevde- og faktiske kontroll over situasjonen og sine handlinger<sup>338</sup>.

En undersøkende variant:

- 1) Hvilke normer finnes på arbeidsplassen, hvilken atferd er godtatt? (SN)
- 2) Hvilke holdninger har hvert enkelt individ? (A, I)
- 3) Er det mulig å skjule holdninger, eller vil de lyse gjennom? Vil toneleie, kroppspråk e.l. gjøre at rusmisbrukerne oppfatter de eventuelt negative holdningene? (PBC/ABC)

En realistisk variant:

- 1) Normen er at alle skal behandles likt
- 2) Hver enkelt person kan ha en holdning om at ikke alle fortjener å behandles likt.
- 3) De med negative holdninger vil måtte prøve å skjule dem for å høyne egen status på arbeidsplassen, men holdningene vil muligens komme til syne ubevisst.

En uakseptabel variant:

- 1) Normen er at det er ok å behandle rusmisbrukerne dårligere, kan for eksempel skapes av at høyt respekterte personer eller andre med høy status på arbeidsplassen, sjefen eller en annen autoritær person, uttrykker en slik holdning.
- 2) Blant de som jobber der har noen negative og andre nøytrale holdninger til rusmisbrukere.
- 3) De som har negative holdninger vil ikke trenge å skjule dem.

En ideell variant:

- 1) Normen er at alle skal behandles likt.
- 2) Noen er negativa, andre er nøytrale eller positive.
- 3) Alle blir behandlet likt fordi de som har dårlige holdninger evner å skjule holdningene og ikke la dette påvirke atferden deres.

Hvis det viser seg at sykepleiere og annet helsepersonell behandler pasienter forskjellig på bakgrunn av negative holdninger overfor noen spesielle pasientgrupper (eksempelvis rusmisbrukere), kan det være at de ønsker de å sette i gang noen tiltak for å endre denne praksisen. Da foreslår Ajzen og Fishbein at instansen som ønsker en endring stadig prøver å skape/påvirke de sosiale normene (SN) i feltet, i kombinasjon med informasjon for å påvirke

<sup>338</sup> 4.2

hver enkelts holdning til atferden (A), samtidig som de fokuserer på sykepleierens kompetanse og evne til å utføre denne atferden (PBC). Da vil en se at atferden endrer seg, enten på bakgrunn av intensjonsendring (I) eller ved en atferdskontroll som kontrollerer atferden til personen slik at den ikke reflekterer den opprinnelig holdning/intensjon.

Spørsmålet blir da om denne komponenten (PBC og faktisk atferdskontroll) er like virkningsfull også når det er snakk om mennesker. Er det mulig å skjule holdningene sine i møte med mennesker., vil ikke disse «lyse igjennom» ved blant annet valg av ord, håndlag, stemmeleie og kroppsspråk slik som det er beskrevet innledningsvis i dette kapitlet? For å svare på dette spørsmålet har jeg satt opp tre variabler som kan være relevante, for å gi oss svar på hva som skjer i praksis, med bakgrunn i Ajzen og Fishbeins TPB. Disse tre faktorene påvirker den faktiske atferden, og vi kan tenke på det som tre variabler der ulike kombinasjoner vil gi ulikt utfall i situasjonen.

Hvis det er sånn at atferden avhenger av en opplevelse av kontroll, vil negative holdninger bare kunne resultere i positiv atferd dersom man har et reflektert og bevisst forhold til atferden sin. Atferd kan bestå av både bevisste og ubevisste komponenter. Kroppsspråk og toneleie er eksempler på atferd som ofte er ubevisst, og så lenge man ikke er klar over om denne atferden er positiv eller negativ, vil man nødvendigvis heller ikke prøve å kontrollere den. Man kan derfor se for seg at PBC deles inn i to deler:

- 1) Man kontrollerer hva man sier og gjør direkte mot pasienten
- 2) Man kontrollerer hvilket kroppsspråk og toneleie man har i kommunikasjonen

Kanskje er det bare punkt 1. som kan kontrolleres, men at punkt to krever en holdningsendring som er mye vanskeligere.

I møte mellom rusmisbruker og sykepleier i helsevesenet mener jeg at denne modellen er svært relevant. Modellen har stor støtte innen sosialpsykologien, men også på tvers av fagfelt. Hvis kunnskap om denne eller lignende modeller blir implementert i utdanning i kombinasjon med undervisning om holdninger og stigmatiserte pasientgrupper tror jeg absolutt på at omsorgen overfor rusmisbrukere kan bedres.

### **5.5.3 Har diakonien noe å bidra med?**

På bakgrunn av diskusjonen i kapittel 5.3.1 om allmenn og diakonal omsorg, kan jeg her trekke fram hvordan diakonien med sin ekspertise på omsorg overfor nødlidende kan bidra for

å skape en mer ideell omsorgsutøvelse overfor rusmisbrukere. Jeg mener at diakonien kan presenterer noe enda mer grunnleggende inn i en omsorgssituasjon enn holdningene «likhet» og «rettferdighet» som kjennetegner den allmenne omsorgstjenesten. Diakonien bringer med seg et skapelsesteologisk menneskesyn som viser til at alle mennesker er skapt i Guds bilde og har derfor en evig verdighet som ingen kan ta fra dem. Diakonal omsorg er ikke bare fundert på dette menneskesynet, men også på det dobbelte kjærlighetsbudet som beskriver hvordan kjærlighet skal være utgangspunkt for all kristen livsførsel. Jeg ønsker her å avslutte dette kapittelet med å løfte fram diakoniens egenart og potensiale, med med tanke på omsorg overfor stigmatiserte pasientgrupper som rusmisbrukere. Jeg har nevnt det før, men jeg ønsker å løfte fram at diakonien har en lang tradisjon for å gi omsorg til nødlidende mennesker. Det blir også beskrevet hvordan diakonien har en dypere motivasjon bak sin omsorgsutøvelse ved at omsorgen er fundert i den kristne kjærligheten som får utløp gjennom ufortjent nestekjærlighet. Dette tror jeg kommer til syne ved at denne nestekjærligheten vil skinne igjennom omsorgen.

Jeg tror også at diakonien kan ha mye å by på inn i den allmenne helsetjenesten også på et overordnet plan. Det kan være gjennom preste- og diakontjeneste ved sykehusene. Det kan være gjennom diakonale organisasjoner som jobber inn mot rusmisbrukere også i helsevesenet, og det kan være ved å arrangere kurs og seminarer ofr helsearbeidere. Jeg tror absolutt diakonien, enten i form av kirkelige tjenester, frivillige organisasjoner eller andre diakonale tiltak kan ha mye nyttig å bidra med inn i helsevesenet for å minske diskrepansen mellom den reelle og den ideelle omsorgsutøvelsen overfor rusmisbrukere.

## **6.0 Avsluttende kommentar**

Jeg har i denne avhandlingen lært mye om rusmisbrukere, konsekvenser av deres rusmisbruk både fysisk, sosialt og psykisk. Viktigheten av en bevissthet rundt egne holdninger og deres effekt på handlingene har også vist seg gjennom arbeidet med denne avhandlingen. Jeg håper at jeg gjennom denne avhandlingen har vist at denne pasientgruppen trenger å et nytt fokus på seg, som en pasientgruppe som det trengs mer kunnskaper om, og ressurser for å behandle på en enda bedre måte enn det som har vært tilfelle fram til dags dato. Jeg har ønsket å få fram at det er viktig å ha fokus på holdninger i utdanning og praksisfeltet, for at de mest ideelle holdningene kan få prege omsorgsutøvelsen i stedet for blant annet implisitte fordommer.

Jeg hr forstøkt å vise hvordan sykepleieren eller annet helsepersonell har rett til å ta på seg rollen som «dommere» som skal bestemme hvem som fortjener pleie og omsorg, og hvem som ikke gjør det. Jeg håper det har kommet tydelig fram at rusmisbrukere også er mennesker med en livshistorie, med familie og venner, samt håp og drømmer for framtiden.

Jeg har ønsket å beskrive virkeligheten for rusmisbrukerne i helsevesenet, ved å vise til en side av helseomsorgen som det ikke så ofte refereres fra. En forklaring på knappheten av beskrivelser innenfor dette feltet kan være knyttet opp mot skam blant pårørende, eller muligens mangel på sterke pårørende. Av den grunn har det vært ekstra viktig for meg å beskrive denne problematikken, og prøve å være en motvekt til denne håpløsheten som til tider kan prege både denne pasientgruppens situasjon, men også deres kontakt med det offentlige.

## 6.1 Oppsummering og konklusjon

Hvilke holdninger preger sykepleieren i møte med rusmisbrukere i helsevesenet og hvordan kan omsorgsutøvelsen forbedres i lys av yrkesetiske og diakonale perspektiv?

Funnene fra dette litteraturstudie har i stor grad omhandlet holdninger som har kommet fram i møte mellom sykepleier og rusmisbruker, og konsekvensene disse holdningene har hatt på omsorgsutøvelsen. Holdningene som har kommet fram har i hovedsak vært negative, men det har også vært beskrevet hvilke holdninger som har vært ideelle i møte med rusmisbrukere i helsevesenet. Det har også blitt presentert hvordan holdningene til sykepleieren har en stor innvirkning på omsorgen som ytes ovenfor rusmisbrukere, og da spesielt hvordan sykepleierens implisitte holdninger påvirket avgjørelsene mer enn de eksplisitte holdningene. På bakgrunn av denne kunnskapen har det vært naturlig å fokusere på viktigheten av holdningsbevissthet og koblingen mellom holdning og handling. Det har derfor vært nyttig å bruke den psykologiske modellen TPB for å prøve å forstå denne koblingen, og for å få et praktisk redskap for å forstå sine egne handlinger, og kanskje også for å kontrollere dem.

Jeg har også diskutert Stabel og Nådens (2006) beskrivelse av at sykepleiernes kanskje mest sentrale utgangspunkt for omsorgsutøvelse i dagens helsetjeneste ikke kan være å gi «best omsorg» til sine pasienter, men heller hvordan «unngå mest mulig skade» opprettet av sosioøkonomiske omstendigheter. Bakgrunnen for denne konklusjonen var det jeg har presentert som begrensede rammebetingelser for helsetjenestene. Mange sykepleiere opplever i følge forskning at deres gode omsorgsutøvelse blir begrenset av rammebetingelser

som dårlig økonomi, og manglende ressurser på arbeidsplassen. Jeg argumenterte for at dette var et litt pessimistisk utgangspunkt for omsorgsutøvelse, og at jeg heller ville se på like mye på begge aspekter. Ønske om å oppnå best mulig omsorg kan da beskrives som et forebyggende aspekt som har fokus på utdanning, holdningskapende og holdningsbevisstgjørende arbeid. Ønske om å unngå mest mulig skade blir da en ekstraløsning, som bare i liten grad vil ha stor effekt. Det blir å stadig speile situasjonene en er i ut fra de yrkesetiske retningslinjene og andre normative etiske dokumenter som kan beskytte pasientens verdighet. Dette må da gjøres ved å etterleve denne etiske standarden, men det gir også sykepleieren et etisk ansvar for å ta til motmæle mot ledelse og andre organer som begrenser potensialet til god omsorgsutøvelse.

Til slutt har også diakoniens bidrag inn i omsorgsutøvelsen ovenfor rusmisbrukere blitt belyst. Jeg har konkludert med at den diakonale omsorgsutøvelsen absolutt har kvaliteter ved seg som stigmatiserte pasientgrupper som rusmisbrukere i helsevesenet ville hatt stor nytte av. Grunnen til dette er at den diakonale omsorgen er motivert av et menneskesyn og en kjærlighet som er totalt uselvisk og uten forpliktelser. Denne omsorgen må ikke fortjenes, og er tilgjengelig for alle. Den diakonale omsorgen har også en lang tradisjon bak seg med å ta vare på slike stigmatiserte grupper, og har god erfaring med dette. Det er heller ikke utenkelig at diakonale organisasjoner, eller menigheter kan ha noe å bidra med inn i helsetjenesten.

Vi har her sett at det norske helsevesenet på mange måter er godt utbygd og velfungerende, samtidig som det fortsatt finnes pasientgrupper som kunne blitt behandlet med mer verdighet og respekt. For at forholdene skal kunne bedre seg i praksis mener jeg at vi alle må ta på oss en ydmyk holdning i møte med denne problematikken, for slik å kunne oppleve situasjonen, for så å kunne gjøre noe med den. Jeg mener at det yrkesetikken og diakonien absolutt har mye å kan bidra med inn mot en slik praksis hvis bare de som trenger å ta stilling til praksisen har en ydmyk holdning i møte med den.

## **6.2 Oppfordring til praksisfeltet**

Min oppfordring til praksisfeltet blir da at ansatte i helsetjenestene bør gjøre seg kjent med sine egne holdninger i møte med stigmatiserte pasientgrupper, for å bli klar over om en kanskje har holdninger som får prege omsorgsutøvelsen ubevist. Jeg vil oppfordre alle til å ta ansvar for egne handlinger ved å stadig strebe etter den ideelle omsorgsutøvelsen, som blant annet er beskrevet i sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer og andre normative retningslinjer



for helsearbeidere og helseinstitusjoner.

## 7.0 Litteraturliste

- Aadland, E. (1998). *Etikk- for helse og sosialarbeidere*, Oslo: Det Norske Samlaget.
- Aamot, K. (2008) Eks-narkoman avvist av legevakta. [Online], Tilgjengelig fra <http://www.nrk.no/nyheter/1.5561540> [10.02.12]
- Ahern, J., Stuber, J. & Galea, S. (2007) Stigma, discrimination and the health of illicit drug users. *Drug and Alcohol Dependence, Volume 88, Issues 2–3, 11 May 2007*.
- Amundsen E. J. (Red.) Lund I., Jensen Bretteville-, A. L., (2010). Hva er misbruk og avhengighet? (SIRUS-Rapport nr. 4/2010). Oslo: SIRUS. Tilgjengelig fra [http://www.sirus.no/filestore/Automatisk\\_opprettede\\_filer/sirusrap.4.10.pdf](http://www.sirus.no/filestore/Automatisk_opprettede_filer/sirusrap.4.10.pdf) [01.03.12]
- Asheim, I. (1997). *Hva betyr holdninger?*, Oslo: Tano Aschehoug.
- Ajzen I., Fishbein, M. (1975). *Belief, Attitude, Intention and Behavior :An introduction to Theory and Research*. USA: Addison-Wesley Publishing Company
- Ajzen, I., Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs:Prentice-Hall.
- Ajzen I. (1988). *Attitudes, personality, and behavior*. Stony Stratford: Open University Press
- Ajzen I. (2005a) 2. utgave (1988). *Attitudes, personality, and behavior*. Berkshire: Open University Press
- Ajzen I. & Fishbein M. (2005b). *The influence of attitudes on behavior*. I: Albarracín D., Johanson T. B., Zanna P. M., (2005)*The handbook of attitudes*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Bjørnerud, T (red.) (2008) Hva er kunnskapsbasert praksis. [Online], Tilgjengelig fra <http://www.helsebiblioteket.no/Psykisk+helse/Hva+er+kunnskapsbasert+praksis%3F27892.cms> [26.04.12]
- Breder, Arnes. AB., Nordal, H. (2001) *Barmhjertighet og Rettferdighet*. Oslo: Verbum.
- Brener, L., von Hippel, W., & Kippax, S. (2007) Prejudice among health workers toward injecting drug users with hepatitis C: Does greater contact lead to less prejudice? *International Journal of Drug Policy 18 (2007) 381-389*.
- Brener, L., von Hippel, W., & Preacher J. K. (2010a) The Role of Physician and Nurse

- Attitudes in the Health Care of Injecting Drug Users. *Substance Use & Misuse*, 45:1007-1018.
- Brener, L., von Hippel, W., von Hippel, Resnick & Treloar (2010b) Perceptions of discriminatory treatment by staff as predictors of drug treatment completion: Utility of a mixed methods approach. *Drug and Alcohol Review* (2010), 29, 491–497.
- Brinchmann, B. S. (2008) *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal
- Buchanan J., & Young L. (2000) The War on Drugs: a war on drug users? *Drugs: education, prevention and policy*, Vol. 7, No. 4, 2000.
- Christoffersen, S. A. (2012) *Handling og dømmekraft*. Oslo: Universitetsforlaget
- Craig, R.J. (2000) Prevalence of Personality Disorders among Cocaine and Heroin Addicts. *Substance Abuse* 2000;21(2):87-94.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal.
- Den norske legeforening (2002). *Normaltariffen: Etiske regler for leger* [Online], Tilgjengelig fra <http://normaltariffen.legeforeningen.no/normaltariff.xsp?id=&kap=med1> [23.05.12]
- Edlund, Margareta (2002). *Människans värdighet -et grundbegrepp inom vårdvetenskapen*. Åbo: Åbo Akademis förlag.
- Eide H. og Eide. T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal.
- EMCDDA, Statistical bulletin (2011). Problematic drug use population (PDU): an overview of the methods and definitions used. [Online], Tilgjengelig fra <http://www.emcdda.europa.eu/stats11/pdu/methods> [15.03.12]
- Eriksson, K. (1999). *Omsorgens idé*. København: Munksgaard.
- Espegren, O. (2007) «3.3.2. AD/HD hos rusmiddelavhengige. Kliniske erfaringer fra en ruspoliklinik» I: *Rusmiddelmissbrukere og psykiske lidelser*. (u. red.), 37-44. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet og Sosial- og helsedirektoratet. [Online], Tilgjengelig fra <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/rusmiddelmissbrukere-og-psykiske-lidelser-/Publikasjoner/Rusmiddelbrukere%20og%20psykiske%20lidelser.pdf> [17.03.12]
- Fanuelsen, O. (2009) Kirkens omsorgstjeneste. I: *Diakoni en kritisk lesebok.*, (Red) Johannessen, K. I.; Jordheim, K. og Korslien, K. K. Trondheim: Tapir
- Farlex (2012) The free Dictionary [Online] s.v. «affekt» [Online], Tilgjengelig fra <http://no.thefreedictionary.com/Affekt>
- Fekjær, Hans Olav (2009) 3. utgave. *RUS*. Gyldendal: OsloFolkehelseinstituttet (2008).
- Fishbein M. & Ajzen I. (2010) *Predicting and changing behavior: The reasoned action Approach*. New York: Psychology Press.

- Folkehelseinstituttet (2008). Helsetilstanden i Norge: Inntekt og helse. Tilgjengelig fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=70829> [18. 03.12]
- Foss, Øyvind (2005). *Omsorgsetikk: Søkelys på omsorgens motivasjon*. Oslo: Cappelen Frost, T. (u.å.) IFIKK, UiO. *Menneskets iboende verdighet*. [Online], Tilgjengelig fra <http://www.diakonova.no/index.php?ID=509> [06.05.12]
- Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Ruan, J. og Pickering, R. (2004) Co-occurrence of 12-Month Alcohol and Drug Use Disorders and Personality Disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry* 2004;61 :882.
- Gryt. Edland-, M., Bryhni A.(red) , Skretting A., Lund M (red). og Bye K. E. (red), (2011) Rusmidler i Norge 2011. [Online], Tilgjengelig fra [http://www.sirus.no/filestore/Import\\_bilder/Rapporter\\_og\\_diverse/RusmidleriNorge2011.pdf](http://www.sirus.no/filestore/Import_bilder/Rapporter_og_diverse/RusmidleriNorge2011.pdf) [01.03.12]
- Heiene, G., Thorbjørnsen, S. O. (2001) *Felleskap og ansvar: Innføring i kristen etikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Helsedirektoratet (06/2011), *Kvalitet og kompetanse*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Henriksen, JO., Vetlesen, J. A. (2006). *Nærhet og distanse*. Oslo: Gyldendal
- Hesse, M., (2007) «4.1.2. Personlighetsforstyrrelser hos stof- og alkoholisbrukere: Diagnose, prognose behandling». I: *Rusmiddelmisbrukere og psykiske lidelser*. (u. red.), 64-67. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet og Sosial- og helsedirektoratet. [Online], Tilgjengelig fra <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/rusmiddelmisbrukere-og-psykiske-lidelser-/Publikasjoner/Rusmiddelbrukere%20og%20psykiske%20lidelser.pdf> [17.03.12]
- Hjemås, G. «Tvang i psykisk helsevern» I: *Samfunnspeilet/Statistisk sentralbyrå 2/2011*, redigert av Tønder, JK. (ansv. Red.), Sandnes, T. (fung. red.), Sandbu, N. P., Høydahl, E., Kjølvik, J, Melby, I., Nørgaard, E., Ramm, J., Sandvik, O. og Wiik, K. A, 72-73. [Online], Tilgjengelig fra <http://www.ssb.no/ssp/utg/201102/ssp.pdf> [09.05.12]
- Hogg, M. A.,Vaughan, G. M. (2011). *Social Psychology*. Harlow: Prentice Hall ???
- Holm, P., (2007) Helse- og sosialombud. Årsmelding 2007 [Online], Tilgjengelig fra <http://www.ombudet.no/annualreports/annualreportpasient07.html> [26.03.12]
- Hordvin, O. (2010) The drug situation in Norway 2010: Annual report to European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction.. [Online], Tilgjengelig fra [http://www.sirus.no/filestore/Import\\_vedlegg/Vedlegg\\_publicasjon/drugsit\\_norway11.pdf](http://www.sirus.no/filestore/Import_vedlegg/Vedlegg_publicasjon/drugsit_norway11.pdf) [17.03.12]
- Hunskår (2012) Årsmelding 2011. Rapport nr. 1-2012. Bergen:Nasjonalt kompetansesenter

- for legevaktmedisin, Uni Helse, Uni Research 2012. [Online], Tilgjengelig fra <http://helse.uni.no/upload/%C3%85rsmelding%202011.pdf> [01.03.12]
- Høie. (2002) Stoffmisbrukere må ha særomsorg. Tidsskrift for norsk legeforening. [Online] Tilgjengelig fra <http://tidsskriftet.no/article/576204> [01.03.12]
- Jensen, Bretteville-, A. L., & Amundsen, E. J. (2006). Omfang av sprøytebruk i Norge. (Sirus-Rapport nr. 5/2006). Oslo: SIRUS. [Online], Tilgjengelig fra [http://www.sirus.no/filestore/Import\\_vedlegg/sirusrap.5.06.pdf](http://www.sirus.no/filestore/Import_vedlegg/sirusrap.5.06.pdf) [03.03.12]
- Johannessen, K. I.; Jordheim, K. og Korslien, K. K. (2009) *Diakoni en kritisk lesebok*. Trondheim: Tapir
- Johansen H. I, Morken T og Hunskaar S. (2010) Contacts related to mental illness and substance abuse in primary health care: A cross-sectional study comparing patients' use of daytime versus out-of-hours primary care in Norway. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2010 ;Volum 28.(3) s. 160-165. UiB UNI.
- Johansen H. I, Carlsen B og Hunskaar S. (2011) Psychiatry out-of-hours: a focus group study of GPs' experiences in Norwegian casualty clinics. [Online], Tilgjengelig fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3127983/?tool=pubmed> [27.03.12].K
- Kielland K. B., (2000) Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk. Statens helsetilsyn, utredningsserie 10-2000. [Online], Tilgjengelig fra [http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/alvorlig\\_psykisk\\_lidelse\\_rusmisbruk.pdf](http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/alvorlig_psykisk_lidelse_rusmisbruk.pdf) [14.03.12]
- Kirkerådet (2010). Plan for diakoni i Den norske kirke. [Online], Tilgjengelig fra <http://www.kirken.no/?event=doLink&famID=18778> [04.03.12]
- Klingsheim, R. (2011) Narkomanes dårlige helse - en sykepleiefaglig utfordring. *Sykepleien* 2003 91(2):33-37. [Online], Tilgjengelig fra <http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/118353/narkomanes-darlige-helse-en-sykepleiefaglig-utfordring> [02.03.12]
- Knudsen. A (2008) Legevakt for rusmisbrukere nå!! [Online], Tilgjengelig fra <http://www.abcnyheter.no/borger/borgermeninger/080524/legevakt-rusavhengige-na> [02.03.12]
- Knutsen, A., (2010) I: Intervju med Tv2, 10.02.2010, [Online], Tilgjengelig fra <http://www.tv2.no/nyheter/innenriks/brukerforening-om-google-fint-at-de-viser-byen-som-den-er-3133017.html> [03.03.12]
- Knudsen, A., (2010) På samme plan eller hver vår planet? *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid* Vol.7, Nr1 2010;14. [Online], Tilgjengelig fra <http://www.idunn.no/ts/tph/2010/01/art02?highlight=P%E5%20samme%20plan%20eller%20hver%20v%E5r%20planet#highlight> [01.03.12]

- Køber, T. og Vigran, Å. (2011). Arbeidstid blant helsepersonell: Stort omfang av deltidsarbeid. [Online], Tilgjengelig fra <http://www.ssb.no/samfunnsspeilet/utg/201102/11/> [10.04.12]
- Lauritzen, G., Waal, H., Amundsen, A., Arner, O. (1997) A Nationwide Study of Norwegian Drug Abusers in Treatment: Methods and Findings. *Nordisk alcohol- og narkotikatidsskrift* 14:43-63, 1997.
- Lawless, S., Kippax, S. & Crawford J. (1996) Dirty, Diseased and Undeserving: The Positioning Of HIV Positive Women. *Soc. Sci. Med.* Vol. 43, No. 9, pp. 1371-1377.
- Lov om helsepersonell (1999): Oslo Dep., Oslo [Online], Tilgjengelig fra <http://www.lovdatab.no/all/tl-19990702-064-002.html> [16.05.12]
- Lov om menneskerettigheter (1999): Oslo Dep., Oslo. [Online], Tilgjengelig fra <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990521-030.html> [24.03.12]
- Lov om diskriminering- og tilgjengelighet (2008): Oslo Dep., Oslo. [Online], Tilgjengelig fra [http://lovdatab.no/cgi-wif/wiftdles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-20080620-042.html&emne=diskriminerings\\*%20%2b%20og\\*%20%2b%20tilgjengelighetslov\\*&](http://lovdatab.no/cgi-wif/wiftdles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-20080620-042.html&emne=diskriminerings*%20%2b%20og*%20%2b%20tilgjengelighetslov*&) [24.03.12]
- Martinsen, K. (2000). *Øyet og Kallet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Morgenstern, J., Langenbucher, J, Labouvie, E, Miller, KJ. (1997) The comorbidity of alcoholism and personality disorders in a clinical population: prevalence rates and relation to alcohol typology variables. *Journal of abnormal psychology* 1997; 106 (1):74-84.
- Nafstad, I. (2011) Rusmisbrukere i det offentlige rom i Oslo –de kriminelle kroppene. *Materialisten årgang 38, no. 1, 2011:26-48*.
- Nordstokke K. (red.), Grønvik (overs.) (2009). *Diakoni i kontekst - forvandling, forsoning, myndiggjøring*. Genève: LVF
- Nordstokke K. (2011) *Liberating Diakonia*. Trondheim: Tapir
- Nortvedt P. (2008) Sykepleiens grunnlag: historie, fag og etikk. Oslo: Universitetsforlaget
- Nortvedt P. (2012) Omtanke: en innføring i sykepleiens etikk. Oslo: Universitetsforlaget
- NOU 2009:14. Et helhetlig diskrimineringsvern. Kap 12.14 Rusavhengige, straffedømte og andre sosialt utsatte grupper. [Online], Tilgjengelig fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/dok/nouer/2009/nou-2009-14/13/14.html?id=568851> [23.03.12]
- NOU (2010) 3.0. Drap i Norge i perioden 2004-2009 [Online], Tilgjengelig fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2010/NOU-2010-3/8.html?id=602318> [19.03.12].

- NSF (2001). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere [Online], Tilgjengelig fra <http://rokildeush.files.wordpress.com/2011/03/yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere.pdf> [03.04.12]
- NSF (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (revidert utgave). [Online], Tilgjengelig fra [https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf) [10.04.12]
- Oftestad, A. B. (2001). *Kirke, Felleskap, Omsorg*. Oslo: Luther Forlag
- Rasmussen S. R. (2011) Anestesisykepleieres holdning til fagutvikling [Online], Tilgjengelig fra [https://oda.hio.no/jspui/bitstream/10642/954/2/Rasmussen\\_Randi\\_Stenberg.pdf](https://oda.hio.no/jspui/bitstream/10642/954/2/Rasmussen_Randi_Stenberg.pdf) [05.05.12]
- Siegfried, Ferguson, Cleary, Walter & Rey (1999) Experience, Knowledge and Attitudes of Mental Health Staff Regarding Patients' Problematic Drug and Alcohol Use. *Aust N Z J Psychiatry April 1999 33: 267-273*.
- Skeie I. (2003) Stoffmisbrukernes somatiske og psykiske helse, Utposten nr. 5, årgang 32. Hentet den 13.03.2012 fra <http://www.uib.no/isf/utposten/2003nr5/utp03504.htm>
- Skeie I, Brekke M, Gossop M. et al. (2011). Changes in somatic disease incidents during opioid maintenance treatment: results from a Norwegian cohort study. *BMJ Open 2011, doi: 10.1136/bmjopen-2011 – 000130*.
- Sundin, G. (2000) Stoffmisbrukere må ha særomsorg. *Tidsskrift for norsk legeforening nr. 29, 2000*. [Online], Tilgjengelig fra <http://tidsskriftet.no/article/227896> [01.02.12]
- Suominen, T., Koponen N., Staniulienė V., Istomina N., Aro I., Kisper-Hint I-R., Vänskä ML., Valimäki M (2007). Nursing students' attitudes towards HIV/AIDS patients in Finland, Estonia and Lithuania. *Scand J Caring Sci; 2009; 23; 282–289*.
- Suominen, T., Koponen N. Mockienė V., Raid U., Istomina N., Vänskä ML., Blek-Vehkaluoto M., Välimäki M., (2010). Nurses' knowledge and attitudes to HIV/AIDS—An international comparison between Finland, Estonia and Lithuania. *International Journal of Nursing Practice 2010; 16: 138–147* 22 1.
- Stabell, A. & Nåden, D. (2006). Patients' dignity in a Rehabilitation Ward; Ethical challenges for nursing staff. *Nursing Ethics 2006 13 (3)*.
- Statens helsetilsyn. (2000). Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende



- rusmisbruk. *10/2000:33*. [Online], Tilgjengelig fra [http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/alvorlig\\_psykisk\\_lidelse\\_rusmisbruk.pdf](http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/alvorlig_psykisk_lidelse_rusmisbruk.pdf) [10.03.12]
- St. mld. nr. 16. (2010–2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015). [Online], Tilgjengelig fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2010-2011/meld-st-16-20102011.html?id=639794> [23.04.12]
- St. mld. nr. 26 (1999-2000) Om verdier for den norske helsetenesta [Online], Tilgjengelig fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19992000/stmeld-nr-26-1999-2000-.html?id=192850> [10.04.12]
- Store norske leksikon (u.å)  
s.v. «misbruk» [Online], Tilgjengelig fra [http://snl.no/.sml\\_artikkel/misbruk](http://snl.no/.sml_artikkel/misbruk) [12.03.12]
- Store norske leksikon (2009)  
s.v. «diskrepans» [Online], Tilgjengelig fra <http://snl.no/diskrepans> [04.06.12]  
s.v. «eksplisitt» [Online], Tilgjengelig fra <http://snl.no/eksplisitt> [05.06.12]  
s.v. «implisitt» [Online], Tilgjengelig fra <http://snl.no/.versions/list/implisitt> [05.06.12]  
s.v. «Personlighetsforstyrrelser» [Online], Tilgjengelig fra <http://snl.no/personlighetsforstyrrelser> [07.05.12]  
s.v. «sekularisering» [Online], Tilgjengelig fra <http://snl.no/sekularisering> [01.05.12]
- Store norske leksikon (2011)  
s.v. «dyd» [Online], Tilgjengelig fra <http://snl.no/dyd> [22.05.12]  
s.v. «livssyn» [Online], Tilgjengelig fra <http://snl.no/livssyn> [07.05.12]
- Thesen, J. (2009) Rus og legevakt. [Online], Tilgjengelig fra <http://helse.uni.no/Projects.aspx?site=1&project=2254> [02.03.12]
- Thornicroft G., Rose D., Kessam A. og Sartorius N. (2007) Stigma: Ignorance, prejudice or discrimination, *BJPsych* 2007, *190:192-193*.
- Uio og Språkrådet (2010) Bokmålsordboka [Online].  
sv. «affekt». [Online], Tilgjengelig fra <http://www.nob-ordbok.uio.no/perl/ordbok.cgi?OPP=Affekt&bokmaal=+&ordbok=nynorsk> [10.04.12]
- Uni Helse. (u.å) Prosjektbeskrivelse: Psykiatri- og rusrelaterte henvendelser til legevakt. [Online], Tilgjengelig fra <http://helse.uni.no/Projects.aspx?site=8&project=2325> [04.05.12]
- Uni Helse. (u.å) Ingrid Hjulstad Johansen -profil. [Online], Tilgjengelig fra <http://helse.uni.no/person.aspx?site=8&person=133> [04.05.12]
- Verheul, R., van den Brink W, Hartgers C. (1995) Personality disorders predict relapse in alcoholic patient. *Addictive Behaviors* 1995;23 (6):869-882.

Vetlesen, A. J. (2004) "Omsorg -mellom avhengighet og autonomi" I: Omsorgens tvetydighet -egenart, historie og praksis, redigert av Ruyter, W. K. og Vetlesen, J., 27-40.

Gyldendal:Oslo

von Hippel, W., Brener & von Hippel, C. (2008) Implicit Prejudice Toward Injecting Drug Users Predicts Intentions to Change Jobs Among Drug and Alcohol

Nurses. *Psychological Science* 19, no. 1 (2008): 7-11 .

WHO Expert Committee on Drug Dependence (1969), Lexicon of alcohol and drug terms published by the World Health Organization. "Substance abuse" hentet fra

[http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/who\\_lexicon/en/](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/) den 02.02.12.