

**MASTEROPPGAVE**  
**Klinisk sykepleievitenskap**  
**Kull: Deltid 2011**  
**Mai 2016**

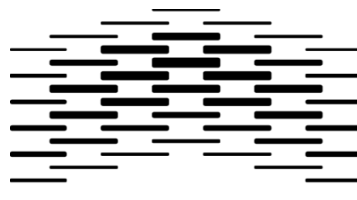
«Det er liksom bare det at folk behandler deg som et menneske»

Pasienter med rusavhengighet sine erfaringer med verdighet i møte  
med helsearbeidere i hjemmebaserte tjenester.

Hege Solberg

**Fakultet for helsefag**

**Institutt for sykepleie**



**HØGSKOLEN I OSLO  
OG AKERSHUS**

Veileder: Dagfinn Nåden

## Forord

Takk til intervjupersonene for tilliten dere viste meg da dere fortalte deres historier og ga meg innblikk i deres liv. Takk til de ansatte i LAR for nyttige innspill, deres velvilje og hjelp med å komme i kontakt med intervjupersonene.

En stor takk til min veileder Dagfinn Nåden, som har vært imøtekommende og gitt veiledning under hele prosessen. Takk for alle konstruktive og konkrete tilbakemeldinger underveis.

Og sist og ikke minst til heilagjengen på hjemmebane som med tålmodighet har oppmuntret og støttet meg. Til Tor Arne, Elise og Johan – takk!

Arbeidet med masteroppgaven har gitt meg mange tanker, ikke minst har tankene mine vært hos mennesker som hver dag møter utfordringer med å leve med rusavhengighet. Den norske musikeren Joachim «Jokke» Nielsen (1964 – 2000) skildret rusproblematikk i mange av sine sangtekster. Jeg har alltid satt stor pris på musikken hans, i møte med mennesker som lever med rusavhengighet har jeg ofte tenkt på hvordan disse sangtekstene kan beskrive opplevelsen av å møte samfunnet vårt som rusavhengig.

*Jeg veit du ikke prøver på å være ubehagelig  
Noen har vel påstått at å omgås meg er farlig  
Og selv om jeg får høre  
hvilken drittsekk jeg er daglig  
så gjør det plutselig jævla vondt,  
jeg trur jeg har blitt glad i deg*

*Rykter, sladder, baksnakking er snadder  
for folk som aldri har begått en tabbe i sitt liv  
hvissing, slarving, uoppfinnsom skravling  
Å leve gjennom andre, det perfekte tidsfordriv  
med sitt mentale arkiv og moralen som motiv  
snakker om billig lykke*

*Billig lykke, Joachim Nielsen (1999)*

## **Sammendrag på norsk**

**Formål:** Formålet med studien er å belyse og utvikle kunnskap ut fra et pasientperspektiv om hvordan verdighet oppleves av pasienter med rusavhengighet i møtet med helsearbeidere i hjemmebaserte tjenester.

**Teoretisk forankring:** Studien har et pasientperspektiv og bygger på teori og forskning omhandlende rusavhengighet, substitusjonsbehandling og skadereduksjon. Studien forankres også i teori og forskning på områdene møtet, verdighet og stigma.

**Metode:** Studien er deskriptiv med innslag av tolkning, den inneholder både fenomenologiske og hermeneutiske komponenter. Pasientperspektivet er belyst gjennom kvalitative forskningsintervjuer. To kvinner og fire menn i aldersgruppen 20 – 55 år i behandlingstilbudet legemiddelassistert rehabilitering (LAR) deltok som intervjupersoner. I tekstanalysen av forskningsintervjuene er Kvale og Brinkmanns tre tolkningsnivåer anvendt (Kvale & Brinkmann, 2009).

**Resultater:** Den analytiske prosessen resulterte i at det ut fra studiens forskningsspørsmål ble identifisert flere hovedtema. Verdighet ble opplevd som å ha tre dimensjoner: en materiell, å bli respektert av andre, og en indre opplevelse. Likeledes ble møtet opplevd som å ha en støttende, sosial og trygghetsskapende funksjon, i tillegg en dimensjon i frihetens, kontrollens og sikkerhetens tjeneste. Verdighet i møtene ble fremmet gjennom å bli respektert og anerkjent, å motta omsorg fra de ansatte, og kunnskap og vedvarende relasjon. Hindre for verdighet var opplevelsen av stigma og fordommer, opplevelsen av mangelfulle relasjoner og bekreftelse og opplevelsen av nedlatende holdninger og manglende kunnskap.

**Konklusjon:** Det fremkommer av studien at den materielle dimensjonen av verdighet som inneholder et estetisk aspekt oppleves som viktig for pasientene. Verdighet oppleves også som sterkt sammenhengende med respekt. For pasientene rommet møtene med helsearbeiderne mye mer enn medikamentadministrering, dette åpner for mange muligheter i møtene, samt at en helhetlig tilnærming til pasientene vil være hensiktsmessig. Verdighet fremmes gjennom respekt for pasienten og kunnskap om rusavhengighet, og hemmes gjennom stigmatisering og kunnskapsmangel. Et behov for kompetanseheving hos helsearbeidere tydeliggjøres i forhold til rusavhengighet, men også for å fremme en økt etisk bevissthet i møte med pasienter uavhengig av deres bakgrunn.

## Summary in English

**Title and subtitle:** «It is just that people treat you like a human being»

The experiences of dignity by patients with addiction in the encounter with health care staff in home based nursing.

**Purpose:** The purpose of this study is to gain insight in the experience of dignity by patients with addiction in the encounter with health care staff in home based nursing.

**Theoretical perspective:** Current theory and literature related to addiction, opioid maintenance treatment (OMT), harm reduction in addiction treatment, encounter, dignity and stigma.

**Method:** The research design was mainly descriptive and partly explorative, and had components of phenomenological hermeneutical designs. Quality in-depth interviews were conducted with two women and four men in opioid maintenance treatment (OMT), aged between 20 and 55 years. Text analysis was based on Kvale and Brinkmann's three levels of interpretation (Kvale & Brinkmann, 2009).

**Results:** The analysis resulted in three main themes related to the dimensions of dignity: 1) The material dimension, 2) To be respected by others, and 3) The inner experience. The encounter was experienced as it had: 1) A supportive, social and confidence-building function 2) A dimension in the favor of freedom, control and security. The experience of dignity in the encounter would be enhanced through: 1) Being respected and acknowledged, 2) Be cared for by the health care staff, 3) Knowledge and persistent relations. Barriers for the experience of dignity were: 1) Stigma and prejudices 2) Insufficient relations and lack of confirmation 3) The experience of disrespectful/patronizing attitudes and lack of knowledge.

**Conclusion:** This study shows that the material dimension of dignity containing an aesthetically aspect is important for the patients. Dignity is also experienced as strongly connected to respect. For patients the encounter with health care staff is experienced as containing much more than administration of their medicines. This shows great potential in these encounters, and shows how a holistic approach to these patients would be beneficial. Dignity could be enhanced by treating the patient with respect and knowledge about addiction, and inhibited through stigmatization of patients and lack of knowledge. The study clarifies a need for more knowledge about addiction among health care staff, as well as promoting ethical awareness in encounters with patients regardless their background.

**Keywords:** Dignity, Encounter, Opioid maintenance treatment (OMT), Stigma

# Innhold

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	2
1.2	Studiens hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål .....	2
1.3	Begrepsavklaringer .....	3
1.4	Oppgavens oppbygning .....	3
2	Teoretisk rammeverk .....	5
2.1	Pasienter med rusavhengighet.....	5
2.2	Substitusjonsbehandling i LAR (Legemiddellassistert rehabilitering) .....	7
2.3	Skadereduksjonsperspektivet i rusbehandling.....	11
2.4	Litteratursøk .....	12
2.5	Oversikt over funn i tidligere forskning.....	14
2.5.1	Pasienter med rusavhengighet sine forventninger og opplevelser i møte med sykepleiere og andre helsearbeidere .....	14
2.5.2	Sykepleiere og andre helsearbeidere sine opplevelser og holdninger til pasienter med rusavhengighet.....	16
2.5.3	Sykepleiere og andre helsearbeideres rolle i substitusjonsbehandling .....	19
2.5.4	Konklusjon etter litteratursøk .....	20
2.6	Møtet med pasienten.....	21
2.7	Verdighet .....	24
2.8	Stigma.....	29
3	Metodologi .....	31
3.1	Design .....	31
3.2	Fenomenologi og hermeneutikk .....	31
4	Metode .....	33
4.1	Forskningsintervju .....	33
4.2	Forforståelse og forskerrolle .....	34
4.3	Utvalg.....	36
4.4	Utarbeidelse av intervjuguide .....	38
4.5	Planlegging og gjennomføring av individuelle intervju .....	39
4.6	Transkribering.....	41
4.7	Analyseprosessen .....	42
4.8	Etiske overveielser.....	43
4.9	Studiens relevans, reliabilitet og validitet .....	45

5	Resultater .....	49
5.1	Presentasjon av intervjupersonene.....	49
5.2	Verdighetens ulike dimensjoner .....	51
5.2.1	Verdighet som noe materielt .....	51
5.2.2	Verdighet – å bli respektert av andre.....	53
5.2.3	Verdighet som en indre opplevelse.....	54
5.3	Møtets ulike dimensjoner .....	55
5.3.1	Møtets støttende, sosiale og trygghetsskapende funksjon .....	55
5.3.2	Møtet i frihetens, kontrollens og sikkerhetens tjeneste.....	57
5.4	Opplevelsen av verdighet i møtet .....	61
5.4.1	Å bli respektert og anerkjent.....	61
5.4.2	Å motta omsorg fra ansatte .....	64
5.4.3	Opprettholdelse av verdighet gjennom kunnskap og en vedvarende relasjon .....	65
5.4.4	Opplevelsen av stigma og fordommer .....	68
5.4.5	Opplevelsen av mangelfulle relasjoner og bekreftelse .....	71
5.4.6	Opplevelsen av nedlatende holdninger og manglende kunnskap .....	72
6	Diskusjon .....	77
6.1	Verdighetens ulike dimensjoner .....	78
	<i>Verdighet som noe materielt.....</i>	78
	<i>Verdighet – å bli respektert av andre .....</i>	79
	<i>Verdighet - en indre opplevelse .....</i>	80
6.2	Møtets ulike dimensjoner .....	82
	<i>Den støttende, sosiale og trygghetsskapende funksjon .....</i>	82
	<i>Møtet i frihetens, kontrollens og sikkerhetens tjeneste .....</i>	83
6.3	Opplevelsen av verdighet i møtet .....	84
	<i>Å bli respektert og anerkjent .....</i>	84
	<i>Å motta omsorg fra ansatte .....</i>	87
	<i>Kunnskap og vedvarende relasjon.....</i>	88
	<i>Å bære rusavhengighetens stigma .....</i>	89
	<i>Å bli nedprioritert og glemt .....</i>	90
	<i>Kunnskapsmangelens paradoks .....</i>	91
7	Studiens styrker, svakheter og begrensninger .....	93
8	Forslag til videre forskning .....	97
9	Konklusjon og anbefalinger .....	98

10	Litteraturliste.....	100
	Vedlegg.....	104
	Vedlegg 1: Svar på fremleggsvurdering REK.....	105
	Vedlegg 2 Godkjenning av studien fra NSD.....	107
	Vedlegg 3 Melding om endring til NSD, 17. desember 2015 .....	109
	Vedlegg 4 Bekreftelse på endring fra NSD .....	110
	Vedlegg 5 Informasjon om studien/samtykke .....	111
	Vedlegg 6 Intervjuguide .....	113
	Vedlegg 7 Tillstånd fra Margareta Edlund: bruk av figuren "begrepsmässig modell av värdighet" .	114



## 1 Innledning

Denne studien har fokus på pasienter med rusavhengighet sine erfaringer med verdighet i møte med helsearbeidere i hjemmebaserte tjenester. Pasienter med rusavhengighet kan ha et sammensatt og stort behov for sykepleie, og motta tjenester fra flere tjenesteytere der hjemmebaserte tjenester kan være en av aktørene. ”Mennesker med rusproblemer og psykiske lidelser er grupper som ofte kan ha behov for flere tjenester fra ulike tjenesteytere, på tvers av nivåer og sektorer og gjerne samtidig” (St.meld. nr. 47 (2008-2009), 2009).

I Norge i dag anslås det at det er mellom 66 500 og 123 000 mennesker som på bakgrunn av alkoholproblemer har behov for behandling. For injiserende misbrukere er tallet anslått til å være mellom 8 700 og 12 300 med behov for behandling (Biong & Ytrehus, 2012).

Pasientene i denne studien er pasienter som har rusdiagnosen opioidavhengighet, og er i behandlingstilbudet LAR (legemiddelassistert rehabilitering). I 2014 var det 7433 pasienter i behandling i LAR i Norge (SERAF, 2015). Bakgrunnen for møtene mellom helsearbeidere i hjemmebaserte tjenester og pasienter i LAR er at pasientene har vedtak om medikamentadministrering av LAR-medikamenter.

I samfunnet vårt finnes fordommer mot mennesker med rusavhengighet. Tidligere studier har avdekket at fordommer mot pasientgruppen også finnes hos helsepersonell (Peckover & Chidlaw, 2007). Arbeidet med pasienter med rusavhengighet, og spesielt pasienter som bruker narkotika hadde lav status (Gilchrist et al., 2011). Helsearbeidere hadde negative holdninger til pasienter med rusavhengighet (Boekel, 2014). Sykepleiere og andre helsearbeidere opplevde møtene med pasienter med rusavhengighet som utfordrende (Ford, 2011), (Ford, Bammer, & Becker, 2008), (Michaelsen, 2012).

Pasientperspektivet av møtet mellom pasienter med rusavhengighet og helsearbeidere ble belyst i en studie av McLaughlin (2000). Det avdekket at pasientene opplevde pleietilbudet de mottok som fylt med fordømmelse, fiendtlighet og forakt. Pasientene ønsket omsorgsfull og kunnskapsbasert behandling (McLaughlin, 2000). I en studie som belyste hvilket pleietilbud pasientgruppen hadde behov for, fremkom det at pasientene trengte et tilbud som imøtekom behovet hos pasientene for å oppleve følelse av fellesskap og tilhørighet, bekreftelse og respekt (Wiklund, 2008b).

## **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

Helsearbeidere i hjemmebaserte tjenester gir helsehjelp til en mangfoldig pasientgruppe, der de fleste pasientene er eldre mennesker. Disse helsearbeiderne innehar mye kunnskap, men har ingen inngående kunnskap om mennesker med rusavhengighet. Pasienter i behandlingstilbudet LAR skal ut fra et normaliseringsperspektiv få utdelt medikamentene som brukes i behandlingen på apotek. Omkring halvparten av pasientene henter medikamentene på apoteket selv (Statens institutt for rusmiddelforskning - SIRUS, 2013). I tilfeller der det er ulike utfordringer knyttet til å møte på apoteket vil utdelingen av LAR-medikamentene skje i kommunal regi der Hjemmebaserte tjenester kan få ansvaret for dette. Strukturert litteratursøk avdekket ingen studier med pasientperspektiv på erfaringer med utlevering av LAR-medikamenter i hjemmebaserte tjenester. I SERAF rapport 1/2014 påpekes det at ulike utleveringsformer av LAR-medikamenter bør evalueres kvalitativt (SERAF, 2014).

I arbeidet som sykepleier i både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten har jeg selv erfart at pasienter med rusavhengighet kan bli møtt med negative holdninger fra helsearbeidere. Jeg har ofte undret meg over hvordan pasientene opplever å bli møtt med fordommer og skepsis av helsearbeidere. På bakgrunn av dette ønsket jeg å finne ut mer om hvordan møtene med helsearbeiderne ble opplevd fra pasientenes ståsted, og hvorvidt erfaringer de gjorde på godt og vondt i møte med helsearbeiderne påvirket pasientenes opplevelse av verdighet. Gjennom denne kvalitative studien ønsker jeg å gi pasienter med rusavhengighet en mulighet til selv å kunne fortelle om sine erfaringer med verdighet i møte med helsearbeidere i hjemmebaserte tjenester.

## **1.2 Studiens hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål**

Hensikten med studien er å utvikle kunnskap ut fra et pasientperspektiv om hvordan verdighet oppleves av pasienter med rusavhengighet i møte med helsearbeidere i hjemmebaserte tjenester. Ved å samle inn pasientgruppens erfaringer ønsker en å få en større forståelse for opplevelsen av verdighet i dette møtet.

Oppgavens problemstilling er:

Hvordan oppleves verdighet av pasienter med rusavhengighet i møtet med helsearbeidere i hjemmebaserte tjenester?

Forskningsspørsmålene er:

1. Hva er verdighet for pasienten?
2. Hva konstituerer møtet mellom pasienten og helsearbeideren, og hvordan opplever pasienten at verdighet kan opprettholdes og fremmes i møtet?
3. Hva opplever pasienten kan være til hinder for opplevelsen av verdighet?

### **1.3 Begrepsavklaringer**

I tilnærmingen til studien vil «helsearbeidere i hjemmebaserte tjenester» bli brukt som fellesbetegnelse om de ansatte i hjemmebaserte tjenester ved siden av den beskyttede yrkestittelen «sykepleier» fordi det er flere personalgrupper som arbeider i tjenesten og yter pleie til denne pasientgruppen. Sykepleie vil likevel stå helt sentralt siden sykepleieren i møtet med pasienten i primærhelsetjenesten har en administrativ funksjon (Bondevik, 2002). Dette innebærer et ansvar overfor den enkelte pasient i forhold til alt som skjer på det sykepleiefaglige området.

Pasientene med rusavhengighet som har deltatt i studien som intervjupersoner er alle pasienter med diagnosen opioidavhengighet som har behandlingstilbudet LAR. Bakgrunnen for dette er at det tidlig ble klart at det ville være hensiktsmessig at studien tok utgangspunkt i en pasientgruppe som hadde en rusdiagnose. Det å tilnærme seg intervjupersoner til studien som noen trodde eller antok hadde en rusavhengighet ville by på både etiske og praktiske utfordringer.

I oppgaven blir begrepene opiat og opioid benyttet ut fra hvilket begrep som er brukt i originalkilden. Opiat er legemidler som fremstilles fra opium. Opioider er stoffer med morfinliknende effekt, stoffer som likner på opium. Begge begrepene er fortsatt i bruk, ut fra at de naturlige opiatene i dag fremstilles syntetisk er begrepet opiat et begrep som er i ferd med å bli avleggs (Westin, Strøm, & Slørdal, 2011).

### **1.4 Oppgavens oppbygning**

I kapittel 1 presenteres bakgrunnen for valg av tema, og studiens hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål. Pasientgruppen i studien og noen sentrale begrep introduseres. I kapittel 2 redegjøres det for studiens teoretiske rammeverk og forskningslitteratur knyttet til temaet. Kapittel 3 omhandler metodologi, hvor studiens design og studiens vitenskapsteoretiske tilnærming presenteres. I kapittel 4 gjøres det rede for metode og gjennomføring av

datainnsamling. Dette kapitlet inneholder også presentasjon av analyseprosessen, etiske overveielser og studiens relevans, reliabilitet og validitet. Intervjupersonene og funnene i studien presenteres i kapittel 5. Resultatene av studien diskuteres i lys av det teoretiske rammeverket og tidligere forskning i kapittel 6. I kapittel 7 omhandles studiens styrker, svakheter og begrensninger. Kapittel 8 omhandler forslag til videre forskning. Oppgaven avsluttes med konklusjon og videre anbefalinger i kapittel 9.

## 2 Teoretisk rammeverk

### 2.1 Pasienter med rusavhengighet

Begrepet rus er ikke entydig, det brukes ofte for å beskrive at det er inntatt stoffer som bidrar til å endre persepsjonen hos den enkelte fordi stoffene påvirker hjernen (Biong & Ytrehus, 2012). Mennesker som bruker rusmidler betegnes i dagligtale som rusmisbruker eller rusavhengig. De senere årene har en sett en tendens til å bruke betegnelsen rusmiddelavhengig eller rusavhengig fremfor rusmisbruker. Skiftet i begrepsbruken settes i sammenheng med rusreformen. Den ga pasienter i behandling for rusmiddelmisbruk pasientstatus samt pasientrettigheter på lik linje med andre pasienter. Pasientene får behandling i spesialisthelsetjenesten, det snakkes om misbruk som en kronisk sykdom (Nordlund, Rise, Skretting, Lund, & Amundsen, 2010). Det er også slik at andre faktorer ved begrepene som brukes om ulike former for rus spiller inn. Da det gjelder bruk av illegale rusmidler defineres alt slikt inntak som rusmisbruk. Tilstander der diagnostiske kriterier er oppfylt defineres som rusavhengighet (Biong & Ytrehus, 2012).

Når er persons livsførsel eller livssituasjon påvirkes av rusmiddelbruk på en måte som er ødeleggende kan det settes en rusdiagnose. Innenfor helsefaglig kodeverk er det ICD-10 og DSM-IV som brukes som definisjon på rusdiagnoser. Hvilke stoffer som brukes og bruksmønsteret knyttes opp mot rusdiagnoser i ICD-10. Det skilles mellom avhengighet og skadelig bruk. I tilfeller der det etter gjentatt stoffbruk utvikles «en rekke atferdsmessige, kognitive og fysiologiske fenomener» brukes betegnelsen avhengighetssyndrom. For at en skal kunne sette diagnosen «avhengighet» må tre eller flere av følgende kriterier inntreffe samtidig:

- Sterk lyst eller følelse av tvang til å innta substansen.
- Problemer med å kontrollere substansinntaket med hensyn til innledning, avslutning og mengde.
- Fysiologisk abstinensstilstand når substansbruken har opphørt eller er redusert, som viser seg ved det karakteristiske abstinenssyndromet for stoffet, eller bruk av samme (eller et nært beslektet) stoff for å lindre eller unngå abstinenssymptomer.
- Utvikle toleranse, slik at økte substansdoser er nødvendig for å oppnå den samme effekten som lavere doser tidligere ga (for eksempel alkohol- eller opioidavhengige

personer som daglig kan innta doser som er store nok til å slå ut eller ta livet av brukere uten toleranseutvikling).

- Føler økende likegyldighet overfor gleder eller interesser, som følge av bruk av ett eller flere psykoaktive stoffer, og mer og mer tid brukes på å skaffe eller innta stoffer eller komme seg etter bruk.
- Opprettholder substansbruken til tross for åpenbare tegn på skadelige konsekvenser, som leverskade etter betydelig alkoholkonsum, depressive perioder etter perioder med høyt inntak av psykoaktive stoffer, eller substansrelatert reduksjon av kognitiv funksjonsevne, og man kan fastslå at brukeren var, eller kunne forvente å være klar over skadens natur og omfang.

(Helsedirektoratet & Andersen, 2012)

Innenfor DSM-IV brukes kategorien misbruk/substance abuse». I begrepet misbruk/«substance abuse» legges det mer vekt på kriminalitet og sosiale konsekvenser, og kategorien er bredere enn «skadelig bruk» i ICD-10 som vektlegger helseskade. En del kriterier må være oppfylt for at definisjonen misbruk/substance abuse skal kunne benyttes i henhold til DSM-IV. I «Nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser» presenteres disse kriteriene i punkt A og B.

Punkt A:

1. Gjentatt bruk av psykoaktive substanser fører til svikt i forhold til mestring av plikter og ansvar knyttet til arbeid, skole, hjem. 2. Gjentatt bruk i situasjoner som medfører risiko for fysisk skade. 3. Gjentatte legale problemer med politi og rettsvesen knyttet til bruk av psykoaktive substanser. 4. Fortsatt bruk til tross for vedvarende eller tilbakevendende sosiale og mellommenneskelige problemer som er forårsaket eller forsterket av effektene av psykoaktive substanser.

Punkt B:

Pasienter som preges av at symptomene ikke oppfyller kriteriene for avhengighet for denne kategorien psykoaktiv substans.

(Helsedirektoratet & Andersen, 2012)

Hvordan avhengighet defineres blir kritisert fra flere hold. Sentralt i denne kritikken er at det ikke stilles spørsmål omkring mengden rusmiddel som brukes eller hvorvidt det er daglig bruk. Dette fører til at det kan skjule seg mange ulike forhold bak diagnosen (Fekjær, 2004).

Det å bruke et riktig eller passende språk da en omtaler rusfeltet er viktig (Broyles et al., 2014). Upassende språkbruk vil kunne ha en negativ effekt på hvordan rusavhengighet og mennesker med rusavhengighet ses på i samfunnet. Selv om det ikke er intensjonen kan språket bidra til stigmatisering. I stedet for å betegne noen som «alkoholiker», eller «narkotikamisbruker», så skal en referere til personen først. Ved å bruke begreper som «pasienter med rusavhengighet» eller «mennesker med rusavhengighet» forsterkes først og fremst vedkommendes individuelle identitet. Broyles et. al. (2014) trekker frem at det er å foretrekke bruk av språk som fremhever det medisinske perspektivet ved rusavhengighet og rusbehandling. En del begrep som brukes slik som «misbruker», «narkoman» viser til at avhengighet handler om dårlig moral eller svak viljestyrke. Ved å bruke begrep som rusavhengighet, på engelsk «substance use disorder», understreker en at avhengighet er et helseproblem. En annen faktor ved det å omtale rusavhengighet og rusbehandling i et medisinsk perspektiv er at det retter oppmerksomheten mot kunnskapsbasert praksis og tilbud tilgjengelig for å støtte mennesker med rusavhengighet ut fra et helhetsperspektiv. Det er likevel viktig å være oppmerksom på at for noen vil det å fremheve rusavhengighet som et medisinsk problem og en pasientrolle kanskje ikke være ønskelig (Broyles et al., 2014).

I denne masteroppgaven vil pasientgruppen bli omtalt som pasienter med rusavhengighet. Intervjupersonene i prosjektet er mennesker med diagnosen opioidavhengighet som er i behandlingstilbudet LAR (legemiddelassistert rehabilitering).

## **2.2 Substitusjonsbehandling i LAR (Legemiddelassistert rehabilitering)**

Opioidavhengighet er indikasjonen for igangsettelse av LAR. Det finnes to allment godtatte definisjoner av opioidavhengighet, en i ICD-10 og en i DSM-IV (Helsedirektoratet, 2010). Diagnosegruppen som brukes i ICD-10 er F10-19: psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer. Herunder F.11.2: Avhengighetssyndrom som skyldes bruk av opiater (Helsedirektoratet, 2014).

Både ICD-10 og DSM-IV definerer opioidavhengighet som en biopsykososial lidelse der det i løpet av de siste 12 måneder har vært forekomst av flere diagnosekriterier. Regelmessig bruk

av opioider gir endringer i sentralnervesystemet. Dette innebærer endringer i stressreguleringen og motivasjonsbanene i hjernen, fremre hjernelapp påvirkes slik overordnet styring svekkes. Disse forholdene anses som det nevrobiologiske grunnlaget for opioidavhengighet. I tillegg opplever brukerne abstinensreaksjon dersom opioidtilførselen avbrytes samt at det utvikles en økt toleranse for noen opioideffekter (Helsedirektoratet, 2010).

På 1960-tallet ble substitusjonsbehandling av opioidavhengighet utviklet i USA. I Norge ble metadonbehandling prøvd ut i noen prosjekter på 1960 – og 1970- tallet. Etter at det ble påvist en norsk hiv-epidemi blant injiserende rusavhengige ble det igangsatt flere prosjekt i Norge. Prosjekt som «Metadonbehandling av HIV-positive stoffmisbrukere med langtkommet immunsvikt» og «Metadonprosjektet i Oslo (MiO)» var forløpere for behandlingsformen som i 1998 ble gjort allment tilgjengelig i Norge. Navnet Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) er brukt fra 2001. De regionale funksjonene i LAR ble i 2004 innlemmet som en del av tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) i spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2010).

Det skal foretas en tverrfaglig vurdering av pasientens helsetilstand når vedkommende henvises til legemiddelassistert rehabilitering. Det er kun dersom en med bakgrunn i denne faglige vurderingen anser LAR-behandling som det mest forsvarlige og egnede behandlingstilbudet for den med opioidavhengighet at en velger behandlingstilbudet. Som hovedregel skal ikke LAR-behandling være det behandlingstilbudet som velges først, andre tiltak skal være vurdert. I vurderingen av om LAR-behandling skal tilbys vektlegges særlig lengden på opiatavhengigheten og alderen til pasienten (Statens institutt for rusmiddelforskning - SIRUS, 2013).

I Norge er LAR et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, kommunal sosialtjeneste og fastlegen. I spesialisthelsetjenesten foretas indikasjon til behandlingen og oppstarten av den. Ansvar for behandlingen kan overføres til kommunalt nivå når pasienten har en stabil forskrivning og funksjon (SERAF, 2014). Hjemmebaserte tjenester kan ha ansvar for medikamentadministrering i tilfeller der ”pasienten har vanskeligheter med å møte opp på apotek eller har en atferd som gjør at de ikke er ønsket på apoteket eller selv ikke ønsker å møte der” (Helsedirektoratet, 2010).

For de fleste pasientene vil LAR-behandlingen være en langvarig behandling som varer livet ut. Formålet med behandlingen slås fast i Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (Helsedirektoratet, 2010):



Å bidra til at personer med opioidavhengighet skal få økt livskvalitet og at den enkelte får bistand til å endre sin livssituasjon gjennom bedring av vedkommendes optimale mestring- og funksjonsnivå. Formålet er også å redusere skadene av opioidavhengigheten og faren for overdosedødsfall (Helsedirektoratet, 2010).

Legemidlene som er godkjent som vedlikeholdslegemidler i Norge i dag er metadon og buprenorfin. I LAR brukes buprenorfinpreparatene subutex og suboxone. For metadon vil effekten være større jo høyere dose som gis fordi metadon er en full antagonist. Dette betyr at metadon virker fullt ut på alle opiatreseptorer i hjernen. Økt dosering utover et bestemt nivå av buprenorfin vil ikke ha samme virkning siden buprenorfin er en partiell agonist. Det er derfor større fare for overdosering av metadon enn det er av buprenorfin. I studier det henvises til i «Nasjonale retningslinjer for legemiddelasistert rehabilitering ved opioidavhengighet» (2010) konkluderes det med at metadon og buprenorfin har omtrent like god virkning i likeverdige doseringer. Det er da snakk om virkning i forhold til å forhindre og redusere bruk av andre opiater deriblant heroin. For pasienter som har en bakgrunn med omfattende heroinbruk ser det ut til at metadon virker mer stabiliserende enn buprenorfin. Samtidig pekes buprenorfin ut som førstevalget da en starter substitusjonsbehandling, dette henger sammen med sikkerhet mot overdoser gjort ut fra en totalvurdering. Mulighet for illegal omsetning og injeksjon reduseres ved forordning av buprenorfin med nalokson (Helsedirektoratet, 2010).

LAR-medikamentene har flere potensielle farer. Dersom legemidlene som brukes i LAR-behandlingen ikke tas slik som forskrevet kan de skade pasientene selv. Dersom LAR-medikamenter havner på det illegale markedet kan det medføre at de skader andre (Helsedirektoratet, 2010). Det har vært en økning i metadonrelaterte dødsfall de senere år, noe en mener stammer fra lekkasje av medikamentet fra pasienter i LAR. Dette taler for at det er nødvendig med ulike kontrollregimer. Det pekes på at det må være en tydelig differensiering mellom kontrollregimene til dårlig og velfungerende pasienter, og at en må skille mellom medikamentene. Der metadon regnes som «det farligste» og buprenorfinpreparatene anses som mindre farlige siden disse medikamentene gir mindre sjanse for overdoser og dødelighet (Clausen, 2014).

For å kontrollere LAR-behandlingen benyttes ulike kontrollrutiner. Utgangspunktet for behandlingen i LAR er alltid daglig utlevering av substitusjonslegemiddelet og overvåket

inntak. Samtidig er det viktig at disse kontrollrutinene ikke er til hinder for en normalisering av pasientens liv ut fra et rehabiliteringsperspektiv. Hovedregelen i utleveringsordningen er daglig overvåket inntak, pasienter som viser god rusmestring og er stabilisert kan få en utleveringsordning der legemiddelet hentes for flere dager. Dette i henhold til «Prosedyre: Hentestiger for utlevering av substitusjonslegemiddel» (Helsedirektoratet, 2010). Ut fra denne prosedyren kan pasienter med god rusmestring få redusert antall ganger de må ha overvåket inntak per uke, fra 3 ganger ukentlig i «Mestring fase 1» til overvåket inntak 1 gang per uke i «Mestring fase 3». Det er viktig å merke seg at den første dosen som utleveres alltid skal observeres uavhengig av utleveringssted. Dette gjøres for å sikre seg at det er pasienten selv som inntar LAR-medikamentene, og at det ikke er tenkt for videresalg. Dersom det ikke er pasienten selv som inntar LAR-medikamentene som er forordnet vil pasienten få en reaksjon på å innta en hel medikamentdose på en gang. En ukes forbruk er satt som normal øvre grense for ta-hjem doser av hensyn til forsvarligheten. Denne forsvarligheten skal vurderes både av hensyn til tredjepersoners sikkerhet og sikkerheten til pasienten selv (Helsedirektoratet, 2010)

For å følge opp LAR-behandlingen er det vanlig at det tas urinprøver av pasientene. Dette gjøres av flere grunner. Det brukes for å måle annen rusmiddelbruk og at det forskrevne medikamentet inntas som forordnet. I tillegg brukes det for å bekrefte at opplysninger om rusbruk som pasienten selv rapporterer stemmer. Det er også et verktøy i rehabiliteringen for å se utviklingen i rusmestring og pasientens fremgang i behandlingen. Urinprøvene har også et pasientsikkerhetsperspektiv. Dette da inntak av ulike forskrevne og illegale rusmidler i tillegg til LAR-medikamenter kan endre omsettingen og effekten i kroppen av metadon. Dette kan øke faren for bivirkninger. I LAR-forskriften gis leger i spesialisthelsetjenesten hjemmel for at det kan kreves at pasientene avlegger prøver av biologisk materiale som blodprøver og urinprøver. Ut fra dette er det ikke nødvendig med samtykke fra pasienten for å ta disse prøvene (Helsedirektoratet, 2010).

Det er verdt å merke seg at urinprøver ikke skal brukes alene for vurdere pasientens rusmestring. I tillegg anses slike overvåkede urinprøver som svært krenkende for integriteten for pasientene. Til tross for dette var LAR i Norge tidligere særpregnet av utbredt hyppighet av urinprøver, der det ble forlangt 3 prøver i uken i oppstartfasen (SERAF, 2015). På bakgrunn av at urinprøver anses som krenkende anbefales det nå at prøvetakningens hyppighet begrenses til det nødvendige for å sikre en faglig forsvarlig oppfølging av pasientene (Helsedirektoratet, 2010).

I forhold til hvor pasientene får utdelt sine LAR-medikamenter så varierer dette noe på ulike steder i landet. Litt over halvparten av pasientene får medikamentene sine på apotek, alternativet er å få medikamentene gjennom kommunalt tjenesteapparat (Statens institutt for rusmiddelforskning - SIRUS, 2013). Utlevering fra apotek er å foretrekke ut fra et normaliseringsperspektiv dersom pasienten ikke har spesielle behov (Helsedirektoratet, 2013).

Ved årets slutt i 2013 var det 7055 pasienter i behandling i LAR i Norge (SERAF, 2014). Det var en liten økning av pasienter i behandlingen til slutten av 2014, da var det 7433 pasienter i behandling i LAR (SERAF, 2015). I 2013 var gjennomsnittsalderen til pasientene 42,7 år. Det er flest menn som er pasienter i LAR. Kjønnfordelingen viser en kvinneandel på 30,2 % i 2013. Andelen kvinner har vært i underkant av 30 % de siste årene. I 2013 ble 43 % av pasientene behandlet med metadon og 57 % med buprenorfinpreparater (SERAF, 2014).

### **2.3 Skadereduksjonsperspektivet i rusbehandling**

Sentrale virkemidler i rusmiddelpolitikken har tradisjonelt vært tiltak for å redusere tilgang og etterspørsel etter narkotika og alkohol. Skadereduksjon er en tredje gruppe tiltak som har fått større plass i de senere år. Eksempler på skadereduksjonstiltak for mennesker med rusavhengighet er lavterskel helsetilbud, utdeling av kanyler og sprøyter og sprøyterom. Substitusjonsbehandling blir internasjonalt ofte sett på som skadereduksjon. I Norge og Sverige tar ofte substitusjonsbehandling sikte på rehabilitering. Men målsettingen kan også begrenses til å redusere skader ved opioidmisbruket (Statens institutt for rusmiddelforskning - SIRUS, 2013).

Skadereduksjon skiller seg fra andre tiltak ved at en forsøker å redusere de skadelige effektene bruken av rusmidler har uten at personen med rusavhengighet slutter å bruke rusmidler. Innenfor skadereduksjonen retter en seg mot kortsiktige, praktiske løsninger selv om de ikke virker inn på rusbruken til personen. Det å slutte å bruke rusmidlet kan være et mer langsiktig mål for vedkommende. Det fremheves at det er lite hensiktsmessig å møte pasientgruppen med uoppnåelige krav og mål. I utviklingen av tjenestetilbudet til mennesker med rusavhengighet har skadereduksjon fått et økt fokus. Dette har ført til tiltak som det å dele ut sprøyter og etablering av sprøyterom (Statens institutt for rusmiddelforskning - SIRUS, 2013).

I Norge hersket det lenge skepsis til om metadonbehandling var en god ide. I rapporten fra SIRUS (2013) oppsummeres bakgrunnen for at en var i mot bruk av metadon som behandling.

Det pekes på at det i Norge hersket en stor grad av behandlingsoptimisme med tro på at en kunne komme ut av misbruk uten bruk av medikamenter. Det hersket også en oppfatning av at bruk av metadon var et signal om at en ga opp pasienter med rusavhengighet og ikke trodde de kunne endre seg. Det ble også pekt på at bruk av metadon ga en annen livslang avhengighet. I ettertid pekes det på at holdningene der en var mot bruk av metadon gjenspeiler at det medisinske feltet deltok i liten grad i behandlingen på det tidspunktet (Statens institutt for rusmiddelforskning - SIRUS, 2013).

En forverring av helsetilstanden til mennesker med det som betegnes som tungt stoffmisbruk, og en økning i narkotikarelaterte dødsfall på begynnelsen av 1990-tallet gjorde at metadonbehandling igjen ble diskutert. Etersom metadonbehandling ble prøvd ut ser en at det har vært en oppmykning i inkluderingskriteriene slik at stadig flere kan få tilbudet. I januar 2010 kom nytt rammeverk for legemiddelassistert rehabilitering med nasjonale retningslinjer og forskrift. Ut fra disse vilkårene skal pasientens helsetilstand vurderes tverrfaglig. Dersom pasienten er opiatavhengig er hovedregelen at legemiddelassistert rehabilitering ikke er førstevalget. Behandlingsalternativet velges bare der det ut fra faglig vurdering vurderes som det mest forsvarlige og best egnet. Andre tiltak enn legemiddelassistert rehabilitering skal alltid vurderes. Det legges alltid vekt på pasientens alder og hvor lenge vedkommende har vært opiatavhengig i vurderingen av om behandlingsalternativet er aktuelt (Statens institutt for rusmiddelforskning - SIRUS, 2013).

## **2.4 Litteratursøk**

Litteratursøk ble gjennomført i databasene Cochrane, Cinahl, MedLine, OvidNursing, SveMed+ og PubMed. Søkeordene som ble brukt i ulike kombinasjoner med "or" eller "and" var: "dignity", "encounter", "addiction", "substance users", "substance use disorder", "substance-related disorders", "substance abuse", "nurse", "district nurse", "community nurse". I andre runde med litteratursøk ble søkeordene «stigma» og «MMT (methadone maintenance treatment)» lagt til.

Det kan bemerkes i forhold til søkeordene at "Substance Use Disorder" (i betydningen ruslidelse) blir brukt som et samlebegrep for både misbruk, skadelig bruk og avhengighet slik det beskrives i "Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse" (Helsedirektoratet & Andersen, 2012). Likeledes er begrepet "Substance abuse" i DSM-IV en bredere kategori enn "skadelig bruk" i

ICD-10 fordi det legges mer vekt på sosiale konsekvenser og kriminalitet knyttet til rusmiddelbruk, mens det i “skadelig bruk“ legges mest vekt på helseskade (Helsedirektoratet & Andersen, 2012).

Første runde med litteratursøk ble gjennomført høsten 2013 i forbindelse med utarbeidelse av prosjektbeskrivelsen. Et nytt litteratursøk ble gjennomført våren 2015, det var da avklart at intervjupersonene som deltok i studien var pasienter i behandlingstilbudet LAR (Legemiddelassistert rehabilitering). Transkribering av forskningsintervjuer og bearbeiding av tekstene hadde gitt økt kjennskap til temaet noe som gjorde at flere studier ble lokalisert. Det fremkom av litteratursøket at det var få treff på søk kombinert med “community nurse“ eller “district nurse“. De fleste artiklene som ble lokalisert omhandler oppfølging i spesialisthelsetjenesten. I presentasjonen av tidligere forskning er både oppsummert forskning og enkeltstudier tatt med.

## 2.5 Oversikt over funn i tidligere forskning

Tidligere forskning som kan bidra til å belyse problemstillingen er tematisert i følgende områder:

- Pasienter med rusavhengighet sine forventninger og opplevelser i møte med sykepleiere og andre helsearbeidere
- Sykepleiere og andre helsearbeidere sine opplevelser og holdninger til pasienter med rusavhengighet
- Sykepleiere og andre helsearbeideres rolle i substitusjonsbehandling

### 2.5.1 Pasienter med rusavhengighet sine forventninger og opplevelser i møte med sykepleiere og andre helsearbeidere

En kvalitativ studie fra Nord-Irland av McLaughlin, McKenna & Leslie (2000) hadde som hensikt å avdekke oppfatninger og forventninger pasienter med rusavhengighet hadde til pleien de mottok, og til helsearbeidere. Det ble gjennomført fokusgruppeintervju med 20 informanter som brukte illegale rusmidler. Informantene fortalte om negative erfaringer med pleietilbudet som de opplevde som fylt med fordømmelse, fiendtlighet og forakt. De ønsket omsorgsfull og kunnskapsbasert pleie og behandling. Av studien fremkom det at informantene selv kunne se utfordringer helsearbeidere hadde med å gi dem et godt pleietilbud. Dette da de hadde erfart kunnskapsmangel hos helsearbeidere, og som brukere av illegale rusmidler opplevde de fiendtlighet og fordømmelse. Samtidig hadde informantene en opplevelse av å være redde, ensomme og isolerte, noe som førte til at de ble vanskelig å hjelpe. En positiv respons på pleietilbudet forutsatte at det måtte være omsorgsfullt og kunnskapsbasert. Forfatterne av studien anbefalte utvikling av undervisningsopplegg for helsearbeidere som dekker basisbehovet for kunnskap og forståelse for ivaretagelse av pasientgruppen (McLaughlin, 2000).

I en svensk studie med hermeneutisk tilnærming av Wiklund (2008), som er publisert i to artikler, utforsket hun de eksistensielle aspektene ved å leve med rusavhengighet. Studien er basert på intervjuer med mennesker med erfaringer med rusavhengighet. Wiklund (2008) fant at det å leve med rusavhengighet innebærer å være midt i en kamp med eksistensielle utfordringer. Rusbruk lindrer lidelse samtidig som den paradoksalt nok også øker den. Gjennom å rette oppmerksomheten mot disse utfordringene kan sykepleieren legge til rette for

samhandling med den rusavhengige. I utfordrende møter med pasientgruppen bør en i stedet for å fokusere på problemer tilstrebe å fremme helse og lindre lidelse (Wiklund, 2008a).

I del to av artikkelserien skriver Wiklund (2008) om pleiebehovene til mennesker som lever med rusavhengighet. Der beskrives behov for å skape en ny referanseramme for å tolke og oppleve sammenheng i livet, og gjenopprette verdigheten. Mennesker med rusavhengighet har behov for å oppleve følelse av fellesskap og tilhørighet, bekreftelse og respekt. Dersom sykepleieren evner å ta initiativ, være ekte og gjennom dette gi respons kan det fremme pasientens opplevelse av bedring. Gjennom å henvende seg til pasienten på en slik måte kan pasienten føle seg levende. Pasienten vil kunne oppleve mening, samhørighet og frihet. For pasienten kan det å se seg selv som å være i stand til ansvarlige handlinger gjøre at pasientene kan oppleve en følelse av kontroll, i stedet for å kjempe med en opplevelse av kaos (Wiklund, 2008b).

Pasienter med rusavhengighet kan oppleve å bli stigmatisert. En systematisk oversikt fra Canada av Livingstone (2011) evaluerte ulike intervensjoner som hadde som hensikt å redusere stigma knyttet til ruslidelser. Studien vurderte intervensjoner ovenfor ulike former for stigma, og inkluderte både kvalitative og kvantitative studier. Til sammen ble 13 studier inkludert, 3 studier var rettet mot mennesker med ruslidelse (selv-stigma). Tre studier var rettet mot den generelle befolkningen (sosialt stigma), og sju studier var rettet mot medisinstudenter og andre yrkesgrupper (strukturelt stigma). I studien fant de at rusmisbruk ofte ble behandlet som en moralsk eller kriminell utfordring fremfor et helseproblem. Rusmisbrukere var mer stigmatisert enn pasienter med andre helseproblemer. Studien viste at selv-stigma kunne reduseres gjennom terapeutiske intervensjoner. Sosialt stigma kunne reduseres gjennom motiverende intervju, og det å kommunisere positivt historien om rusavhengige. Strukturell stigma kunne reduseres gjennom kontaktbasert trening og utdanningsprogram til medisinstudenter og andre profesjonelle (Livingstone J.D., 2011).

Opplevelser og forventinger knyttet til overvåket inntak av metadon, og opplevelsen av stigma på apotek var tema i en kvalitativ studie fra Canada av Anstice, Strike & Bands (2009). Studien ble gjennomført i 2002-2003, 64 klienter i 4 ulike lavterskel metadonprogram ble intervjuet. Det fremkom at pasientene satte pris på at farmasøytene og andre som stod for medikamentutleveringen oppførte seg respektfullt, diskret og imøtekommende. Noen oppga å sette pris på en god relasjon til personalet, mens andre var fornøyd med et mer «forretningsmessig forhold». Negative opplevelser som ble trukket frem var knyttet til

opplevelsen å bli ignorert, at en måtte vente unødvendig lenge, eller at en fikk hjelp først etter at alle de andre kundene på apoteket hadde fått hjelp (Anstice, Strike, & Brands, 2009).

En kvalitativ undersøkelse av Granerud & Toft (2015) undersøkte erfaringer pasienter i LAR hadde med behandlingen. I studien deltok 7 pasienter i behandlingstilbudet LAR, pasientene var bosatt på ulike steder i Norge. Det ble brukt semistrukturert intervju i datainnsamlingen, i analysen av dataene ble det brukt en grounded-theory inspirert tilnærming. Studien viste at pasientene opplevde at de hadde et bedre liv enn pasienter med rusavhengighet som ikke var i behandling. Samtidig ble det opplevd som en utfordring å følge reglene i LAR-behandlingen. Dette gjorde at pasientene følte at de hadde liten påvirkning på egen behandling, det å forplikte seg til kontrollrutinene og rammeverket for behandlingen ga en følelse av avmakt (Granerud & Toft, 2015).

### **2.5.2 Sykepleiere og andre helsearbeidere sine opplevelser og holdninger til pasienter med rusavhengighet**

En kvalitativ, britisk studie (Peckover & Chidlaw, 2007) undersøkte sykepleiere i distrikthelsetjenesten sin forståelse og praksis i arbeidet med pasienter med rusavhengighet. Studien fokuserte på temaer omkring diskriminering og ulikheter i møte med pasientene, og ble gjennomført i to byer nord i England som ga et pleietilbud til en kulturell mangfoldig, urban befolkning med mange sosiale utfordringer. I datainnsamlingen ble det brukt semistrukturert intervju, 18 sykepleiere deltok som informanter. Sykepleierne brukte begreper som fordom og stigma i beskrivelsen av egen praksis og synet på rusavhengige i samfunnet. For mange av informantene førte stigmatiseringen av pasientene til at de ikke så pasientens personlighet.

Det fremkom av studien til Peckover & Chidlaw (2007) at tilbudet til pasientgruppen var gjøremålsorientert og raskere enn tilbudet til andre brukere av tjenesten. Sykepleierne kunne også anse pasienter med rusavhengighet som farlige. På bakgrunn av dette var sykepleierne alltid to i møtene med pasientene. Denne praksisen bidro til at sykepleierne ikke ble så godt kjent med pasientene. De greide ikke å gi sykepleie som ivaretok pasientenes følelsesmessige, psykiske og sosiale behov. Studien peker på kunnskapsmangel, der informantene hadde hatt nytte av økt kunnskap for å bedre praksisen i arbeidet med rusavhengige pasienter. Gjennom



økt kunnskap kunne en sikre et mer rettferdig og holistisk tilbud til pasientgruppen, der distriktsykepleierne blir tryggere og mer sikre i sin praksis (Peckover & Chidlaw, 2007).

Flere studier omhandler holdninger helsearbeidere har til å arbeide med pasienter med rusavhengighet. En kvantitativ studie (Gilchrist et al., 2011) fra Spania undersøkte hvilke holdninger helsearbeidere hadde til å arbeide med ulike pasientgrupper. De sammenlignet holdninger til å arbeide med pasienter med rusavhengighet knyttet til alkohol, rusavhengighet knyttet til narkotika, pasienter med diabetes og pasienter med depresjon. Helsearbeiderne som deltok var fra åtte europeiske land: Bulgaria, Hellas, Italia, Polen, Skottland, Slovakia, Slovenia og Spania. Studien hadde 866 respondenter. Resultatet i studien var at arbeid med rusavhengige, og da spesielt rusavhengige som brukte narkotika hadde lavere status enn det å arbeide med pasienter med andre kroniske lidelser som depresjon og diabetes (Gilchrist et al., 2011).

I en studie fra USA av Howard & Sulki (2000) ble tidligere studier gjennomgått for å finne ut hvordan sykepleieres holdninger til mennesker med rusavhengighet hadde utviklet seg de siste tiårene i USA. Det fremkom at sykepleieres holdninger til pasienter med rusavhengighet hadde blitt mer positive de senere år (M. O. C. Howard, Sulki S. , 2000) I en videre studie av Howard & Chung (2000) sammenlignet de sykepleieres holdninger med holdningene til pasienter, studenter og andre yrkesgrupper som møtte pasienter med rusavhengighet. Howard & Chung (2000) fant at pasienter med rusavhengighet ble oppfattet mer negativt på en rekke områder enn identiske pasienter som ikke var betegnet som rusavhengige. Der sykepleierne ble sammenlignet med andre grupper helsearbeidere fremgikk det at sykepleiere hadde mer negative og autoritære holdninger overfor rusavhengige enn andre helsearbeidere. Sykepleiere var mer støttende til tvungen behandling, og hadde mindre aksept for rusbruk hos enkeltpersoner og rusbruk i samfunnet generelt. Det fremkom av studien at holdningene til mennesker med rusavhengighet var bedre hos yngre sykepleiere og hos sykepleiere med mer utdanning (M. O. C. Howard, Sulki S., 2000).

I en systematisk oversikt fra Nederland (Boekel, 2013) ble det søkt etter studier som undersøkte holdningene helsearbeidere hadde overfor pasienter med rusavhengighet, og konsekvensene av dette. Boekel et.al. (2013) fant at helsearbeidere generelt hadde negative holdninger til pasienter med rusavhengighet. Helsearbeidere opplevde at faktorer som vold, manipulering og dårlig motivasjon påvirket det å skulle gi helsehjelp til pasientgruppen. I

tillegg manglet helsearbeiderne tilstrekkelig utdanning, erfaring og støtteapparat i arbeidet med pasientgruppen. Negative holdninger hos helsearbeiderne reduserte pasientenes opplevelse av empowerment og etterfølgende effekt av behandlingen. I ytelsen av helsehjelp hadde helsearbeidere en gjøremålsorientert tilnærming, dette resulterte i svekket empati og mindre personlig engasjement. I arbeidet med denne systematiske oversikten ble det lokalisert få studier som evaluerte konsekvensene av disse negative holdningene til pasienter med rusavhengighet (Boekel, 2013).

En australsk studie av Ford (2011) undersøkte hvordan mellommenneskelige utfordringer påvirker sykepleiere i møte med pasienter som bruker illegale rusmidler. Studien hadde både kvantitative og kvalitative elementer, 311 respondenter deltok. Analyse av spørreskjemaene viste at sykepleierne hadde erfart utfordringer med manipulering og trusler om vold i møte med pasientgruppen, som gjorde sykepleierne utrygge. At pasientene ikke tok ansvar for egen helse opplevdes også som utfordrende. Det anbefales at sykepleierne fortsetter å ha et pasientrettet fokus på pleien til tross for disse utfordringene. Videre anbefales undervisning på arbeidsplassen, og tiltak som ivaretar sikkerheten. Gjennom dette kan de få en pasientrettet og skadereduserende tilnærming til sykepleien ovenfor pasientgruppen. Det å akseptere pasientene med det livet de lever, og valgene de tar ses som en nøkkelstrategi i møte med pasientgruppen (Ford, 2011).

Den terapeutiske holdningen sykepleiere hadde overfor pasienter som brukte illegale rusmidler ble undersøkt i en kvantitativ studie fra Australia av Ford, Bammer & Becker (2008). I studien fant de at negative holdninger til illegale rusmidler hadde en statistisk signifikans i forhold til terapeutiske holdninger. De fant sammenheng mellom sykepleieres motstand mot illegale rusmidler og deres terapeutiske holdning, der økt motstand mot denne typen rusmidler gjorde at den terapeutiske holdningen sank. Rollen sykepleiere har ovenfor pasienter som bruker illegale rusmidler beskrives som komplisert og krevende, der sykepleierne sliter med å gi omsorg til pasientgruppen. For å fremme sykepleierens terapeutiske holdninger i møte med pasientgruppen kan undervisning om illegale rusmidler og støtte i rollen som sykepleier være nyttig (Ford et al., 2008).

Flere studier viste at helsearbeidere kunne oppleve møtene med pasienter med rusavhengighet som utfordrende. En dansk studie av Michaelsen (2012) hadde som hensikt å undersøke hvordan sykepleiere forholdt seg til pasienter som de anså som vanskelige. Den kvalitative

studien var inspirert av hermeneutisk fenomenologi. Dataene ble samlet inn ved deltagende observasjon, intervjuer av sykepleiere og pasienter, og granskning av pasientjournaler i hjemmesykepleien i Danmark. Datainnsamlingen tok 18 måneder, der det først ble gjennomført 18 deltagende observasjoner av 12 sykepleiere som besøkte 96 pasienter. Videre ble det gjort 12 deltagende observasjoner med 3 sykepleiere som besøkte 50 pasienter. Det ble gjennomført intervju med 4 av pasientene som sykepleierne opplevde som vanskelige, og 11 av sykepleierne. Pasientjournalene ble gransket, og 4 møter med ansattegruppen ble gjennomført. I studien fant de at pasienter med rusproblemer var en pasientgruppe som kunne virke provoserende på sykepleierne. Dette førte til at sykepleierne distanserer seg fra pasientene, og kommunikasjonen dem i mellom ble vanskelig (Michaelson, 2012).

En kvalitativ studie fra Canada av Macdonald (2007) hadde som hensikt å se utover det at pasienten kunne være kilde til vanskeligheter i møtene mellom sykepleier og pasient, og undersøke konteksten i pleiemøter for å se etter faktorer som bidro til at det oppstod vanskeligheter i møtene. Datainnsamlingen ble gjort gjennom 120 timer deltagende observasjon, samt intervjuer med 12 pasienter og 10 sykepleiere. I studien ble konteksten av pleiemøter undersøkt for å se etter faktorer som bidro til at det oppstod vanskeligheter i møtene. Pasienter som ble betegnet som «vanskelige» var pasienter som hadde en atferd som sykepleierne beskrev som krevende, manipulerende, uhøflig og lite samarbeidsvillig (Macdonald, 2007).

I gjennomgang av sykepleielitteratur som omhandlet vanskelige pasienter fant Macdonald (2007) kun beskrivelser av hvordan sykepleiere kunne få pasienter til å endre sin atferd. I studier der forskere så forbi dette og så etter andre faktorer som kunne bidra til vanskeligheter, fremkom det at dersom pasienter følte seg kontrollert førte dette til vanskelig atferd. Studien viste at ytre faktorer som pleieomgivelser, tilgjengelighet til utstyr og manglende samarbeid sykepleiere i mellom kunne bidra til vanskeligheter i møtet. Risikoen for vanskeligheter i disse møtene kunne minimeres dersom sykepleieren kjente pasienten (Macdonald, 2007).

### **2.5.3 Sykepleiere og andre helsearbeideres rolle i substitusjonsbehandling**

En systematisk oversikt fra Canada av Go, Dykeman, Santos & Muxlow (2011) omhandler sykepleierens rolle i behandling med metadon. Litteratursøk ble gjennomført i Medline, CINAHL, Embase, PsycINFO og Cochrane etter artikler publisert i tidsrommet 2000-2008,

både kvalitative og kvantitative studier ble inkludert. For å kunne utøve sykepleierollen på en kompetent måte overfor denne sårbare pasientgruppen, ble tilstrekkelig kunnskap trukket frem som spesielt viktig. Kunnskapen som kreves ble beskrevet som sammensatt og til dels kompleks. Det er viktig at sykepleiere forstår tegn og symptomer på tilbaketrekking fra behandlingen. Sykepleierne bør også ha kunnskap om viktigheten av sosial støtte, samt ha en holistisk tilnærming til avhengighet og skadereduksjonsprinsippene som ligger til grunn for behandlingen. I tillegg bør sykepleierne være bevisst sine egne verdier i forhold til behandlingen, ha strategier for bruk av empowerment i møte med pasientgruppen og ha kunnskap om samarbeidsressurser. Alt dette er viktig da de i studien fant at pasienter som møter positive, aksepterende og støttende omsorgsgivere har størst sannsynlighet for å opprettholde kontakten med helsevesenet (Go, Dykeman, Santos, & Muxlow, 2011).

En norsk multisenter tverrsnittsundersøkelse av Gjersing, Waal, Caplehorn, Gossop & Clausen (2010) undersøkte kunnskaper og holdninger hos 140 LAR ansatte i Norge. Til tross for et felles mål om redusert rusmisbruk og det å gi best mulig sosial rehabilitering ble det funnet ulikheter mellom de 14 LAR sentrene i Norge. Ut fra funnene i studien ble de ansatte delt inn i forhold til om de var ”skadereduksjonsorienterte” eller ”rehabiliteringsorienterte”. De som orienterte seg ut fra ”skadereduksjon” var uenige i at stoffmisbruk skulle møtes med disiplinære reaksjoner som eksklusjon og mente at alle med opiatavhengighet burde ha tilgang til LAR. De ”rehabiliteringsorienterte” hadde motsatt oppfatning (Gjersing, Waal, Caplehorn, Gossop, & Clausen, 2010).

#### **2.5.4 Konklusjon etter litteratursøk**

I arbeidet med litteratursøk ble det lokalisert studier som fortalte om forventninger og opplevelser pasienter med rusavhengighet hadde i møte med sykepleiere og andre helsearbeidere. Det ble også lokalisert studier som fortalte om opplevelser og holdninger hos sykepleiere og andre helsearbeidere i møte med pasienter med rusavhengighet. Studier som belyste sykepleiere og andre helsearbeidere sin rolle i substitusjonsbehandling ble også lokalisert. Det ble ikke lokalisert studier med pasientperspektiv relatert til møtet mellom pasienter med rusavhengighet og ansatte i hjemmebaserte tjenester. Det ble heller ikke lokalisert studier som belyste pasienter med rusavhengighet sin opplevelse av verdighet i møte med sykepleiere og andre helsearbeidere.

## 2.6 Møtet med pasienten

Møtet er et profesjonelt møte med en hensikt. Selv om møtet har hensikt og nytteverdi så advarer Henriksen og Aarflot (2002) mot at en lar dette bli for styrende, men også er bevisst på at møtet med pasienten har en verdi i seg selv. Hensikten med møtet beskrives som at pasienten «skal komme bedre til rette med sin situasjon» (Henriksen & Aarflot, 2002).

Bakgrunnen for møtet er at pasienten er innvilget hjemmesykepleie. Retten til hjemmesykepleie er regulert i Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) som sier at «kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester». Dette ansvaret «omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne».

Henriksen og Aarflot (2002) skriver at to dimensjoner er involvert i møtet mellom sykepleier og pasient. Rollen sykepleieren har som ansatt i den institusjonen vedkommende arbeider for, i tillegg en personlig dimensjon der en anerkjenner hverandre som noe mer enn rollene en har som sykepleier og pasient. For at en tillit skal kunne vokse frem i møtet må sykepleieren ta i bruk sine individuelle egenskaper og ikke fremstå upersonlig (Henriksen & Aarflot, 2002).

Som ansatt i hjemmebaserte tjenester kan sykepleieren føle seg fortrolig og erfaren i møtet med pasientene fordi en har møtt mange pasienter tidligere. Det er likevel viktig å huske på at i møtet med pasienten står sykepleieren også ovenfor noen en må bli kjent med, en fremmed slik det beskrives av Henriksen og Aarflot (2002). For at det skal bli et godt møte må både sykepleieren og pasienten overvinne denne fremmedheten. Dette gjør det mulig for sykepleieren å forholde seg til helheten i pasientens liv, og se vedkommende som en person og ikke en diagnose. Pasienten er uavhengig av kroppens status, en person med verdi i seg selv, og kan forholde seg til helsearbeideren som noe mer enn den som kun administrerer medisiner (Henriksen & Aarflot, 2002).

Henriksen og Aarflot (2002) skriver om betydningen av relasjoner mellom mennesker slik den beskrives av den jødiske filosofen Buber. I møte med andre står valget mellom å forholde seg i et jeg-du-perspektiv, eller et jeg-det-perspektiv. Dersom en velger å møte andre som «det», vil en forholde seg uten engasjement, på avstand og uberørt. Velger en derimot å møte den andre som et «du» oppstår en personlig relasjon. Et slikt møte kan gi rom for at sykepleieren kan være oppmerksom, engasjert, hengiven og omsorgsfull. Buber (1995)

skriver om viktigheten av å oppfatte det personlige nærværet i møtet, og beskriver forutsetningen for en ekte samtale slik:

Den främsta förutsättningen för ett äkta samtal är att var och en inför sin samtalspartner verkligen menar just denna andre människa. Jag upplever att hon till sin existens är en annan; att hon på just detta, för henne unika och särpräglade sätt till sitt vesen är annorlunda än jag. Jag accepterar den människa jag står inför, så att mina ord kan riktas med störste allvar till henne, just till den hon är (Buber, 1995, s. 43).

(Buber, 1995)

Poenget til Buber er at da vi trer inn i en personlig relasjon til andre kan vi bli den vi er som menneske. Dette er viktig for møtet mellom sykepleieren og pasienten, da pasienten ikke vil kunne oppleve seg som en person, som et «du» dersom sykepleieren ikke møter vedkommende som et «du», men som et «det». (Henriksen & Aarflot, 2002).

Møtet mellom sykepleieren og pasienten er i utgangspunktet en profesjonell relasjon, denne inneholder også en asymmetri. Balansen mellom distanse og nærhet er det sykepleieren som har ansvaret for å ivareta. Det er det som sykepleieren har med seg som person som er ressursen som skaper nærhet i situasjonen. Likeledes vil det som skaper avstand kunne handle om hva sykepleieren er som person i tillegg til det ansvaret vedkommende har i forhold til sine institusjonelle forpliktelser og sin yrkesrolle. Helheten i pasientens liv, det sjelelige, åndelige og legemlige kan bare ivaretas og møtes dersom sykepleieren er nærværende (Henriksen & Aarflot, 2002).

Selve sykepleierrelasjonen kjennetegnes av flere anliggender der sykepleieren skal fungere på en slik måte at de profesjonelle kravene fylles. I dette ligger det at vitenskapelige fakta er basis for funksjonen samt at etiske krav følges og at estetisk bevissthet brukes for å uttrykke disse. Sykepleieren må være bevisst på individualisering av sykepleiehandlingen. Ved å tilpasse ulike tiltak til den enkelte pasient på en unik måte kan sykepleiehandlingene realiseres (Lindström, 2003). Lindström (2003) skriver om den kontinuerlige sykepleierrelasjonen som kan oversettes med primærsykepleier eller primærkontakt, noe som innebærer at pasientene har en sykepleierrelasjon til en og samme sykepleier over tid. I denne relasjonen er det flere sentrale styringsfaktorer; målet for sykepleieprosessen, det virksomme i helseprosessen (sykepleiehandling), og pasientens ønsker og ressurser.

Henriksen og Aarflot (2002) skriver om fordelene med å få en personlig relasjon til en annen. I en slik relasjon vil pasientens menneskeverd kunne fremmes og ivaretas da sykepleieren har mulighet til å være oppmerksom, engasjert, omsorgsfull og hengiven. Gjennom denne relasjonen til et *du* har sykepleieren mulighet til å respektere pasientens frihet og autonomi. For at pasienten ikke skal oppleve å bli sett som en sak eller diagnose, men som et menneske, er det viktig at sykepleieren møter pasienten på en måte som gir rom for den helheten som pasienten er. Dette kan gjøres gjennom god forståelse som åpner opp mulighetene for å se mer enn det «punktuelle selvet». Slik kan møtet få preg av en personlig dimensjon slik det beskrives av Henriksen og Aarflot (2002).

Flere sykepleiehandlinger beskrives av Lindström (2003). Blant disse er sykepleiehandlingene omsorg og trygghet. Det å vise pasienten at man bryr seg om vedkommende kan være viktig for at pasienten skal oppleve omsorg. I forhold til at pasienten skal oppleve trygghet vil kontinuitet i tjenesten, nærværet og tilgjengeligheten til sykepleieren være viktige sykepleietiltak.

Det ligger mange elementer av fortolkning i møtet med andre. Henriksen og Aarflot (2002) skriver at fortolkning er nødvendig for å kunne utvikle en forståelse av andre. I dette ligger også det faktum at alle har en for-forståelse, en forståelse i forkant av møtet. Selv om dette aspektet ikke nødvendigvis er negativt, kan for-forståelse, ofte omtalt som fordom gjøre at helsearbeideren har en forståelse av pasienten før de møtes. Det som er viktig i forhold til dette er at helsearbeideren er villig til å endre på dette. Siden det å oppleve at en blir forstått er en viktig del av det å bli møtt, er det nødvendig med en åpenhet og frihet i situasjonen for både pasienten og sykepleieren. Det å føle seg forstått er en viktig side ved å bli møtt. I dette ligger det at pasienten blir sett som den pasienten er, og opplever å bli verdsatt.

I og med at det ligger en fortolkning i møtet, vil sykepleieren oppleve at en ikke bare møter pasienten, men også seg selv. Dette innebærer at sykepleieren i møtet kan bli konfrontert med egne fordommer og antakelser. Sykepleieren kan bli stilt overfor ting en ikke har nok kunnskaper om eller ikke mestrer, dette kan gjøre sykepleieren oppmerksom på egne begrensninger. Henriksen og Aarflot (2002) påpeker at vi vil bli mindre skikket til å møte andre på sikt dersom vi skammer oss over egne reaksjoner og følelser. Det er ikke pasienten som har ansvaret for å hjelpe sykepleieren som trenger veiledning og hjelp, og det er viktig at pasienten ikke opplever det slik.

I møtet med pasienten kan ikke helsearbeideren påføre pasienten sin egen forståelse av hvordan pasienten skal være, det å forstå pasientens måte å være pasient på vil være en

utfordring for sykepleieren. Det er viktig at sykepleieren er bevisst på at mennesker er forskjellige, slik at oppmerksomheten kan rettes mot det spesielle ved den vi møter. Henriksen og Aarflot (2002) skriver at pasienter er i en situasjon der vedkommende er sårbar, pasienten kan være i en situasjon som en ikke mestrer eller har kontroll over. Helsearbeideren kan stå i fare for å utøve en behandling som ikke tar hensyn til den enkeltes situasjon, eller virker invaderende dersom en overser det spesielle med pasienten en møter. (Henriksen & Aarflot, 2002).

Henriksen og Aarflot (2002) skriver om den gode nysgjerrigheten i møtet, hvordan den kan være en del av god omsorg og vise pasientene at vi bryr oss om dem. Den gode nysgjerrigheten uttrykker seg i oppmerksomhet og interesse, og ikke nødvendigvis i spørsmål. Målet skal være at den vi møter virkelig opplever seg møtt. Gjennom en slik nysgjerrighet kan helsearbeideren signalisere en interesse i pasienten, vedkommende kan bli noe mer enn diagnosen eller saken som konstituerer møtet. For å se forbi stereotypier i møtet med pasienten kan en god nysgjerrighet være til hjelp slik det trekkes frem av Henriksen og Aarflot (2002). Pasienten kan fremstå som et særpreget individ, få en opplevelse av at vedkommende er viktig gjennom at helsearbeideren viser en virkelig interesse. Slik kan det personlige i møtet komme frem gjennom den gode nysgjerrigheten (Henriksen & Aarflot, 2002).

I teorimodellen til Nåden (1999) er møtet en grunnleggende del av utøvelsen av sykepleie som kunst. Det at det i prinsippet ikke settes noen skiller mellom partene i dette møtets dype innhold og mening gjør at det asymmetriske forholdet mellom sykepleier og pasient som ofte beskrives kan forsvinne. Møtet kan bidra til å øke pasientens opplevelse av tilhørighet og verdighet. I møtet blir grenser utslettet på den måten at menneskeskapte roller ikke lenger eksisterer slik at begge deltagerne først og fremst er mennesker (Nåden, 1999).

## **2.7 Verdighet**

Eriksson (1995) beskriver flere dimensjoner ved begrepet verdighet. Om begrepets betydning skriver hun at det etymologisk blant annet betyr embete. Selve ordet stammer fra latin, der *dignitus*, *dignus* betyr troverdighet og likeverdighet. Verdi er et ord som ofte forbindes med verdighet, men de to begrepene kan ikke ses som synonyme. Begrepet verdighet beskrives som å ha både en indre og en ytre dimensjon begrepsmessig, der sedelighet, troverdighet og æresfølelse hører til den indre dimensjonen. Karakteristika som anseelse, verdig holdning, stilling, ære, utseende, rang og embete hører til den ytre dimensjonen. I dypeste forstand har



alle mennesker samme verdighet og verdi, i tillegg finnes en oppfatning av egen verdighet hos alle mennesker. Mennesket som person utgjøres av både den indre og den ytre verdigheten (Eriksson, 1995).

Det at sykepleierne ser pasientene i pasientmøtet er viktig. Det å ikke "se" mennesket, ikke gi det plass samt å ha en mangelfull etisk holdning beskrives som en mer abstrakt form for krenkelse av pasientens verdighet (Eriksson, 1995). Krenkelse av pasienters menneskeverd og verdighet utgjør den vanligste formen for pleielidelse slik det beskrives av Eriksson (1995). Pasientens muligheter til å ta i bruk sine innerste helseressurser hindres gjennom denne krenkingen av verdigheten. Mulighetene til å være menneske fullt og helt fratras pasienten ved at verdigheten krenkes.

Krenkelse av menneskers verdighet kan skje på flere måter. Konkrete og direkte handlinger kan krenke menneskets verdighet. Det å tiltale pasienten på en nonchalant måte, eller ved pleietiltak la være å beskytte pasienten på områder som personlige spørsmål eller berøring av intime soner trekkes frem som eksempler på dette. En mer abstrakt form for krenkelse er det å ikke gi mennesket plass og ikke «se» det, samt det å ha en etisk holdning som er mangelfull (Eriksson, 1995).

Eriksson (1995) beskriver to hovedkategorier verdighet som er spesielt betydningsfulle for pleien. Den ene kategorien knytter verdighet til det menneskelige embete, der mennesket har fått sin verdighet gjennom å være skapt i Guds bilde. Til denne absolutte verdi som menneske hører troverdighet og likeverd. Sin absolutte verdighet opplever mennesket da det tjener og eksisterer for andre mennesker, og dermed fullfører sin oppgave som menneske. Den andre kategorien av verdighet som har betydning for pleien er verdighet som verdi, der verdighet ses i en mer subjektiv eller relativ forstand. Verdien mennesket tilskrives ut fra samfunnets normer eller av andre mennesker, og den verdien mennesket tillegger seg selv tilhører denne subjektive eller relative kategorien av verdighet. Det at pasientens opplever å ha egenverdi er viktig for helseprosessen. Dersom pasienten på bakgrunn av skyld og skam ser seg selv som verdiløs vil dette kunne hindre helseprosessen (Eriksson, 1995).

Det å forhindre alle former for krenkelse samt gi mulighet for at pasienten skal få oppleve sin fulle verdighet er oppgaven til pleieren slik det beskrives av Eriksson (1995). Krenking av pasienters verdighet i alle former innebærer lidelse. I sykepleien kan en møte tre ulike former for lidelse, der lidelse som oppleves i forhold til sykdom og behandling betegnes som sykdomslidelse. Opplevelse av lidelse i forhold til selve pleiesituasjonen betegnes som

pleielidelse. Lidelse som oppleves i den enkeltes unike, egne liv betegnes som livslidelse (Eriksson, 1995).

Et viktig aspekt ved opplevelsen mennesker har av sin absolutte verdighet er det å eksistere og tjene for et annet menneske, gjennom dette kan oppgaven som menneske fullføres. Det å frata mennesker ansvar kan derfor samtidig berøve verdigheten. Retten til å verge seg mot inngrep tilhører også den menneskelige verdigheten. I tillegg kommer det at ens opplevelser blir ansett som sanne og at en som pasient og menneske blir tatt på alvor. En estetisk dimensjon finnes også i denne troverdigheten som handler om respektabel, anstendig og korrekt handling (Eriksson, 1995).

Mennesker opplever sin egen verdi ulikt, og av ulike grunner så tilskrives mennesker ulik verdi. På bakgrunn av skyld og skam kan pasienter oppleve seg selv som verdiløse. Pleierne vil også tilskrive de ulike pasientene ulik verdi, dette da pleierne ser på pasientene på forskjellig måte. Det å gi individuell pleie til hver pasient ses av Eriksson (1995) som å bekrefte menneskets verdighet i pleien. Det at man våger å opptre forskjellig overfor pasientenes ulikheter er en forutsetning for virkelig å bekrefte menneskets verdighet. Gjennom en slik tilnærming i møte med den enkelte pasient kan pleieren bekrefte den innerste verdighet hos hver og en i alle situasjoner (Eriksson, 1995).

Shotton & Seedhouse (1998) beskriver verdighet som det å være i en posisjon hvor en er kapabel, er i stand til noe. En generell definisjon av verdighet kan være at en person vil ha verdighet dersom han eller hun er i en situasjon hvor hans eller hennes evner anvendes effektivt. Dette gjør det viktig å tilpasse bestemmelsen av behov i forhold til den enkeltes evne. Spesielle forhold kan være forutsetninger for verdigheten til ethvert menneske. For å være i stand til noe trenger en visse ressurser som psykisk styrke, frihet fra ødeleggende tanker og følelser, informasjon, tid og frihet fra overveldende stress. Verdighet beskrives som noe den enkelte erfarer og føler, og ut fra dette noe som oppleves av enkeltmennesket. Verdighet tas for gitt for de fleste som lever et vanlig liv. De fleste av disse vil ha en fullstendig verdighet selv om de mister noe av sin kapasitet. Disse kan tåle tap i livene sine uten å bli fratatt verdigheten, og dersom det skjer, vil være i stand til å gjenoppbygge den (Shotton & Seedhouse, 1998).

Tap av verdighet kan ha bakgrunn i to typer situasjoner slik det beskrives av Shotton & Seedhouse (1998). Det ene er situasjoner som er dårlig tilpasset den enkeltes kompetanse, eller situasjoner en vanligvis mestrer hvor en mislykkes med å oppnå det en vanligvis klarer.

Begge kan føre til ulike nivåer av verdighetstap. Ved ubetydelig verdighetstap kan verdigheten enkelt gjenopprettes. Dersom det oppstår et alvorlig tap av verdighet vil det kreves betydelig innsats for at den skal kunne gjenopprettes. I tilfeller der noen opplever et knusende tap av verdigheten vil den umulig kunne gjenopprettes uten hjelp (Shotton & Seedhouse, 1998).

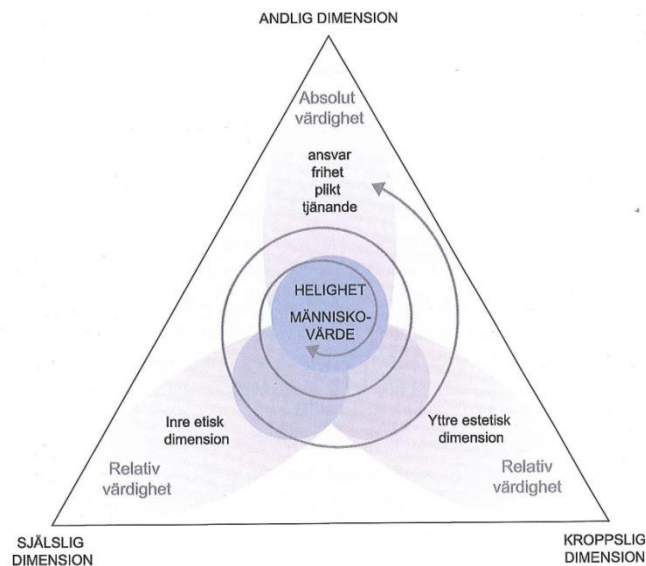
Hos noen mennesker kan verdigheten være sårbar, de kan ha vanskeligheter med å gjenoppbygge verdigheten selv om problemene som forårsaket verdighetstapet er løst. Eksempler på mennesker der verdigheten kan være sårbar er mennesker med psykisk sykdom, alkoholavhengighet eller spesielle sykdomstilstander. Disse menneskene kan falle raskt nedover i verdighetshierarkiet og ha vanskeligheter med å gjenoppbygge verdigheten selv om problemene som forårsaket verdighetstapet er løst. Det er derfor viktig at helsearbeideren forsøker å forebygge situasjoner der pasienter kan føle seg dumme eller inkompetente (Shotton & Seedhouse, 1998).

Nordenfeldt (2004) beskriver flere typer verdighet. «Dignity of merit» er verdighet knyttet til sosial status og posisjon, den eksisterer i ulike grader og kan komme og gå. «Menschenwürde» er den universelle menneskelige verdigheten. Den gjelder alle mennesker i like stor grad og kan ikke forsvinne så lenge personen eksisterer. To andre typer verdighet beskrives også av Nordenfeldt (2004). Det er verdighet knyttet til moral og eksistensiell vekst som kan bli redusert eller tapt gjennom umoralske gjerninger. Verdighet knyttes også til identitet, og denne typen verdighet er knyttet til individets kropp og sinn og kan henge sammen med selvbildet til vedkommende. Verdighet kan komme og gå som et resultat av medmenneskers gjerninger og også som et resultat av endringer i kroppen og sinnet til vedkommende (Nordenfeldt, 2004).

Hos Edlund (2002) beskrives menneskers verdighet som å ha to dimensjoner. Til dels en absolutt verdighet som er gitt mennesket gjennom skapelsen og derfor ikke kan berøves vedkommende. I dette ligger et absolutt menneskeverd, men også bærende verdier som ansvar, frihet og plikter. Den andre dimensjonen er en relativ verdighet som er påvirket og formet av kultur og samfunn. Dette gjør at den kan forandres og raseres, men også gjenopprettes. Den kilden av verdier som her former verdigheten er hierarkisk ordnet med den mest betydningsfulle verdien for opplevelsen av egen verdighet øverst. I mennesket foregår en stadig streben etter å oppleve verdighet og dette gir rom for bevegelse i hva som oppleves som viktigst for å oppnå verdighet. Når mennesker ikke lenger kan nå verdier som ble ansett

som de mest sentrale for å oppleve verdighet vil de la andre verdier tre frem og bli betydningsfulle for opplevelsen av verdighet (Edlund, Lindwall, Post, & Lindström, 2013).

I sin avhandling «Människans värdighet- ett grundbegrep inom värdvetenskapen» fremstiller Edlund (2002) en begrepsmessig modell av verdighet:



(Edlund, 2002 s. 108)

Den likesidede trekanten symboliserer menneskets dimensjoner kropp, sjel og åndelighet. Øverst symboliseres den absolutte verdigheten med de to delene den består av. Der er den innerste delen verdiene hellighet og menneskeverd. Denne delen omslutes av frihet, ansvar, plikt og tjeneste. Den nedre delen av trekanten viser den relative verdigheten, bestående av en indre etisk dimensjon og til dels en ytre estetisk dimensjon.

I den sjelelige dimensjonen av enheten mennesket finnes den indre etiske dimensjonen av verdigheten, som gir uttrykk for opplevelsen av verdighet. Her hører verdier som «stolthet, aktelse, nobless, dignitet, stilling og rang» hjemme i følge Edlund (2002, s. 111). Den ytre estetiske verdigheten tilhører den kroppslige dimensjonen av enheten menneske. Verdier som «aktelse, grandezza, pondus og fatning» tilhører denne dimensjonen (Edlund, 2002, s.111 ). I opplevelsesverden til mennesker finnes verdier som en etisk indre relativ verdighet, men også som konkrete erfaringer via handlinger og attributter, som en estetisk ytre relativ verdighet. Spiralen i midten av figuren viser den bevegelsen som finnes blant samtlige verdier for å bevare verdigheten (Edlund, 2002).

## 2.8 Stigma

Goffman (1963) skriver om begrepet stigma som situasjonen til individer som diskvalifiseres fra full sosial akseptering. Begrepet er av gammel opprinnelse, brukt av de gamle grekerne som betegnelse på kroppslige merker, skåret eller brent inn i huden på de som ble sett på som urene eller mindre verdt slik som slaver eller kriminelle. I dag viser ikke begrepet lenger til fysiske kjennetegn, men brukes som en betegnelse på det å dekkreditere andre.

I møte med nye mennesker gir vi mer eller mindre ubevisst vedkommende en sosial identitet. Noen ganger finner vi, mer eller mindre ubevisst, negative trekk eller egenskaper hos vedkommende som gjør at vi reduserer vedkommendes verdi. Slike negative trekk som tillegges andre kalles stigma. Goffman (1963) beskriver tre ulike former for stigma. Han beskriver kroppslige stigma, knyttet til ulike fysiske misdannelser. Gruppemessige stigma er knyttet til for eksempel rase og religion. Rusavhengighet og psykisk sykdom knyttes opp mot karaktermessige stigma som viser til egenskaper som ses på som resultat av lite viljestyrke eller anses som unaturlige.

I begrepet stigma ligger et dobbelt perspektiv. Enten at den stigmatiserte antar at hans stigma er kjent allerede eller synlig umiddelbart. Eller at den stigmatiserte antar at hans stigma ikke er kjent eller ikke synlig umiddelbart for de han møter. For mennesker som bærer et stigma kan det innebære det som Goffman (1963) beskriver som «Moral Career». Bæreren av stigmaet lærer seg først hva det innebærer å bære et stigma og innlemmer andres standpunkt i forhold til dette. Deretter lærer vedkommende at en selv bærer et stigma og konsekvensen av det.

Holdningene overfor de som bærer et stigma kan være velkjente. En person som bærer et stigma kan bli sett på som ikke «helt menneskelig». Denne ubetenksomme diskrimineringen kan føre til at livssjansene til vedkommende reduseres. Det konstrueres en teori om at personens stigma kan forklare atferden til vedkommende, og faren som vedkommende representerer. Nedsettende betegnelser kan bli brukt om vedkommende. En defensiv respons fra vedkommende vil videre kunne knyttes til vedkommende sitt stigma og slik rettfærdiggjøre måten vedkommende behandles på (Goffman, 1963).

Noen individer kan være relativt upåvirket av det som ses på som vedkommende sitt stigma. De er ikke bevisst sine såkalte feiltrekk/skavanker. De beskyttes også av at de har sine egne

oppfatninger av hva som kreves av dem. Slik kan de være bærere av et stigma uten å bli undertrykket av dette.

Som oftest vil den som bærer et stigma ha samme oppfatningen som resten av samfunnet. Bæreren av stigmaet ser selv hva de ikke lykkes med, og blir dermed enig i andres oppfatninger, noe som kan føre til skamfølelse. Også andre måter å bære et stigma på beskrives av Goffman (1963). Noen stigmatiserte forsøker å rette på situasjonen ved å lære seg nye ting. Andre bruker sitt stigma som unnskyldning eller forklaring på hvorfor ting har blitt som de har blitt (Goffman, 1963). I møte med andre kan den som bærer et stigma bli usikker på hvordan en vil bli oppfattet og tatt i mot. Det kan oppstå vanskeligheter i møter mellom de som bærer et stigma og de som ikke gjør det. Dette kan føre til at den som bærer et stigma kan bli behandlet som bedre eller dårligere enn vedkommende er. En annen strategi kan være at vedkommende ignoreres.

Den stigmatiserte kan oppleve støtte fra andre, slik Goffman (1963) beskriver det. Disse kaller han «The Own and the Wise». «The Own», sine egne, er de som deler samme stigma. «The wise» er en annen gruppe som kan gi støtte til de som bærer et stigma. Sykepleiere tilhører denne gruppen og trekkes frem i kraft av å være i en omsorgsrolle overfor mennesker som bærer et stigma.

### **3 Metodologi**

#### **3.1 Design**

En kvalitativ tilnærming er valgt for å belyse problemstillingen. Forskningsdesignet er i hovedsak deskriptivt med innslag av tolkning. Siden det i arbeidet med litteratursøk ikke ble lokalisert artikler som belyste møtet mellom pasienter med rusavhengighet og ansatte i hjemmebaserte tjenester ut fra et pasientperspektiv vil studien også ha eksplorative elementer.

Et eksplorativt-deskriptivt forskningsdesign kan benyttes der det finnes lite eller ingen forskning på et spesielt område, eller der forskningen er gjort på en annen populasjon enn den som omhandles i studien. Eksplorative design er ofte benyttet i studier der en forsøker å se verden slik informanten i studien ser den. Deskriptive design kan benyttes der karakteristikk hos en spesiell populasjon er ukjent eller ufullstendig (Brink & Wood, 1998).

I studien ble erfaringer pasienter med rusavhengighet har gjort med verdighet i møte med ansatte i hjemmebaserte tjenester samlet inn for å få en større forståelse for dette møtet.

#### **3.2 Fenomenologi og hermeneutikk**

Studien inneholder både fenomenologiske og hermeneutiske komponenter. Gjennom kvalitative forskningsintervju er det forsøkt å få innblikk i pasientgruppens erfaringer og opplevelser for slik å få innsyn i deres livsverden. Intervjuene ble transkribert og deretter analysert og fortolket ved hjelp av en hermeneutisk tolkningsprosess (Nåden & Braute, 1992).

Thornquist (2003) skriver at fenomenologien fremstilles som læren om det som viser seg og kommer til syne. Verden ses ikke uavhengig av subjektet, en retter oppmerksomheten mot verden slik den erfares for subjektet. Når en ønsker å utforske særpreget til noe kan en fenomenologisk tilnærming gjøre at en kan «gå tilbake til saken selv», slik det beskrives av Nåden og Braute (1992).

Husserl ses som grunnleggeren av fenomenologien, han var opptatt av hvordan fenomener fremstår for bevisstheten. Det er derfor nødvendig å legge veien om bevisstheten for å kunne studere verden slik Husserl så det. Menneskets bevissthet er alltid rettet mot noe, den er aldri tom. Det at bevisstheten alltid er rettet mot noe og aldri er tom kaller fenomenologer intensjonalitet (Thornquist, 2003). Helenius (1990) skriver at intensjonalitet betyr at gjenstander, objekter eller ideer alltid ses som noe. Videre skriver Helenius (1990) at gjennom

intensjonelle handlinger får objektet selv en kognitiv konstitusjon og settes dermed inn i en spesiell erfaringsfære. For fenomenologene er det viktig at denne avledes av hverdagslivet, av livsverden.

Livsverden er et sentralt begrep innenfor fenomenologien. Thornquist (2003) skriver at for Husserl var livsverden den felles verden som omgir oss. I dette ligger den verden mennesker ikke forholder seg analytisk og reflekterende til, men den ureflekterte og naive erfaringen av verden. Denne menings- og erfaringsverden kommer til uttrykk på ulike vis. Livsverden inkluderer det som aktøren selv ikke kan artikulere fordi det tas for gitt. Det gjør at vi kan få tilgang til den ved å analysere produkter og spor av menneskelig virksomhet som ulike praksiser og samtaler. Slik kan en fenomenologisk tilnærming gi tilgang til å undersøke verden slik den oppfattes og erfares av aktørene (Thornquist, 2003). Livsverden og erfaringer er to sider av samme sak da livsverden blir beskrevet som den erfarte virkeligheten (Nåden & Braute, 1992). Nåden og Braute (1992) skriver at det settes et strengt rettferdighetskrav i den fenomenologiske metoden der forskningsobjektet ikke skal gjøres urett. For at kjernen i saken skal kunne belyses må alt som har med fenomenet å gjøre gis mulighet til å komme frem.

For å tolke de innsamlede data vil en hermeneutisk tilnærming bli brukt. Om opprinnelsen til begrepet hermeneutikk skriver Thornquist (2003) at det viser til det greske ordet *hermeneuein* som betyr å tyde, utlegge eller forstå. Helenius (1990) skriver at hermeneutikk fremfor alt betyr tolkningslære. I sentrum for hermeneutikkens kunnskapsinteresse står mennesket og dets relasjoner til andre mennesker. På dette punktet er ikke skillet så stort mellom fenomenologi og hermeneutikk slik det beskrives av Helenius (1990). Slik sett kan både fenomenologien og hermeneutikken være godt egnet for studier av spesielle sosial situasjoner og individuelle problemer.

Både utgangspunktet og målet for hermeneutisk tolkning er forståelsen slik det beskrives av Helenius (1990). For Gadamer som regnes som far til den nyere hermeneutikken var forforståelsen viktig da den gjør ulike tolkningsteknikker mulig og også setter grenser for dem (Nåden & Braute, 1992). Gadamer rehabiliterte begrepet *fordom*, i tankeverden til Gadamer var det et nøytralt begrep som viste til at vi møter fenomener med en bakgrunnskunnskap eller forforståelse. I dette ligger det å erkjenne at vi alltid har en forutforståelse, vi møter aldri noe uten forutsetninger. I møtet med teksten, handlingen eller saken har vi med oss erfaringer og tanker som vil være med og bestemme hva vi forstår og hva vi fortolker. Begrepet



forståelseshorisont brukes om disse forventningene, oppfatningene og erfaringene vi har med oss (Thornquist, 2003).

Målet med den hermeneutiske tolkningsprosessen er å forstå det fenomenet som utforskes. Når vi skal forstå en tekst må vi se delene i teksten i lys av en helhet. Denne bevegelsen fra del til helhet kalles den hermeneutiske sirkel (Nåden & Braute, 1992). Uttrykket problematiserer hele forståelsesprosessen, og spesielt spørsmålet om å løfte seg til en videre og dypere og mer meningsfull forståelse. Like lite som forståelsen kan skilles fra tolkningen kan den betegnes som dets redskap, og skilles fra de premisser den selv bygger på, det vil si forforståelsen (Helenius, 1990). Thornquist (2003) beskriver den hermeneutiske sirkel som en dynamisk erkjennelsesprosess der en forsøker å forstå delene og helheten best mulig ved å pendle mellom dem. Hun beskriver også selve prosessen mer som en spiral enn en sirkel da den videre bevegelsen ikke fører deg til samme sted, men bidrar til en stadig økende forståelse. Ved at en som forsker kontinuerlig fordyper seg i sin meningsforståelse kan det oppnås stadig nye måter og forstå på og slik kan forskeren oppnå en dypere innsikt (Thornquist, 2003).

## **4 Metode**

I dette kapitlet beskrives studiens forskningsdesign. Metoden for datainnsamlingen, og refleksjoner omkring forforståelse og forskerrolle presenteres. Gjennomføringen av datainnsamling med utvalg, utarbeidelse av intervjuguide, gjennomføring av individuelle intervju og transkribering beskrives. Det redegjøres for etiske overveielser, studiens relevans, reliabilitet og validitet belyses avslutningsvis i kapitlet.

### **4.1 Forskningsintervju**

Kvalitativt forskningsintervju er brukt som metode for datainnsamling. Målet i forskningsintervjuet er å produsere kunnskap. Kunnskapen produseres sosialt gjennom interaksjonen mellom informanten og intervjueren. En forsøker ved hjelp av kvalitative forskningsintervju å forstå verden slik intervjupersonen forstår den (Kvale & Brinkmann, 2009). For å få intervjupersonene til å dele konkrete hendelser som kan fortelle om erfaringer og slik lede til en opplevd historie har jeg forsøkt å stille spørsmål som inviterer til dette slik som det beskrives av Malterud (2011). Kvale & Brinkmann (2009) skriver at kvalitative

intervjuer er deskriptive. I det ligger det at det å spørre intervjupersonene om hvorfor de handler og opplever ting som de gjør er forskerens primære oppgave.

Det ble gjennomført individuelle forskningsintervjuer med intervjupersonene. I intervjusituasjonen ble det tatt utgangspunkt i en semistrukturert intervjuguide. Det er ikke ønskelig å standardisere intervjusituasjonen i kvalitative studier (Malterud, 2011).

Oppfølgingsspørsmålene som er stilt under intervjuene har ikke vært standardisert, de har tatt utgangspunkt i de erfaringene som intervjupersonene har fortalt om. Dette for å forsøke å få frem intervjupersonenes historie og slik Malterud (2011) beskriver det: «utvikle en samtale der det kvalitative får en stemme».

## **4.2 Forforståelse og forskerrolle**

Da jeg valgte tema for masteroppgaven tok jeg utgangspunkt i et tema og en pasientgruppe som jeg har et personlig engasjement for. Før jeg startet arbeidet med prosjektet skrev jeg en tekst om min forforståelse slik at jeg kunne gå tilbake til dette dokumentet for å se hva som var mitt utgangspunkt. Malterud (2011) skriver om forforståelsen som en bagasje som vi tar med oss inn i prosjektet og som vi må ha et bevisst forhold til for å unngå at denne forforståelsen overskygger de funnene vi kan gjøre i arbeidet med det empiriske materialet.

I møtet med intervjupersonene i prosjektet har jeg lært mye nytt og erfart at ting er mer sammensatt og nyansert enn jeg trodde på forhånd. Jeg har også fått bekreftet noen av de oppfatningene jeg hadde. I ettertid tror jeg at det var fornuftig å skrive ned sin egen forforståelse i starten av prosjektet, og jeg vurderer det som en styrke for prosjektet at jeg ikke fikk bekreftet alle mine oppfatninger.

Det er seksten år siden jeg var ferdig utdannet sykepleier. I løpet av disse årene har jeg arbeidet både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Før jeg bestemte meg for å bli sykepleier tok jeg grunnfag i velferdssosiologi og interessen for det mellommenneskelige i sykepleieryrket er noe jeg har hatt med meg i min yrkesutøvelse. Jeg har erfart at pasienter heldigvis som oftest blir møtt med respekt og forståelse av helsepersonell, men jeg har også opplevd det motsatte. En pasientgruppe som jeg har opplevd kan bli møtt annerledes enn andre, er pasienter med rusavhengighet. Personlig har jeg opplevd at pasienter med rusavhengighet kan bli møtt med skepsis og mistenksomhet av ansatte i helsesektoren. Dette

er noe jeg har oppfattet som krenkelse av pasientene. Jeg synes derfor at det kunne være interessant å finne ut mer om pasientgruppens opplevelse av verdighet i møtene med helsepersonell.

Jeg har fra tidligere gjort erfaringer med å arbeide med pasienter med rusavhengighet. Pasientgruppen møtte jeg da jeg arbeidet som sykepleier på medisinsk avdeling i spesialisthelsetjenesten i ni år. Da jeg senere fikk mulighet til å arbeide i et lavterskeltilbud til mennesker med rusavhengighet i en kommune, fikk jeg større kjennskap til hvilke utfordringer disse pasientene kunne møte i livene sine. I dag arbeider jeg en stabsfunksjon i en annen kommune, selv om jeg ikke arbeider direkte pasientrettet har jeg kjennskap til at oppfølging av pasienter med rusavhengighet kan oppleves utfordrende for personalet. I denne masteroppgaven er intervjupersonene pasienter i LAR som har tilbud om hjemmesykepleie. Dette er en pasientgruppe som jeg bare hadde noe kjennskap til på forhånd. Det at jeg ikke hadde inngående kjennskap til LAR- behandling opplevde jeg ga meg møte med noe nytt, det ga en avstand til feltet som gjorde at jeg fikk mulighet til å bli en slags «oppdagelsesreisende» i deres erfaringer.

Jeg opplever at jeg har et sterkt engasjement for pasienter med rusavhengighet selv om jeg i dag ikke arbeider direkte pasientrettet med pasientgruppen. Malterud (2011) oppfordrer til at en bør søke råd fra andre dersom en har et sterkt engasjement for det en vil utforske for å forebygge at studien blir en bekreftelse på egne meninger. I arbeidet med prosjektet har jeg forsøkt å beholde en åpen og undrende tilnærming til materialet. Jeg har også vært lydhør for innspill fra de som arbeider med pasientgruppen til daglig og min veileder i prosjektet.

Det at de empiriske dataene skal reflektere meningene og erfaringer til intervjupersonene slik Malterud (2011) beskriver har vært et mål. Jeg opplever at jeg i møte med intervjupersonene har hatt en oppriktig interesse for å lytte til den historien de kan fortelle om sine erfaringer med møtet med ansatte i hjemmebaserte tjenester. Alle intervjupersonene ble rekruttert av ansatte i LAR. I møtet med intervjupersonene opplevde jeg at min rolle som forsker var tydelig for intervjupersonene. Dette hang nok sammen med at de ansatte i LAR som rekrutterte intervjupersonene presenterte det som en mulighet til å delta i et forskningsprosjekt.

I arbeidet med intervjuene forsøkte jeg å være bevisst på at det skulle være et forskningsintervju og ikke en form for terapeutisk samtale slik det beskrives av Kvale & Brinkmann (2009). Jeg opplevde at intervjupersonene var veldig åpne i intervjuene. I det de

fortalte med utgangspunkt i spørsmålene i intervjuguiden ble flere av intervjupersonene emosjonelt berørt. Jeg forsøkte da å anerkjenne deres historie uten å analysere den eller legge spesielt vekt på det emosjonelle, men forsøke å lede dem videre i intervjuet i henhold til intervjuguiden.

### 4.3 Utvalg

Undersøkelsen ble gjennomført i Norge. For å belyse problemstillingen har seks pasienter deltatt som intervjupersoner.

For å kunne rekruttere pasienter med rusavhengighet som hadde vedtak om hjemmesykepleie ble det tidlig i prosessen klart at pasienter i LAR (legemiddelassistert rehabilitering) kunne være en aktuell pasientgruppe. Bakgrunnen for at jeg hadde kjennskap til pasientgruppen var at jeg tidligere i studiet har skrevet en fordypningsoppgave i Klinisk etikk som omhandlet problemstillinger omkring oppfølging av pasientgruppen i hjemmebaserte tjenester. Jeg henvendte meg derfor til avdelingsleder ved en ruspoliklinikk som har ansvar for oppfølgingen av pasienter i LAR. Det ble oppnevnt to kontaktpersoner som arbeidet ved ruspoliklinikken som skulle hjelpe meg med å rekruttere intervjupersoner. Det første samarbeidsmøtet med kontaktpersonene ble avholdt høsten 2014. Før samarbeidsmøtet forelå det godkjenning fra REK og de ansatte hadde mottatt prosjektbeskrivelsen for prosjektet slik at de hadde satt seg inn tankene bak prosjektet før vi møttes. De ansatte i LAR som er mine kontaktpersoner har i møter med andre ansatte i LAR diskutert aktuelle kandidater og deretter valgt ut de som de har ansett som aktuelle intervjupersoner.

Inkluderingskriteriene i prosjektet har vært at pasientene er i behandlingstilbudet LAR (Legemiddelassistert rehabilitering) og mottar hjemmebaserte tjenester. Pasientene som skulle inkluderes i prosjektet måtte ha vært i behandlingstilbudet LAR i minst ett år og være bosatt i det som ble ansett som akseptabel geografisk avstand i forhold til praktisk gjennomførbarhet av prosjektet. Det var ønskelig å tilstrebe en kjønnsfordeling på 50/50 kvinner og menn. I tillegg var det ønskelig å rekruttere pasienter som ble ansett som både godt og dårlig fungerende i LAR. Dette ble gjort ved at det ble rekruttert pasienter med ulike behandlingsperspektiv, da ut fra om dette var ansett som rehabiliterende eller skadereduserende.

Rekrutteringen av intervjupersonene foregikk ved at ansatte i LAR informerte om prosjektet og spurte aktuelle intervjupersoner om de kunne tenke seg å delta. Dersom pasientene ønsket

å delta, samtykket de til at jeg kunne ta kontakt med dem. Det ble opprettet kontakt med intervjupersonene ved at jeg ringte dem eller sendte sms. Bakgrunnen for at jeg sendte dem sms var at det ble oppgitt at noen var engstelige for å snakke i telefonen. Det var også slik at noen ikke tok telefonen fordi jeg ringte fra et telefonnummer som var ukjent for dem. Jeg sendte da en sms om at det var jeg som ringte og opprettet da kontakt ved at de senere besvarte telefonsamtalen da de visste at det var jeg som forsøkte å kontakte dem.

Jeg opplever at det har vært en stor fordel at det er ansatte i LAR som har valgt ut aktuelle intervjupersoner. De har forsøkt å rekruttere det de anser som et representativt utvalg av sine pasienter ut fra inkluderingskriteriene. Siden de har primæransvar for enkeltpasienter kunne de gjøre gode vurderinger om hvorvidt pasientene kunne delta som intervjupersoner eller ikke. En del av pasientene som har deltatt som intervjupersoner har mange utfordringer i livene sine. Det har derfor vært greit at de som kjenner dem godt har vurdert det slik som at det ikke vil være noen ekstra belastning for pasientene at de blir kontaktet av meg.

I forhold til inkluderingskriteriene opplevde jeg at de ansatte i LAR ga et godt råd om hvordan en kunne definere om pasienten var godt eller dårlig fungerende i LAR. De mente det var fornuftig å rette oppmerksomheten mot hva som er definert som målet for behandlingen for den enkelte pasient, behandlingsperspektivet, om målet for behandlingen er rehabilitering med et mål om rusfrihet, eller skadereduksjon. Behandlingsperspektivet ble vurdert ut fra hva kontaktpersonene i LAR opplevde at det var. I intervjusituasjonen ble pasientene spurt om hva de tenkte om dette. Det fremkom at to av de seks intervjupersonene hadde en behandlingsperspektiv som ble ansett som rehabiliterende, en hadde et tilbud som i hovedsak ble ansett som skadereduserende. De tre andre hadde et tilbud som ble ansett som en kombinasjon av de to behandlingsperspektivene.

Det kan være verdt å merke seg at det i utgangspunktet var de ansatte i LAR som vurderte hvilken av de to gruppene pasientene plasseres i ut fra hva de anså som realistisk for pasienten. Det var ikke dermed sagt at pasientenes syn på saken samsvarte helt med oppfatningen til de ansatte i LAR. I mine møter med pasientene var dette ikke noe tema for diskusjon i tilfeller der jeg opplevd at det ikke var samsvar mellom det de ansatte i LAR oppga og det intervjupersonene fortalte. Jeg valgte da å oppgi behandlingsperspektivet som en kombinasjon av de to behandlingsperspektivene.

Det viste seg at det ikke var gjennomførbart å rekruttere like mange kvinner som menn. Kjønnfordelingen viser en kvinneandel i LAR på 30.2 % i 2013. Andelen kvinner i LAR har

vært i underkant av 30 % de siste årene (SERAF, 2014). Av kvinnene som var i behandlingstilbudet LAR og hadde hjemmebaserte tjenester ble flere vurdert av sine primærkontakter i LAR som for dårlig fungerende psykisk til å kunne delta i prosjektet. En kvinne som først sa ja til at jeg kunne ta kontakt med henne trakk seg senere på grunn av sterk angst. Det endte opp med at to kvinner deltok som intervjupersoner i prosjektet.

#### **4.4 Utarbeidelse av intervjuguide**

I intervjuene ble det tatt utgangspunkt i en semistrukturert intervjuguide. Intervjuguiden var utformet slik at den kunne belyse forskningsspørsmålene i prosjektet. For å få svar på hva som konstituerer møtet mellom pasienten og helsearbeideren ble det stilt et åpent spørsmål der intervjupersonene ble bedt om å fortelle om tjenesten de mottar fra hjemmebaserte tjenester. De neste spørsmålene gikk på hvilke forventninger de hadde til de ansatte og hvordan de ønsket at de skulle bli møtt.

For å belyse forskningsspørsmålet om hva verdighet er for intervjupersonene fikk de et åpent spørsmål om hva de la i ordet verdighet. I samarbeidsmøte med ansatte i LAR før datainnsamlingen kom det frem at de ansatte var usikre på om intervjupersonene kunne svare på dette spørsmålet. Spørsmålet ble derfor evaluert spesielt etter at to intervjuer var gjennomført. Jeg vurderte det da slik som at spørsmålet fortsatt kunne brukes, og at det var viktig for å rette oppmerksomheten til intervjupersonene mot verdighet som står helt sentralt i studien.

De neste spørsmålene dreide seg om intervjupersonene kunne fortelle om et godt møte med ansatte i hjemmebaserte tjenester, og hva som kjennetegnet dette møtet. De ble deretter bedt om å beskrive opplevelser som ikke hadde vært positive, og hva som kjennetegnet dette møtet. Intervjupersonene fikk også spørsmål om hva de hadde satt mest om minst pris på. I utarbeidelse av intervjuguiden var det er poeng for meg at oppmerksomheten ble rettet mot det positive først, før en rettet oppmerksomheten mot det som ble erfart som negativt. Dette da jeg antok at det å sette fokus på negative opplevelser først kunne ta fokus bort fra de positive møtene de hadde hatt.

Til slutt i intervjuguiden ble oppmerksomheten igjen rettet mot verdighet. Dette for å besvare forskningsspørsmålene i studien om hvordan intervjupersonene opplevde at verdighet kan opprettholdes og fremmes i møte med ansatte i hjemmebaserte tjenester, og hva intervjupersonene mente kan være til hinder for verdighet. For å belyse dette fikk de først et

åpent spørsmål om hva de tenkte skulle til for at de som pasienter skulle oppleve verdighet i møte med ansatte i hjemmebaserte tjenester. De fikk deretter et spørsmål om hva som kunne hemme eller være til hinder for verdighet i møte med de ansatte i hjemmebaserte tjenester. Intervjuene ble avsluttet med et helt åpent spørsmål der de ble spurt om det var noe i forhold til det vi snakket om som de ønsket å fortelle mer om.

#### **4.5 Planlegging og gjennomføring av individuelle intervju**

Forskningsintervjuene ble gjennomført i perioden oktober 2014 – mai 2015. Det var noen utfordringer med å rekruttere intervjupersoner. I rapporten til SERAF (2014) fremgår det at omkring 50 % av pasientene i behandlingstilbudet får medikamentet sitt gjennom apotekene. I det geografiske området intervjupersonene i studien ble rekruttert var andelen som hadde apotek som utleveringssted noe høyere (SERAF, 2014). Andre pasienter i LAR får medikamentet i regi av kommunalt tjenesteapparat. Dette betyr ikke nødvendigvis at de mottar medikamentene fra hjemmebaserte tjenester. Jeg erfarte også at pasientgruppen kan ha mange utfordringer i livene sine, de ansatte i LAR vurderte det derfor slik at spørsmål om deltagelse i studien ikke egnet seg for alle. Dette var på bakgrunn av at noen av pasientene hadde en psykisk tilstand med mye angst, eller veldig kaotiske forhold i livene sine som gjorde at en forespørsel om deltagelse i prosjektet ble ansett som å kunne være en belastning for dem.

De som ble vurdert som aktuelle intervjupersoner ble forespurt om mulig deltagelse i studien av sin kontaktperson i LAR. Dersom de takket ja til dette fikk jeg beskjed fra ansatte i LAR om at jeg kunne kontakte vedkommende. Jeg opprettet da kontakt med intervjupersonene på telefon eller sms. Jeg lot intervjupersonene bestemme når de ville møte meg og hvor. Dette gjorde at intervjuene i noen tilfeller måtte finne sted raskt etter første kontakt med enkelte av intervjupersonene. I andre tilfeller tok det litt tid før vi kunne møtes. For at intervjupersonene skulle føle seg så trygge som mulig i intervjusituasjonen lot jeg dem komme med forslag for hvor intervjuet skulle finne sted. Dette gjorde at intervjuene fant sted på ulike steder. To ønsket at intervjuet skulle finne sted hjemme hos dem. To ønsket å møtes på et møterom i en kommune, en annen ønsket å møtes på et kontor i lokalene til LAR. For en intervjuperson var det kun noen få steder som vedkommende følte var trygge. Vedkommende foreslo at vi kunne møtes på en kafé et stykke fra bostedet sitt eller i kantinen på et psykiatrisk sykehus. Særlig fremhevet han kantinen på sykehuset som et sted han følte seg trygg. Siden jeg antok at det å

velge et spisested som møtested kunne forstyrre datainnsamlingen samt at det ble vanskelig å skjermes intervjupersonen fikk jeg reservert et møterom på sykehuset der vi kunne møtes.

Før intervjuet startet forsøkte jeg å legge opp til å snakke litt med intervjupersonene om løst og fast, identifisere punkter som kunne bedre kontakten. Gjennom samtalen forsøkte jeg å skape en hyggelig atmosfære. Det har vært viktig for meg å tilstrebe en god mellommenneskelig kontakt i møtene med den enkelte intervjuperson. Jeg forsøkte å være positiv og aktiv lyttende i møtet med den enkelte intervjupersonen. Under intervjuene forholdt jeg meg til intervjuguiden, men forsøkte å få samtalen til å flyte slik at spørsmålene kunne inngå som en naturlig del av samtalen. Før intervjuet startet forsikret jeg meg om at de forstod hva det innebar å være intervjuperson og gikk gjennom skjema for informert samtykke. Jeg la også vekt på å forsikre meg om at de forstod at samtalen ble tatt opp på bånd. Det ble brukt to opptaksmaskiner under alle intervjuer, disse la jeg mellom meg selv og intervjupersonene.

Da jeg tok intervjuguiden i bruk var jeg åpen i forhold til at det kunne bli nødvendig å endre den underveis. Etter at tre intervjuer var gjennomført og ferdig transkribert ble det vurdert som at intervjuguiden fungerte tilfredsstillende. Den hadde da vært brukt på begge kjønn og på pasienter som ble anses som både godt og dårlig fungerende av ansatte i LAR ut fra perspektivene skadereduksjon og rehabilitering.

Det ble gjort endring i intervjuteknikken etter første intervju. Jeg var i det første intervjuet veldig opptatt av å ikke forstyrre intervjupersonen og responderte derfor mest med bekræftende kommunikasjon og liten grad av oppfølgingsspørsmål. Etter å ha tatt opp dette med min veileder kom jeg frem til at det var hensiktsmessig å endre på dette. I de påfølgende intervjuene fokuserte jeg på å lytte godt, og forsøkte å identifisere temaer som intervjupersonen vektla spesielt eller fortalte om flere ganger. Jeg tok fortsatt utgangspunkt i intervjuguiden men brukte oppfølgingsspørsmål aktivt underveis i intervjuene. Dette opplevde jeg at bidro til å validere dataene.

Underveis har det vært viktig for meg å reflektere over mitt eget bidrag til produksjon av kunnskap, refleksiv objektivitet slik det forstås av Kvale & Brinkmann (2009). Jeg har derfor tilstrebet å unngå ledende spørsmål. Ved å stille oppfølgingsspørsmål i forhold til ting som jeg oppfattet som uklare under intervjuene opplevde jeg også at intervjupersonene ikke alltid svarte bekræftende på mine oppfølgingsspørsmål med bakgrunn i slik jeg hadde forstått deres historie. Kvale & Brinkmann (2009) skriver at det å *gi objektet lov til å protestere* også kan bidra til objektivitet.



## 4.6 Transkribering

Alle intervjuene ble tatt opp på bånd, og jeg transkriberte alle intervjuene selv. Da alle intervjuene var ferdig transkribert utgjorde de 123 sider. Intervjuene ble transkribert ordrett. For å unngå at intervjupersonene kunne gjenkjennes gjennom de transkriberte tekstene ble alle navn på personer og stedsnavn fjernet, dialektord ble oversatt til bokmål. Jeg forsøkte å legge inn pauser og spesielle emosjoner som jeg hørte av opptakene og som jeg husket fra intervjusituasjonen. Det ble ikke tatt notater under intervjuene siden jeg tenkte at det kunne forstyrre samtalen. Siden intervjuene ble transkribert umiddelbart etter gjennomføringen da samtalen var frisk i minnet, opplevde jeg ikke at det var noe problem at det ikke var tatt notater underveis.

Det å transkribere tekstene ordrett var en tidskrevende prosess siden opptakene måtte stoppes hyppig, og en måtte gå endel frem og tilbake i lydopptakene. Til tross for det opplevde jeg prosessen som interessant da det fikk meg til å lytte veldig nøye til det intervjupersonene sa. Jeg opplevde da at historiene de fortalte om sine erfaringer ble tydeligere for meg. Det å strukturere materialet i tekstform beskrives av Kvale & Brinkmann (2009) som begynnelsen på analysen. I de sitatene som er benyttet i oppgaven for å underbygge tolkningen av resultatene ble det gjort noen språklige justeringer for at sitatene skulle være lettere å lese. Jeg var da nøye med å se dette opp mot tekstene som var transkribert ordrett for å kontrollere at meningen med det intervjupersonen hadde sagt ble den samme.

I forbindelse med alle intervjuene skrev jeg intervjulogg, denne ble skrevet umiddelbart etter gjennomføringen av intervjuene. Der beskrev jeg hvordan jeg kom i kontakt med intervjupersonen og prosessen med å få avtalt et intervju. Jeg skrev også om rammene for intervjuene, hvor de ble gjennomført. Loggene inneholder også en umiddelbar refleksjon over hva jeg opplevde fungerte bra og ikke i intervjusituasjonen. Et eksempel er at jeg på bakgrunn av tankeprosessen etter det første intervjuet tok opp problemstillingen omkring bruk av oppfølgingsspørsmål med veileder og deretter endret intervjuteknikk. Jeg gikk etter det over til å bruke oppfølgingsspørsmål mer aktivt i de påfølgende intervjuene. Det å skrive intervjulogg etter gjennomførte intervju opplever jeg som nyttig. Slik kunne erfaringer som ble gjort underveis brukes i den videre i datainnsamlingsprosessen.

## 4.7 Analyseprosessen

Analysen skal bygge en bro mellom dataene som er samlet inn og resultatene ved å organisere, fortolke og sammenfatte materialet slik det beskrives av Malterud (2011). I denne prosessen tas det utgangspunkt i problemstillingen og det stilles spørsmål til materialet ut fra denne. Gjennom systematisk kritisk refleksjon ser en etter kjennetegn og mønstre i datamaterialet som identifiseres og gjenfortelles. Ut fra de empiriske funn avklares betydningen av den teoretiske referanserammen og forforståelsen, og resultatene drøftes opp mot eksisterende teori (Malterud, 2011).

Da jeg startet i arbeidet med de transkriberte tekstene, arbeidet jeg langsomt og la vekt på det intuitive inntrykket jeg fikk. Jeg leste intervjuene mange ganger. Ut fra det jeg har lest ut av de transkriberte tekstene gjorde jeg understrekninger i tekstene og skrev notater i marginen på intervjuene. Gjennom dette arbeidet forsøkte jeg å la tekstene «snakke til meg». I arbeidet med dette opplevd jeg å finne fellestrekk i det de ulike intervjupersonene hadde fortalt. Jeg opplevd også å finne ting som var uventet da jeg startet arbeidet med prosjektet, og som jeg heller ikke oppfattet i intervjusituasjonen.

I arbeidet med tekstanalysen har jeg forholdt meg til meningskoding, meningsfortetting og meningsfortolkning slik det beskrives av Kvale og Brinkmann (2009). I den videre tekstanalysen ble Kvale og Brinkmanns tre tolkningsnivåer anvendt. Tekstens betydning ble vurderet i fortolkningskontekstene: selvforståelse, en kritisk forståelse basert på sunn fornuft og teoretisk forståelse (Kvale & Brinkmann, 2009). Om selvforståelse skriver Kvale og Brinkmann (2009) at det som den intervjuede selv oppfatter som mening med sine uttalelser formuleres av fortolkeren i en fortettet form. I ulik grad vil fortolkningen begrenses av selvforståelsen til den intervjuede. Fortolkningen er en omskrevet fortetning av synspunktene til den intervjuede slik de forstås av forskeren.

For å få oversikt over innholdet i intervjutekstene ble de ulike temaene som fremkom i forskningsintervjuene plassert i tabeller i tekstbehandlingsprogrammet Word. De ulike temaene ble lokalisert etter først å ha lest gjennom intervjuene mange ganger der det ble notert stikkord og kommentarer til teksten. Alle stikkordene og kommentarene ble satt i tabellen sammen med en del sitater fra teksten. I den videre arbeidsprosessen ble intervjutekstene gjennomgått på nytt, flere sitater fra teksten ble plassert i tabellen, stikkord og kommentarer ble endret med den hensikten at jeg ville sikre meg at de var i tråd med det som den intervjuede selv mente med sine uttalelser. Jeg opplevde at jeg gjennom dette

arbeidet forholdt meg stadig mer til de transkriberte dataene som en tekst. Det ble derfor mulig å se fellestrekk og også identifisere flere tema i intervjuetekstene enn ved tidligere gjennomganger.

For å arbeide videre med hvordan intervjuetekstene ville belyse forskningsspørsmålene ble det laget nye tabeller i tekstbehandlingsprogrammet Word der de ulike temaene som var identifisert i intervjuetekstene ble sortert ut fra forskningsspørsmålene. Først ble det lokalisert uttalelser som fortalte om bakgrunnen for møtet med ansatte i hjemmebaserte tjenester. Denne oversikten inneholdt også andre tema omkring møtet som intervjupersonene hadde fortalt om, disse er tatt med og senere sortert for seg selv. Videre ble det laget en tabell med det intervjupersonene fortalte om verdighet. Det ble også laget tilsvarende tabeller for hva intervjupersonene mente kunne henholdsvis opprettholde og fremme verdighet, og hva de opplevde kunne være til hinder for opplevelsen av verdighet.

For å sikre at sitatene som jeg hadde plukket ut kunne ses i en korrekt kontekst, og at hensikten med sitatene var i overensstemmelse med det intervjupersonen hadde ment med sine uttalelser ble alle intervju gjennomgått på nytt. I denne prosessen ble det gjort noen korrigeringer som jeg opplevde gjorde at meningene til intervjupersonene fremkom tydeligere.

#### **4.8 Ethiske overveielser**

Før datainnsamlingen startet ble studien søkt inn til REK og NSD. Vurderingen til REK var at prosjektet kunne gjennomføres uten godkjenning av REK siden det falt utenfor helseforskningslovens virkeområde. Prosjektet ble derfor ikke ansett som fremleggspliktig for REK. Fra NSD mottok vi svarbrev om at personvernombudet tilrådte at prosjektet kunne gjennomføres. På bakgrunn av at prosjektslutt ble utsatt med ett år ble det sendt endringsmelding til NSD i desember 2015. Det ble mottatt e-post fra NSD med beskjed om at 31.12.2016 ble registrert som ny dato for prosjektslutt.

Bruk av kvalitativ metode innebærer nær kontakt mellom de som skal studeres og forskeren. Det å studere sensitive og personlige tema betinger et tillitsforhold mellom informant og forsker (Thagaard, 2009). Pasienter som er avhengige av rusmidler er en sårbar gruppe. Gjennom informasjon til informanten i forkant og en åpen holdning i møtet med den enkelte har jeg forsøkt å oppnå gjensidig respekt og tillit. Malterud (2011) skriver at da en innhenter

kunnskap fra utsatte grupper eller tar opp sensitive tema er det særlig viktig å utvise aktsomhet slik at en unngår at deltagerne utsettes for belastning eller risiko. Dette er noe jeg har vært bevisst på i alt arbeid med prosjektet. På bakgrunn av forkunnskap om pasientgruppen har jeg valgt å betegne informantene som intervjupersoner. Dette da jeg vet at ordet «informant» kan ha en negativ klang. Siden bruk av illegale rusmidler er forbudt kan det være sannsynlig at noen av disse personene har erfaring med politi og påtalemyndigheter. I denne forbindelse kan ordet «informant» gi litt av samme betydningen som «tyster», altså en som gir opplysninger til politiet.

Et informasjonsbrev ble utformet til intervjupersonene. Der ble prosjektet presentert slik at det ga grunnlag for at intervjupersonene kunne avgjøre om de vil bidra eller ikke. I brevet gjøres det rede for hvordan en skal samle inn og håndtere data. Det er viktig at informanten er trygg på at anonymiteten ivaretas slik at de ikke kan bli gjenkjent (Malterud, 2011).

Etter at intervjupersonene samtykket til at jeg kunne ta kontakt med dem tok jeg kontakt. Jeg ringte dem, la igjen beskjed på mobilsvaer eller sendte tekstmelding. I denne prosessen var jeg veldig nøye med å ikke legge noe form for press på intervjupersonene slik at de skulle oppleve det som at de var nødt til å delta. Jeg forsøkte å tilpasse kontakten til den enkelte. Dersom jeg sendte sms eller la igjen beskjed på mobilsvaer var jeg varsom med det jeg sa eller skrev med tanke på at beskjedene kunne komme på avveie.

Det var viktig for meg at intervjupersonene fikk tilstrekkelig informasjon av meg for å kunne avgjøre hvorvidt de ønsket å delta som intervjuperson. Alle fikk tilbud om å få oppleve spørsmålene fra intervjuguiden på forhånd. To av intervjupersonene ønsket det, de andre ønsket det ikke. Jeg fortalte dem også hva intervjuene skulle brukes til og forsikret meg om at de forstod at jeg ønsket å ta samtalen opp på bånd, og bruke deres historier om erfaringer de har gjort i det videre arbeidet med masteroppgaven.

Forutsetningen for all forskning som omfatter mennesker er informert samtykke. Det kreves et skriftlig forhåndssamtykke fra informanten ved lydopptak. Intervjupersonene har rett til å slette opptaket (Malterud, 2011). Da jeg møtte intervjupersonene til intervju fikk de skjema for informert samtykke, og vi gikk gjennom det slik at jeg kunne forsikre meg at de forstod hva det innebar å delta som intervjuperson før de skrev under på skjemaet. Jeg var nøye med å understreke at de når som helst kunne trekke seg som intervjuperson og at jeg da ville slette lydopptak og eventuelle transkriberte tekster. Det var viktig for meg at de forstod at dersom de valgte å trekke seg ville ikke det ha noen som helst konsekvenser for dem. Etter at

intervjuene var gjennomført er alt datamaterialet oppbevart i tråd med prosedyrer og regler gitt av Datatilsynet. Dette betyr at de er nedlåst og utilgjengelig for utenforstående.

Datamateriale og persondata er oppbevart separat og alle lydfiler og tekstfiler er passordbeskyttet og kryptert (Malterud, 2011).

I arbeidet med prosjektbeskrivelsen som ble vedlagt søknaden til REK og NSD ble det foretatt litteratursøk. Det ble ikke lokalisert studier med pasientperspektiv på møtet mellom pasienter med rusavhengighet og ansatte i hjemmebaserte tjenester. I ”Ethiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden” står det at nytte av forskningen begrunnes med at en kan bidra med ny viten. I Statusrapport 2013 «Helseforetakene – et godt sted å være» slås det fast at erfaringer med ulike utleveringsformer av LAR-medikamenter bør evalueres kvalitativt (SERAF, 2014). Et av de grunnleggende etiske prinsippene sykepleieforskning veiledes ut fra er prinsippet om å gjøre godt. I dette ligger det at gruppen forskningen retter seg mot skal ha en potensiell nytte av forskningen (Sykepleiernes samarbeid i, 2003). Flere av intervjupersonene fortalte uoppfordret at de syntes det var fint og viktig å bidra til forskningen.

#### **4.9 Studiens relevans, reliabilitet og validitet**

I denne delen av oppgaven presenteres begrepene relevans, reliabilitet og validitet. Disse anliggender tas opp igjen i oppgavens kapittel 7 som omhandler betraktninger omkring studiens styrker, svakheter og begrensninger.

##### *Relevans*

Studios relevans knyttes opp mot hva kunnskapen i studien kan brukes til. I arbeidet med litteratursøk ble det ikke lokalisert studier med pasientperspektiv på erfaringer med utlevering av LAR-medikamenter i hjemmebaserte tjenester. Det at ulike utleveringsformer av LAR-medikamenter bør evalueres kvalitativt påpekes i SERAF rapport 1/2014 (SERAF, 2014). Omkring 53 % av pasientene mottar LAR-medikamenter på apotek. For de som ikke gjør det er det oftest kommunalt tjenesteapparatet som er alternativet. Noen kommuner har i den senere tid begynt å sende regning til helseforetakene for å få dekket utgiftene de har med oppfølging av pasienter i LAR-behandling. Bakgrunnen for dette er at LAR-forskriften kan tolkes som at alle kostnader med behandlingen skal dekkes av helseforetakene (SERAF, 2015). I fremtiden vil dette kunne medføre at kommunalt tjenesteapparat vil bli brukt i mindre grad i behandlingstilbudet.

Selv om Hjemmebaserte tjenester ut fra dette kan bli mindre involvert i utlevering av LAR-medikamenter i fremtiden, er det likevel relevant å belyse pasientenes erfaringer med denne typen utleveringsordning. Helsearbeidere i Hjemmebaserte tjenester vil også i fremtiden kunne få ansvar for medikamentadministrering til pasienter i LAR, som av ulike årsaker ikke kan få administrert LAR-medikamentet på apotek. Kunnskap om pasientenes opplevelse av møtene med helsearbeiderne i Hjemmebaserte tjenester er viktig for å kunne utforme en tjeneste som ivaretar pasientgruppen best mulig. I utgangspunktet kan det være en utfordring at ansatte i Hjemmebaserte tjenester mangler spesiell kompetanse på rusproblematikk, da de skal gi helsehjelp til alle som har behov for sykepleie i hjemmet i kommunen. Økt kunnskap om hvordan en møter pasientgruppen på en god måte, kan bidra til at helsearbeiderne føler seg tryggere i møtene, og at pasientenes behov for helsehjelp ivaretas på en best mulig måte.

### *Reliabilitet*

Studiens reliabilitet knyttes til dataene i undersøkelsen, hvilke data som brukes, hvordan de er samlet inn, og hvordan de bearbeides (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2010). Kvale og Brinkmann (2009) beskriver gjennomsiktige forskningsprosedyrer som en forutsetning for at et kunnskapsprodukt skal kunne bære sin gyldighet i seg selv. I arbeidet med studien har jeg forsøkt å beskrive leddene i forskningsprosessen så detaljert som mulig. Dette presenteres i metodekapitlet der det gjøres rede for egen forforståelse, gjennomføring av forskningsintervju, påfølgende transkribering av intervjuene, utgangspunkt for analyseprosessen og etiske overveielser vedrørende gjennomføringen av studien.

Malterud (2011) skriver at det å gi leseren innsikt i betingelsene som kunnskapen er utviklet under er det viktigste virkemidlet for å styrke studiens pålitelighet. I presentasjonen av funnene i studien er det brukt sitater for å illustrere hvordan de ulike hovedtemaene fremtrer i materialet, ut fra dette gis leseren av studien mulighet til å trekke egne konklusjoner. Avslutningsvis i oppgaven gjøres det rede for betraktninger omkring studiens styrker, svakheter og begrensninger.

### *Validitet*

Validitet handler om troverdigheten, og gyldigheten til studien. Johannessen et. al. (2010) skriver at validitet er et spørsmål om hvor godt de innsamlede data representerer virkeligheten. I arbeidet med studien har jeg forsøkt å vurdere studiens validitet i alle ledd av forskningsprosessen slik det beskrives av Malterud (2011). Utgangspunkt for studien var et

ønske om å belyse erfaringer pasienter med rusavhengighet hadde med verdighet i møte med helsearbeidere i hjemmebaserte tjenester. Innledningsvis ble det utarbeidet en prosjektbeskrivelse, i arbeidet med denne satte jeg meg inn i aktuell faglitteratur og tidligere forskning på området. Ut fra dette ble studiens problemstilling vurdert som relevant, og det ble utformet forskningsspørsmål.

Da det skulle rekrutteres intervjupersoner til studien ble pasienter i behandlingstilbudet LAR vurdert som å være en pasientgruppe som kunne belyse forskningsspørsmålene i studien. Rekrutteringen av intervjupersoner skjedde i samarbeid med ruspoliklinikken som fulgte opp pasientene. Ut fra at de kjente pasienten ga dette et mangfold blant intervjupersonene, og det sikret ivaretagelse av pasientene gjennom at det ble vurdert at deltagelsen i studien ikke ville ha negative konsekvenser for den enkelte. Innspill fra de ansatte på ruspoliklinikken og økt kjennskap til temaet bidro til at den teoretiske referanserammen kunne utvides.

Hvorvidt utvalget av intervjupersoner og datainnsamlingen kunne gi grunnlag for å belyse forskningsspørsmålene ble vurdert i det videre arbeidet med studien. Datainnsamlingen ble gjennomført over en periode på 8 måneder, fra og med oktober 2014 til og med mai 2015. Det at datainnsamlingen ble gjennomført over en såpass lang tidsperiode, der jeg transkriberte alle intervjuene selv ga mulighet for at det i samråd med veileder kunne gjøres vurderinger av om forskningsspørsmålene ble besvart av dataene som var samlet inn. Intervjuguiden ble evaluert underveis i datainnsamlingen som at den fungerte bra.

Jeg har underveis i hele prosessen forsøkt å aktivt reflektere over eget bidrag til produksjon av kunnskap, noe som forstås som refleksiv objektivitet (Kvale & Brinkmann, 2009).

Innledningsvis i arbeidet med studien skrev jeg ned min forforståelse og reflekterte over denne i forhold til forskerrollen i gjennomføring av studien. Det ble skrevet intervjulogg etter gjennomføring av hvert intervju var, i denne ble det praktiske med gjennomføringen av intervjuene oppsummert, og jeg skrev ned tanker omkring hva som hadde fungert bra og dårlig og hva jeg hadde lært.

I møte med intervjupersonene ble det tilstrebet objektivitet ved å stille åpne spørsmål der intervjupersonene selv ble gitt mulighet til å reflektere. For å sikre meg om at jeg oppfattet meningen med det intervjupersonene ønsket å fortelle ble det stilt oppfølgingsspørsmål dersom noe var uklart. Hvordan det kan være hensiktsmessig med validering underveis i intervjuene beskrives av Malterud (2011) som dialogisk validering, der forsker underveis i intervjuene spør den som intervjues om det som blir fortalt er oppfattet riktig. Kvale og

Brinkmann (2009) beskriver dette som kommunikativ validering, og understreker viktigheten av å la objektet, i denne sammenhengen intervjupersonen, få lov til å protestere.

Ut fra dataene som var samlet inn og økt kjennskap til temaet ble det vurdert som at den teoretiske referanserammen og den planlagte analysestrategien ville gi grunnlag for å gi relevante svar på problemstillingen. Om validering i forbindelse med analysen skriver Kvale og Brinkmann (2009) at det handler om å stille gyldige spørsmål til intervjuetekstene og at fortolkningene er logiske. I arbeidet med analysen ble datamaterialet gjennomgått mange ganger for å kunne identifisere de ulike hovedtemaene. Da jeg skulle velge sitater som kunne brukes for å illustrere funnene i studien gikk jeg gjentatte ganger tilbake til de transkriberte tekstene for å forsikre meg om at sitatene som ble valgt var i overenskomst med det intervjupersonen hadde fortalt, og ikke tatt ut av en sammenheng kun for å illustrere min fortolkning. Malterud (2011) trekker frem at sitatene skal fungere som typiske eksempler som utdyper det som fortelles i den analytiske teksten, og ikke være bevis på at funnene i studien er korrekte.

Det å validere handler om å kontrollere og forholde seg kritisk til egne fortolkninger. I en hermeneutisk fortolkning vil spørsmålene som stilles til tekstene være helt avgjørende. Kvale & Brinkmann (2009) skriver at forutsetningen for at et kunnskapsprodukt skal bære sin gyldighet i seg selv er at en studie har gjennomsiktlige forskningsprosedyrer, åpenbare resultater, samt gode og overbevisende konklusjoner. Underveis i arbeidet med studien har jeg vært åpen for innspill fra veileder som har hatt tilgang til alt transkribert datamateriale, og hvilke fortolkninger jeg har gjort av disse. For å kunne forholde seg kritisk til egne fortolkninger har det vært til god hjelp å motta innspill på egne fortolkninger. Det har også vært nyttig å gjennomgå datamaterialet mange ganger, bruken av ulike tilnærminger for å sortere datamaterialet bidro til at det ble mulig å forholde seg kritisk til egne fortolkninger.



## 5 Resultater

### 5.1 Presentasjon av intervjupersonene

I denne delen av oppgaven presenteres funnene i studien. En rekke sitater fra de transkriberte intervjuene er brukt for å underbygge den videre tolkningen av resultatene. Intervjupersonene er gitt fiktive navn slik at sitatene kan skilles fra hverandre.

Navn	Alder (5 års intervall)	Tid i LAR	Behandlings- perspektiv	Medikament
Alice	40 - 45år	12 år	Rehabiliterende og skadereduksjon	Metadon
Bjørn	45 – 50 år	4 år	Rehabiliterende	Subutex
Cato	40 – 45 år	2 – 4 år	Skadereduksjon	Metadon, skal over på Subutex
Daniel	50 – 55 år	15 år	Opplever tilbudet som rehabiliterende, ønsker på sikt å avslutte LAR-behandlingen. Tidligere skadereduksjon.	Subutex, tidligere forsøkt Subuxone. Reagerte allergisk på sistnevnte.
Erik	35 – 40 år	5 – 10 år	Hatt varierende rusmestring i perioden med LAR-behandling. Opplever i dag tilbudet som i hovedsak rehabiliterende. Tidligere skadereduserende.	Subutex
Frida	20 – 25 år	3 år	Rehabiliterende	Subutex

Det kan bemerkes at behandlingsperspektivet som oppgis er en kombinasjon av hva intervjupersonen selv opplevde det å være, og hva kontaktpersonen i LAR fortalte om dette.

Ut fra den analytiske og fortolkende prosessen ble det identifisert flere hovedtema, disse presenteres som følger:

#### *Verdighetens ulike dimensjoner*

- Verdighet som noe materielt
- Verdighet – å bli respektert av andre
- Verdighet som en indre opplevelse

#### *Møtets ulike dimensjoner*

- Møtets støttende, sosiale og trygghetsskapende funksjon
- Møtet i frihetens, kontrollens og sikkerhetens tjeneste

#### *Opplevelsen av verdighet i møtet*

Fremmer og opprettholder verdighet

- Å bli respektert og anerkjent
- Å motta omsorg fra de ansatte
- Opprettholdelse av verdighet gjennom kunnskap og vedvarende relasjon

Hindre for opplevelsen av verdighet

- Opplevelsen av stigma og fordommer
- Opplevelsen av mangelfulle relasjoner og bekreftelse
- Opplevelsen av nedlatende holdninger og manglende kunnskap

## 5.2 Verdighetens ulike dimensjoner

Intervjupersonene hadde flere synspunkter i forhold til innholdet i begrepet verdighet. De opplevde at verdighet kunne handle om flere ulike ting. I intervjuene fortalte de om hva innholdet i begrepet verdighet var for dem. Det fremkom også beskrivelser av hva de opplevde at verdighet ikke var. Tre hovedtema trer frem i materialet.

### 5.2.1 Verdighet som noe materielt

Flere av intervjupersonene opplevde verdighet som knyttet opp mot materielle ting. Vi lever i et samfunn der mange har høy levestandard og mange materielle goder. Dette avspeiles i mediebildet, og for mange kan det oppleves som at det man eier blir et uttrykk for hvor vellykket man er. Likeledes kan en dårlig levestandard, med få materielle goder bli et bilde på at en ikke takler livet sitt så bra. Cato og Erik fortalte om perioder i livene sine som hadde vært vanskelig. De hadde opplevd å ha det svært dårlig materielt sett, livet hadde vært preget av en svært dårlig levestandard. Denne måten å leve på betegnet de som lite verdig, de fortalte at de da opplevde at de hadde liten verdighet.

*[...]det har vært perioder hvor jeg nesten har bodd i sovepose vet du. Det er det mange rusmisbrukere som gjør, og da er ikke verdigheten stor. (Cato)*

*[...] vi bodde jo et halvt år på et sånn natthjem, og det, der var det jo ikke så veldig bra. Så.. følte oss ikke .. da var vi på bunnen da. Du kommer ikke lenger ned enn det.. Så det var jo ikke så mye verdig akkurat. (Erik)*

Opplevelsen av å leve med en lav materiell standard påvirket Cato og Erik i forhold til hva de opplevde at verdighet var for dem. Ut fra det intervjupersonene fortalte forstod jeg at flere fortsatt bodde i boliger med dårlig standard, at de hadde få materielle ting, og at den økonomiske situasjonen kunne være krevende. Det å få hjelp med utfordringer omkring bolig og boforhold kunne oppleves som vanskelig.

*Men det der ansvaret som kommunene har, det er jo det verste, det er den største skampletten som er. For vi blir ikke fulgt opp av noen kommune. Så jeg har prøvd i dag å ringe til teknisk etat på grunn av vann i kjelleren, og all veden min er våt. Så det var så kaldt i huset mitt i dag tidlig, jeg holdt på å fryse i hjel. (Daniel)*

Andre belastninger og påkjenninger i livet kunne også prege opplevelsen av verdighet. Mye ansvar kombinert med dårlig økonomi kunne oppleves overveldende for den enkelte. Cato

beskrev det som at han manglet verdighet på bakgrunn av sin økonomiske situasjon, kombinert med de belastningene han hadde i livet sitt.

*For meg er det ikke verdighet. Det er fordi jeg har dårlig økonomi.. jeg har alt for mange å ta meg av.*  
(Cato)

For å belyse ytterligere hva intervjupersonene opplevde lå i begrepet verdighet, ble de bedt om å beskrive hva som kjennetegnet mennesker som de mente hadde verdighet. Også her fremkom det beskrivelser der verdighet ble knyttet opp mot materielle ting. Alice beskrev det som at mennesker med verdighet hadde det de hadde behov for i dagliglivet av materielle ting, da i forhold til å dekke de grunnleggende behov og klare det praktiske ved dagliglivet.

*Verdighet, altså, det mener jeg, da har du de grunnleggende menneskelige behovene dekket da. Sånn som tak over hodet, eh.. alt det nødvendige sånn sett.* (Alice)

I beskrivelsene av hva som kjennetegnet mennesker som hadde verdighet ble dette også knyttet opp mot et estetisk aspekt. Dette i forhold til eget utseende, og hvordan boligen fremstod. Daniel og Cato fortalte at verdighet for dem handlet om å ha det «ordentlig». De beskrev mennesker med verdighet som at de hadde orden, de hadde det rent og ryddig omkring seg.

*[...] verdighet det er jo egentlig å ha en ordentlig bolig, og ha en ordentlig dusj, ha tilgang på vaskemaskin, holde det rent, mulighetene til å gjøre dette selv. Det går på min verdighet. For jeg har bodd i campingvogner, og nedraste hus og alt mulig.* (Daniel)

*Han har orden, du kommer inn i et hjem hvor det er, du ser at det er vasket, ting er på styr... Også at det er ordentlig rundt seg. At en kan ha på seg rene klær liksom. At jeg har klesskap hvor det står bra til.* (Cato)

Det økonomiske aspektet ble også trukket frem. For å oppleve at en hadde verdighet var det nødvendig å ha penger. Penger anses som en forutsetning for å kunne realisere andre ting som oppleves som viktig for opplevelsen av å ha verdighet.

*Jeg har jo ønsket å komme inn i jobb og alt mulig sånn. Men blant annet med det med verdigheten igjen. På grunn av, ikke å få seg sertifikat, det er så dyrt. Og du har ikke råd til å spare så mye penger, og det tar så lang tid, at det..* (Daniel)

Slik Erik beskrev det så handlet det materielle aspektet ved verdighet om det å ha en materiell standard som anses som vanlig i det samfunnet en lever i. Opplevelsen av verdighet som noe

materielt handlet for Erik om at en har verdighet dersom en har de samme materielle godene som en opplever at de fleste andre i samfunnet har.

*Nei, verdighet. At du har det på lik linje som gjennomsnittlig alle andre har det. Ikke noe dårligere eller bedre. Ja bedre kan det jo være ..* (Erik)

Flere opplevde verdighet som knyttet opp mot materielle ting. Dette kunne henge sammen med opplevelse av liten verdighet i perioder da en hadde hatt det svært dårlig materielt sett. I beskrivelsen av mennesker med verdighet ble et estetisk aspekt trukket frem. Mennesker med verdighet hadde det rent, ryddig og i orden. Verdighet som noe materielt handlet også om å ha penger, og samme ting som andre i samfunnet har.

### **5.2.2 Verdighet – å bli respektert av andre**

For flere av intervjupersonene var verdighet noe en kunne oppleve i samhandling med andre mennesker. De opplevde verdighet som sterkt sammenhengende med respekt, flere beskrev begrepene verdighet og respekt som bortimot synonyme. Det å oppleve at en blir respektert av menneskene en møter, det å bli trodd, ble trukket frem som svært viktig for at en skulle oppleve å ha verdighet.

*[...]at du blir møtt av mennesker med verdighet eller med respekt.* (Alice)

*[...]den erfaringen har gjort meg veldig godt på det med verdighet og respekt ovenfor andre mennesker. Så jeg tenker veldig mye på det med å ikke dømme eller bestemme meg på forhånd i møte med folk. Alle har lov til å få en sjanse liksom.* (Bjørn)

Det å bli respektert og trodd ble beskrevet som så viktig at Frida beskrev det som å bli møtt og behandlet som et menneske. Bjørn beskrev det som at det handlet om å bli behandlet likt som alle andre mennesker.

*Det er verdighet.. (pause).. det er jo det jeg har sagt i sted da med at folk faktisk kan tro på det man sier: Tro på at man faktisk er et menneske og ikke .. at ikke fortiden skal henge med så mye, at man blir behandlet som et vanlig menneske da.* (Frida)

*Det å bli tatt som et menneske på lik linje med alle andre.* (Bjørn)

På bakgrunn av at flere snakket om verdighet som noe en kunne oppleve i møte med andre mennesker ble de spurt om de kunne utdype dette. Hva var det som skulle til for at de skulle oppleve at de ble møtt med verdighet? Bjørn og Erik fortalte at for dem handlet det om å bli møtt med åpenhet, uten fordommer, og som en pasient på lik linje med alle andre pasienter.

*Verdighet er jo, jeg vil si det er å bli møtt .. ja, med uten fordommer blant annet .. Og at ... det at du blir mottatt på en ordentlig måte. [...] At jeg er en bruker på lik linje ... med de som er fysisk trengende også liksom.. Det synes jeg har med verdighet å gjøre, for meg iverfall. (Bjørn)*

*[...] det er jo bare at jeg blir behandlet likt som alle andre. Det skal ikke mere til. Trenger ikke gjøre noe ekstra for meg. (Erik)*

Frida beskrev verdighet som det å bli behandlet på en måte som gjorde at man opplevde å være verdifull, som at man hadde verdi som enkeltmenneske. Noe som innebar å bli behandlet som noe mer enn kun en pasient blant mange. For å kunne oppleve å være verdifull var det viktig for Frida at hun følte at de ansatte møtte henne på en måte som gjorde at hun opplevde å være mer en bare en jobb.

*[...]at man skal bli behandlet som om man er verdt noe, og ikke bare ja.. Sånn som hjemmesykepleien nå, dem behandler ofte folk som at dem er brukere eller pasienter da. At det bare er en jobb. (Frida)*

For flere hang begrepene respekt og verdighet tett sammen. For å oppleve verdighet var det viktig for intervjupersonene at de ble behandlet likt som andre pasienter. I møte med ansatte i hjemmebaserte tjenester var det viktig å føle at personalet respekterte dem, og trodde på det de sa.

### **5.2.3 Verdighet som en indre opplevelse**

Verdighet ble også beskrevet som å være en indre opplevelse. Dette indre aspektet av verdighet ble beskrevet som en følelse av hvordan man hadde det. På bakgrunn av dette ble verdighet beskrevet som noe en kunne være med på å bygge opp selv.

*Ja, verdighet det er .. jeg vet ikke. Det er noe som du egentlig må være med å bygge opp selv også, å ha verdighet. (Daniel)*

*Litt vanskelig å forklare også, det blir liksom følelsen av hvordan man har det. (Erik)*

Slik Daniel beskriver dette aspektet av verdighet, så oppleves verdighet også som noe en selv kan være med å påvirke og endre, at en har et visst ansvar for opplevelsen av egen verdighet. I Erik sin beskrivelse av dette aspektet var verdighet en opplevelse av noe personlig og individuelt siden det handler om egne følelser.

### *Oppsummering*

Ut fra forskningsintervjuene ble det identifisert tre hovedtema for hva verdighet opplevdes å være for den enkelte. Flere av intervjupersonene opplevde verdighet som noe materielt. Til grunn for dette lå erfaringer der den enkelte hadde opplevd å ha liten verdighet, da livet hadde vært vanskelig og preget av dårlig levestandard. Opplevelsen av verdighet som noe materielt ble knyttet opp mot det å ha et allright sted å bo, samt god nok økonomi til å kunne skaffe seg det en trenger i dagliglivet. Verdighet som noe materielt hadde også et estetisk aspekt, der mennesker som hadde verdighet ble beskrevet som å ha orden, samt å ha det rent og ryddig.

Et annet fremtredende tema var opplevelsen av at verdighet var sterkt knyttet opp mot det å bli respektert av andre. For enkelte hang begrepene verdighet og respekt så sterkt sammen at de ble beskrevet som nærmest synonyme. Det å bli respektert var noe de opplevde gjennom at de ansatte trodde på det de fortalte, samt at de ble møtt med åpenhet og uten fordommer. Flere fortalte at verdighet for dem hang sammen med å bli møtt på samme måte som alle andre mennesker.

Verdighet ble også beskrevet som å være en indre opplevelse, der verdighet ble beskrevet som en følelse, noe en selv kunne være med på å endre og påvirke.

## **5.3 Møtets ulike dimensjoner**

Intervjupersonene opplevde at møtet med de ansatte i hjemmebaserte tjenester hadde sammenheng med både indre og ytre faktorer. Indre faktorer var knyttet opp mot angst, ensomhet og forsvarlig medikamentbruk. Ytre faktorer var ønske om å slippe kontrollrutiner, avstand til utleveringssted av medikamenter og sikkerhet.

### **5.3.1 Møtets støttende, sosiale og trygghetsskapende funksjon**

Hos flere av intervjupersonene var det utfordringer de opplevde i livet sitt som førte til møtene med ansatte i hjemmebaserte tjenester. Alle som ble intervjuet hadde levd med rusavhengighet i mange år. Bakgrunnen for at den enkelte hadde utviklet rusavhengighet var ikke et tema i studien. Det fremkom likevel av historien de fortalte om livene sine, at mange faktorer kunne ha medvirket til dette. Flere hadde hatt en vanskelig barndom preget av omsorgssvikt og overgrep. Livet med rusavhengighet hadde også medført negative opplevelser. På bakgrunn av dette opplevde de psykiske utfordringer som påvirket dagliglivet.

Alice og Daniel fortalte at psykiske utfordringer som kom til uttrykk gjennom angst, var bakgrunnen for at de fikk medikamentet sitt administrert av hjemmebaserte tjenester.

*[...] jeg begynte å få angst for å møte på apoteket og slike ting da. Og legen og sårne. Jeg begynte å få litt problemer med angst.. så da.. (Alice)*

*[...]jeg begynte å få så vanvittig angst for å gå på apoteket. For vet du, de har jo ikke noe eget rom for å ta LAR-medisiner og sårn. Og når du skal stå ved skranken... (Daniel)*

Ensomhet var en annen faktor som ble beskrevet. Livet med rusavhengighet hadde medført en distanse til familie og venner. De opplevde også å kutte kontakten med tidligere omgangsvenner som fortsatt levde et liv med mye rus, da dette var nødvendig for å ta avstand til rusmiljøet. Disse faktorene bidro til at en hadde et lite nettverk. Enkelte av intervjupersonene hadde lite kontakt med andre mennesker, og følte seg ensomme. Jevnlige besøk av ansatte i hjemmesykepleien avhjalp denne ensomheten. Erik opplevde møtene med de ansatte som en viktig sosial kontakt.

*[...] egentlig skulle de bare komme en gang i uka [...] så var det tre ganger og så gikk vi ned til to. Og hvis en gang i uka, så hadde det vært mye kjedeligere. Så derfor sa jeg på ansvarsgruppemøtet i går at vi beholder bare de to gangene, i stedet for å gå ned til en. Så er det i vertfall en dag mere å ha noen å snakke med. (Erik)*

Enkelte av intervjupersonene fortalte om utfordringer vedrørende regulering av egen rusbruk. Som mange mennesker som lever med rusavhengighet hadde også intervjupersonene god kunnskap om ulike rusmidler. De hadde derfor kunnskap om risiko knyttet til feil administreringsmåte av medikamenter, og det at regelmessig og overdrevent inntak av medikamenter kunne føre til en «ond sirkel» det blir vanskelig å komme ut av. Likevel opplevde flere det som hensiktsmessig å få hjelp med medisadministrering for å hindre at de inntok medikamentet på feil måte, eller at de inntok for mye medisiner.

Alice fortalte at hun var foreskrevet benzodiazepiner som ledd i sin behandling. For å forebygge et større inntak av medikamentet enn det som var ordinert ble medikamentet administrert av hjemmebaserte tjenester sammen med LAR-medikamentet.

*Sovetablettene ville jeg ha sammen med metadonen hver dag. Sånn at jeg slapp å forholde meg til om jeg skulle føle meg.. ja, mm... ta for mye da.. Så synes jeg det var greit. (Alice)*

Det å innta LAR-medikamentet i henhold til riktig administrasjonsmåte kunne også være en utfordring. Injisering av metadon forekommer. Siden medikamentet er laget for oral



administrering, og er derfor ikke sterilt, kan dette være både skadelig og farlig. Selv om Cato hadde kunnskap om dette, opplevde han det som vanskelig å slutte med injiseringen. Han syntes derfor det var bra å få hjelp med medisinadministreringen fra hjemmebaserte tjenester.

*For akkurat et år siden så begynte jeg å bli lei av å ikke kunne administrere medisinene mine selv. Jeg begynte å bli styrt av injisering og sånne ting. Dermed fikk jeg hjelp av hjemmesykepleien til å få levert metadon»... for meg har det vært jøvla viktig for å slutte å injisere. For det er nesten umulig det. (Cato)*

Intervjupersonene fortalte at møtet med hjemmebaserte tjenester for dem hang sammen med indre faktorer, hvor de fikk hjelp med utfordringer de hadde omkring angst, ensomhet og forsvarlig medikamentinntak. For Alice og Daniel medførte det angst å møte på apoteket. Erik opplevde de ansatte som en viktig sosial kontakt som motvirket ensomhet. Alice opplevde medisinadministrering fra hjemmebaserte tjenester som en sikkerhet mot å ta for mye medikamenter. For Cato sin del, opplevde han å få hjelp med å kontrollere administrasjonsmåten ved overvåket inntak av LAR-medikamentet. Dette gjorde at han unngikk å injisere metadon.

### **5.3.2 Møtet i frihetens, kontrollens og sikkerhetens tjeneste**

Flere av intervjupersonene opplevde at møtene med hjemmebaserte tjenester hang sammen med ytre faktorer knyttet til praktiske ting vedrørende LAR-behandlingen. Dette kunne være ønske om å slippe kontrollrutinene i LAR, eller geografisk avstand mellom bosted og utleveringssted. LAR-behandlingen er i utgangspunktet strengt regulert siden LAR-medikamenter har salgsverdi og kan omsettes illegalt med de farene og ulempene dette medfører. Hovedregelen for utleveringsordningen er derfor daglig overvåket inntak, og for pasienter som får utdelt LAR-medisin for flere dager er det et krav om at den første dosen inntas under overvåkning. Selv om intervjupersonene kunne oppleve dette som slitsomt hadde de også forståelse for at det var nødvendig.

*Ja, for det er den derre kontrollfølelsen som er i LAR noen ganger, den kan ta litt., den kan bli litt, det derre behovet dem har for kontroll. Men jeg skjønner det jo, jeg ba jo om å få hjemmesykepleie hver dag så jeg slapp å dra på apoteket, så for meg gjør det ingenting. Jeg har heller ikke noe behov for å gjøre noe tull heller jeg. (Alice)*

Enkelte kontrollrutiner knyttet til LAR-behandlingen som det å avgi urinprøver ble opplevd som mer problematisk. Hensikten med urinprøvene er å kontrollere om LAR-medikamentet tas som avtalt, og kontrollere på eventuelt annen rusbruk ved siden av LAR-medikamentet.

For Alice og Cato hadde kontrollrutinen med å avgi urinprøver blitt svært vanskelig å gjennomføre. De fortalte at det var lite tilrettelagt på legekantorene der urinprøvene skulle avgis. Dette medførte stress og gjorde at prøvetakingen ble vanskelig å gjennomføre. Alice fortalte også at hun brukte cannabis i blant, noe hun visste ville vises på urinprøvene. Hun syntes derfor det var like greit å være åpen om det.

*Jeg ba jo egentlig om det selv da. Det var ikke noe sånn påpakning fra LAR om at jeg måtte drikke under tilsyn hver dag, det var det ikke. Men, jeg valgte å gjøre det selv. For det, jeg røyker litt hasj av og til. Og jeg synes jo det er greit å være ærlig og si det som det er. Og da, i stedet for at dem skal begynne å mase om at jeg må avgi urinprøver, noe som er ganske umulig for meg. (Alice)*

*[...] jeg er jævla lei, jeg har vært i LAR i mange år og avlagt urinprøver i så mange år at jeg er så drit lei det. Jeg får nesten ikke til det lenger, nå synes jeg det er litt irriterende rett og slett. Og da er det noe inne i meg som sier .. jeg får faan ikke pisse heller. (Cato)*

Siden Alice og Cato opplevde det vanskelig å avgi urinprøver ønsket de heller å innta LAR-medikamentet under daglig overvåkning av hjemmebaserte tjenester. De erfarte at denne praksisen gjorde at de slapp kontrollrutinen med å avgi urinprøver. Ut fra det de fortalte fikk jeg forståelse av at dette var noe de hadde avklart med sin fastlege og LAR-kontakt.

Geografisk avstand til utleveringssted av LAR-medikamenter var en annen ytre faktor som ble oppgitt som bakgrunn for at enkelte av pasientene fikk LAR-medikamentet administrert av hjemmebaserte tjenester. Frida fortalte at hun manglet førerkort, og opplevde det som kostbart og tungvint å benytte seg av kollektivtransport. Disse praktiske forholdene gjorde at hun fikk LAR-medikamentet administrert av hjemmebaserte tjenester.

*[..]. jeg mistet lappen... Så da var det litt kronglete å komme seg oppover, for da måtte jeg ta buss og sånne ting. (Frida)*

For Bjørn var basen til hjemmebaserte tjenester lokalisert nærmere geografisk enn apoteket. På bakgrunn av dette hadde han avtale om å hente medisiner sine der.

*Det jeg gjør er at jeg er og får medisiner mine .. LAR medisin som er Subutex som jeg bruker. Som jeg får nå, to ganger i uka, som jeg henter to ganger i uka. (Bjørn)*

For Frida sin del bidro bostedets beliggenhet i forhold til apoteket, og mangelen på førerkort til at de ansatte i hjemmebaserte tjenester kom til henne med LAR-medikamentet. For Bjørn var basen til hjemmebaserte tjenester lokalisert nærmere hans bosted enn apoteket, slik at det ble mest praktisk for ham å hente LAR-medikamentet sitt der.

En ytre faktor flere opplevde som viktig var at sikkerheten ble bedre ved at LAR-medikamentet ble administrert av hjemmebaserte tjenester. Opplevelsen av økt sikkerhet hadde sammenheng med erfaringer intervjupersonene hadde hatt med å bli utsatt for ran og innbrudd. Flere opplevde det som risikofylt å hente LAR-medikamenter på apoteket. Frida opplevde at det kunne være en fare knyttet til det å bli gjenkjent av andre med rusavhengighet, da dette kunne føre til at en ble frastjålet LAR-medikamentene.

*Hvis noen jeg kjenner da går forbi apoteket og ser meg der. Så skjønner dem jo hva som er greia. Og da, joa man kan jo bli ranet utenfor på grunn av at man vet at man har Subutex. (Frida)*

Flere av intervjupersonene opplevde det som viktig å unngå møter med andre med rusavhengighet. Møter med andre med rusavhengighet kunne forekomme dersom de måtte dra på apoteket for å få LAR-medikamentet sitt. Disse møtene fryktet de kunne medføre at andre med rusavhengighet fant ut hvem de var, og dermed også hvor de bodde. Dette var noe intervjupersonene ikke ønsket, da de var redde for å bli oppsøkt i hjemmet sitt. Daniel og Erik opplevde at dersom noen fant ut hvor de bodde, så økte risikoen for å bli utsatt for innbrudd der andre ville stjele LAR-medikamentene.

*[...]da stod det jo folk akkurat på X (sted i byen der apoteket ligger) på utsiden der, og så når folk fikk medisinen sine, også tok de tak i de etterpå. Så derfor er jo hjemmesykepleien veldig positivt i den forstand [...]. Hadde 2 – 3 innbrudd da jeg bodde utpå X (sted). (Daniel)*

*[...]det er for å holde, at jeg ikke skal møte på andre rusmisbrukere, sånn at jeg ikke skal på apoteket. Det er ideen bak det. [...] ..jeg vil jo ikke at noen skal vite hvor jeg bor og.. for da får du jo folk på døra .. og innbrudd og.. (Erik)*

Intervjupersonene opplevd det som en fordel å slippe og oppbevare LAR-medikamenter i hjemmet sitt. Ved å unngå møter med andre pasienter med rusavhengighet, samt slippe oppbevaring av flere medikamentdoser i hjemmet opplevde de økt sikkerhet gjennom forebygging av ran og innbrudd. Det å passe godt på LAR-medisinene sine var viktig. Daniel som fikk utdelt LAR-medikamentene sine for flere dager hadde alltid medikamentene sine med seg. Han hadde opplevd at naboer syntes det var merkelig at han hadde besøk av hjemmesykepleien, og fått spørsmål omkring dette.

*Hva skal du med hjemmesykepleien liksom? Og så sa jeg at det har i grunnen ikke du noe med. Så har jeg sagt til andre naboer at det er litt for sikkerhet skyld sa jeg. For jeg går på noen tabletter som jeg helst ikke skal ha hjemme sa jeg. Og derfor så er det greit for meg å få det noen ganger i uka, så en ikke oppbevarer det. Men alltid, nå ligger det jo i bilen din, så jeg håper du har låst den da. Men i vertfall så har jeg det alltid med meg i ryggsekken min. (Daniel)*

Flere av intervjupersonene opplevde en bedre sikkerhet ved at de fikk LAR-medikamentet sitt administrert av hjemmebaserte tjenester. Med dette unngikk de faren for å bli frastjålet medikamenter utenfor apoteket. De unngikk også å møte andre med rusavhengighet som de fryktet kunne oppsøke dem, eller gjøre innbrudd dersom de fant ut hvor de bodde.

### *Oppsummering*

De ansatte i hjemmebaserte tjenester hadde i utgangspunktet en avgrenset og konkret oppgave i møte med intervjupersonene, der bakgrunnen var at pasientene hadde vedtak om helsehjelp i form av medikamentadministrering. Ut fra historiene til intervjupersonene fremkom det at møtene for dem rommet mer enn dette. Intervjupersonene fortalte om ulike indre og ytre faktorer som var bakgrunn for møtene mellom dem og de ansatte i hjemmebaserte tjenester. For flere av intervjupersonene var det nok en kombinasjon av flere faktorer som bidro til at LAR-medikamentet ble administrert av hjemmebaserte tjenester.

Av indre faktorer var det flere som slet med angst, og dette gjorde det vanskelig å møte på apotek for å få medisinen sin der. Andre hadde lite nettverk og var ensomme, det at ansatte i hjemmebaserte tjenester kom hjem til dem med LAR-medisin bidro til sosial kontakt. Flere opplevde utfordringer vedrørende LAR-behandlingen. For enkelte var det vanskelig å regulere rusbruken og innta medikamentene korrekt, de fikk hjelp med dette gjennom å få medikamentene sine administrert av hjemmebaserte tjenester.

Møtene med hjemmebaserte tjenester kunne også ha sammenheng med ytre faktorer. Flere opplevde kontrollrutinen i LAR med å avgi urinprøver som så ubehagelig av enkelte at de valgte et overvåket inntak av medikamentet for å slippe dette. Andre bodde avsides til, slik at det ble vanskelig å komme seg til apotek da de manglet førerkort. For andre var basen til hjemmebaserte tjenester lokalisert nærmere deres bosted geografisk enn apoteket, noe som gjorde det mer praktisk å hente LAR-medisinen sin der. Flere opplevde bedret sikkerhet ved at medikamentet ble administrert av hjemmebaserte tjenester. Siden LAR-medisiner er attraktive salgsvareer på rusmarkedet fryktet flere å bli utsatt for ran eller innbrudd. Ved at hjemmesykepleien kom hjem til dem med medisinen opplevde de at slike uønskede hendelser kunne unngås.

## 5.4 Opplevelsen av verdighet i møtet

Gjennom intervjupersonenes historier fremkom opplevelsen av hva som kunne fremme og hva som kunne være til hinder for verdighet i møtene med sykepleiere og andre ansatte i hjemmebaserte tjenester. Intervjupersonene hadde mange tanker omkring dette. Tre hovedtema for hva de opplevde kunne fremme verdighet, og tre hovedtema for hva de opplevde kunne være til hinder for verdighet trer frem i materialet.

Fremmer og opprettholder verdighet:

- Å bli respektert og anerkjent
- Å motta omsorg fra de ansatte
- Opprettholdelse av verdighet gjennom kunnskap og vedvarende relasjon

Hindre for opplevelsen av verdighet:

- Opplevelsen av stigma og fordommer
- Opplevelsen av nedlatende holdninger og manglende kunnskap
- Opplevelsen av mangelfulle relasjoner og bekreftelse

### 5.4.1 Å bli respektert og anerkjent

Flere av intervjupersonene opplevde verdighet som sterkt knyttet opp mot respekt. Derfor var det kanskje naturlig at flere trakk frem at det å bli møtt med respekt fremmet verdighet. Det å bli møtt med respekt var også en forventning intervjupersonene hadde til de ansatte. Bjørn beskrev sine forventninger til å bli møtt med respekt i møtene med sykepleiere og andre ansatte som knyttet opp mot deres utdanning og profesjon.

*[...]at jeg blir møtt med respekt og.. , ja .. med en hyggelig tone og .. ja, uten sånn fordommer da. For det er jo et profesjonelt yrke de har også. (Bjørn)*

I ønsket om å bli møtt med respekt lå en forventning om å bli møtt likt som alle andre pasienter. Et sentralt aspekt i dette var å bli møtt uten fordommer. Flere av intervjupersonene hadde erfart at sykepleiere og andre ansatte hadde gjort seg opp en mening om deres situasjon i forkant av møtet. Bakgrunn for dette var at helsearbeiderne visste at intervjupersonene hadde en historie med rusavhengighet. Det var derfor viktig for intervjupersonene å bli behandlet likt som andre pasienter. Gjennom dette opplevde intervjupersonene at deres fortid ble

akseptert, og de opplevde å bli respektert for den de er. For Erik var det viktig å bli møtt likt som andre pasienter.

*[...]akkurat som de møter en annen pasient. Ikke gjøre noen forskjell for at jeg har den bakgrunnen som jeg har. (Erik)*

Frida ønsket at hun ikke ble behandlet som rusavhengig, samtidig opplevde hun det som positivt at de ansatte hadde forståelse for hennes situasjon og respekterte fortiden hun hadde.

*Det er.. det er liksom bare det at folk behandler deg som et menneske og ikke som en rusavhengig. Det er liksom det jeg setter høyest med respekt, at selv om jeg har en fortid som.. ja, alt mulig rart så vil jeg at folk skal respektere meg som den jeg er. [...] For det er jo, hjemmesykepleien vet jo det med tanke på at de gir meg LAR-medisiner at jeg har en fortid med rus. Og da folk faktisk kommer inn døra med forståelse og sånne ting, og forklarer det, eller forteller at det du ser faktisk frisk ut, man kunne ikke sett at du var rusavhengig.(Frida)*

I møter der intervjupersonene ble møtt med respekt så opplevde intervjupersonene å føle seg likeverdige med sykepleiere og andre ansatte. Verdighet ble fremmet gjennom opplevelsen av møtet som et møte mellom mennesker med respekt for hverandre. Slike møter ble opplevd som noe mer enn et profesjonelt møte mellom en helsearbeider og en pasient med rusavhengighet, der intervjupersonen opplevde at de ble respektert som den de er. Flere fortalte at det fremmet verdighet at de opplevde å møte den personen den ansatte er, og ikke bare den profesjonelle yrkesutøveren. De kunne da oppleve at en snakket sammen som mennesker flest, nesten som venner, og at de ansatte fortalte litt om hvem de var.

*[...]hvis vedkommende kommer inn døra her og jeg føler liksom at det er ikke en sykepleier som kommer inn døra, da føler jeg at jeg har verdighet. [...] En som står og prater med oss helt som vi er noen vanlige mennesker.(Alice)*

*[...]at de behandler meg på lik linje som alle andre pasienter, jeg føler jo at jeg gjør det. For de er jo så blide og hyggelige når de er her... og åpner seg veldig, forteller i hytt og pine om alt mulig og.. Så jeg føler jo at det nesten.. et vennskap har det blitt over de årene de har vært her, med flere. (Erik)*

*[...]liksom på en måte at de byr litt på seg selv også på en måte. At det ikke bare er meg vi snakker om .. faktisk.. Jeg kjenner jo ikke den personen, eller de personene privat eller noe sånt .. men likevel så forteller de jo litt om seg selv .. (Bjørn)*

En form for anerkjennelse som intervjupersonene opplevde som viktig, og som fremmet verdighet var at sykepleierne og de andre ansatte trodde på det de fortalte. Gjennom at de ansatte stolte på dem opplevde de å bli vist tillit, dette bidro til at en god relasjon mellom pasienten og helsearbeideren kunne vokse frem. Erik opplevd det som positivt å bli trodd de

gangene han hadde ringt og meldt fra at det var feil med medikamentene. For Daniel var det en tillitserklæring fra en ansatt at han fikk utdelt medikamentet på trappa, og kunne gå inn og ta medikamentet på egenhånd. Etterhvert opplevde han å stole så mye på den ansatt at han slapp vedkommende inn i huset sitt.

*[...]at jeg har blitt trodd at de gangene jeg ringer og at de sjekker at det er riktig og at jeg blir trodd på. Det er jo det mest positive.(Erik)*

*[...]det er det første mennesket jeg har sluppet inn i huset mitt. Men det er bare det at hun har gitt meg så mye godt, og det er når jeg henter medisiner og.. Nei, dette her X (intervjupersonens navn) dette her kan du gå inn å ta. Nå har jeg sett på dette så mange ganger. (Daniel)*

Siden tilliten gikk begge veier, var det viktig for intervjupersonene at de kunne stole på de ansatte. Cato opplevde at relasjonen mellom ham og de ansatte ble anerkjent gjennom at ting som han hadde fortalt i fortrolighet ikke ble sagt videre til andre.

*Du får aldri høre opp igjen noe som har vært sagt, det har ikke skjedd hittil. At noe som har vært sagt mellom meg angående den personen, det har litt med taushetsplikt å gjøre. Og det merket jeg fort. Det er en del yngre som ikke var noe flinke til det der.(Cato)*

En annen form for anerkjennelse som fremmet verdighet var opplevelsen av å bli ansett som en kunnskapsressurs for de ansatte. Det å bli spurt om råd, lyttet til og anerkjent for den erfaringsbaserte kunnskapen en innehar om rusmidler og rusbruk opplevde intervjupersonene som positivt. Alice og Erik opplevde at ved å gi råd til de ansatte kunne de være en kilde til økt kunnskap hos de ansatte, dette ga dem mulighet til å gi noe tilbake til de ansatte. Det var også viktig siden det var en utbredt oppfatning at sykepleierne og andre ansatte i hjemmebaserte tjenester hadde liten kunnskap om rus.

*Så hører dem på hva vi har å si, «ja det visste vi ikke, nei det var allright å vite liksom». Så en føler at en bidrar lite grann i etterutdanningen. (Alice)*

*At de spør mye om råd og sånn. Det er vel de beste. At du ser at du kan gi noe tilbake. Da føler du deg i vertfall bedre da de har vært her.... For det om de er 50 forskjellige, men det er jo ofte de samme som kommer om og om igjen. Og når dem behandler deg på en sånn fin måte så, og spør om råd og. Det er noe som jeg husker sitter igjen.. (Erik)*

Anerkjennelse fra ansatte som kunne bidra til å fremme verdighet kunne også komme til uttrykk gjennom hva de ansatte kommuniserte. Cato fortalte om tilbakemeldinger han opplevde å få fra de ansatte. Det å gi negative tilbakemeldinger opplevde han som lite

hensiktsmessig. Selv om det var utfordringer, mente han at det var bedre å fokusere på det som var bra.

*Gi ros i stedet for ris da. Gi ris er svært liten vits.(Cato)*

Alle disse faktorene bidro til at intervjupersonen opplevde at de ble respektert og anerkjent av sykepleierne og andre ansatte i hjemmebaserte tjenester. Gjennom å bli respektert og anerkjent opplevde intervjupersonene at bedre forståelse for hverandre, og økt tillit kunne vokse frem mellom dem og de ansatte. Dette bidro til å fremme opplevelsen av verdigheten i møtet.

#### **5.4.2 Å motta omsorg fra ansatte**

Det å oppleve omsorg fra de ansatte var noe som intervjupersonene satte pris på, og det kunne bidra til å fremme verdighet. Denne omsorgen kom til uttrykk gjennom å oppleve at de ansatte brydde seg slik det ble beskrevet av Cato. For Frida kunne det være et kjærkomment avbrekk på en tung dag at de ansatte ønsket henne en fin dag når de var innom. Dette kunne bidra til å gjøre dagen litt lettere.

*[...]de kan godt komme å spørre på en sånn måte, sånn være hyggelig, liksom at man bryr seg på en måte. (Cato)*

*[...]jeg går som regel i leiligheten og sliter litt med depressivitet og sånne ting. Og da man får høre at ja, bare det at dem sier «ha en fin dag» liksom. Så, jeg blir glad av det også. At folk bare kommer innom med, selv om det bare er for at det er jobben deres at de skal komme innom med medisiner. Så ofte så setter jeg pris på det, at de bare sier «ha en fin dag».(Frida)*

Selv om det var ønskelig at personalet skulle bry seg fremkom det at denne omsorgen også hadde en grense. Cato satte pris på at de ansatte viste omsorg for ham. Samtidig opplevde han at dersom de ansattes forsøk på å involvere seg i livet hans ble for intenst da ble det negativt. Da opplevde han det ikke lenger som omsorg, men som mas.

*[...]de kan gjerne bry seg, det synes jeg er fint» [...]da jeg kommer til det punktet at jeg sier, jeg gjør så godt jeg kan, da er det ikke noen vits i å mase mer.(Cato)*

For flere av intervjupersonene var det egenskaper hos den enkelte ansatte de opplevde bidro til å fremme verdighet. Alle som deltok i forskningsintervjuene hadde vært i pasientrollen i mange år. Dette hadde gitt dem erfaringer med å møte helsepersonell på ulike arenaer og nivåer av helsevesenet. De hadde gjort seg mange tanker omkring hvilke egenskaper de satte



pris på hos ansatte. Alice opplevde det som en viktig egenskap for de som jobbet i hjemmesykepleien at de viste en åpenhet ovenfor pasientene de møtte. Erik satte pris på ansatte som var imøtekommende og i godt humør.

*Som hjemmesykepleier bør du være åpen, og det er dem jo stort sett alle. (Alice)*

*For de er jo så blide og hyggelige når de er her.(Erik)*

Cato opplevde at de ansatte kunne ha liten kunnskap om rus. Han mente at det kunne være hensiktsmessig at ansatte kombinerte kunnskap om det mellommenneskelige med den kunnskapen de hadde om rus.

*Hun har ikke så stor kunnskap om rus, men hun har såpass god kunnskap om mennesker at hun relaterer det hun kan om mennesker og rusen.(Cato)*

Intervjupersonene fortalte at å oppleve omsorg fra de ansatte var noe som fremmet verdighet i møtene. Det å være åpen, blid og hyggelige ble beskrevet som egenskaper hos ansatte som bidro til å fremme verdighet.

### **5.4.3 Opprettholdelse av verdighet gjennom kunnskap og en vedvarende relasjon**

Intervjupersonene pekte på flere faktorer ved organiseringen av tjenesten som de mente kunne bidra til å fremme verdighet. De savnet kunnskap hos de ansatte om rusmidler og rusbruk, og mente at økt kunnskap om rus hos ansatte i hjemmebaserte tjenester kunne bidra til å fremme verdighet. Alice mente at selv litt mer kunnskap ville være til hjelp.

*[...]noen småkurs om folk som går på metadon. (Alice)*

Bedre kontinuitet i tjenesten der en ble fulgt opp av de samme ansatte ble også trukket frem som en faktor som kunne bidra til å fremme verdighet. Gjennom en slik kontinuitet oppleves det som enklere å kunne stole på hverandre.

*For det er klart at etterhvert så stoler du mer på den sykepleieren som er der, enn du stoler på legen og alle andre mennesker. For det er hun du ser hele tiden, eller han du ser hele tiden.(Daniel)*

Intervjupersonene anså at bedret kontinuitet gjorde det mulig for dem å bli kjent med de ansatte, og åpnet muligheter for at de ansatte kunne bli bedre kjent med dem. En slik tettere oppfølging, kunne fremme verdighet ved å forebygge misforståelser mellom dem og de ansatte. Cato hadde opplevd at misforståelser og det han beskrev som bråk kunne oppstå

dersom det ble mange å forholde seg til. Dersom han hadde hatt den samme å forholde seg til mente han at ansatte hadde mulighet til å si noe om hvordan det hadde fungert over tid.

*Helst ikke at det er forskjellige personer hver dag». ... Da kan den personen faktisk ha, avgi en evaluering på for eksempel onsdag. Og si at nå har jeg truffet X (intervjupersonens etternavn) hver dag og synes det har vært stabilt, godt. [...] Ja, nå er det kanskje bare 10 stykker som jeg forholder meg til. Og de 10 føler jeg på en måte aksepterer meg, de har lært meg litt å kjenne. For det har blitt mye mindre bråk.. og sånn..(Cato)*

Daniel ønsket seg en kontaktperson han kunne forholde seg til, da han opplevde det som vanskelig å forholde seg til mange ansatte.

*Og det synes jeg er litt viktig at de er litt flinkere til liksom å ha en som på en måte blir en slags kontaktperson. Det savner jeg litt i hjemmesykepleien. [...] Men hadde jeg fått flere å forholde meg til, jeg har to, så begynner det å bli verre for meg. Så det er en viktig ting, og det er jo. (Daniel)*

Daniel opplevde den manglende kontinuiteten som slitsom, og etterlyste skriftlige rutiner som han mente kunne bedre kontinuitet og bidra til bedre oppfølging. Han opplevde at verdighet kunne fremmes gjennom at han slapp å gjenta de samme opplysningene overfor ulike ansatte.

*[...]For det at jeg har jo opplevd å måtte gjenta meg i tusenvis av ganger vet du. Ut til forskjellige leger og sykepleiere og alt mulig. Og det er noe du blir lei av altså. Så en sånn litt som er, en litt mer sånn generell rapport som bare hadde gått på tingene, på hjelpebehov og hvordan en utvikler seg. (Daniel)*

En siste ting som ble trukket frem i forhold til å fremme verdighet var ønske om bedre samarbeid mellom de ulike aktørene i helsevesenet som organiserer LAR-behandlingen. En bedre informasjonsflyt mellom LAR sentralt, fastlegen og de ansatte i hjemmesykepleien kunne fremme verdighet ved at de som pasienter ble ivaretatt mer helhetlig.

*Ved at legen og LAR er i godt samarbeid med hjemmesykepleien. Og ikke bare med toppen der liksom, men at du kanskje snakker med den som jeg er i dialog med.(Cato)*

### *Oppsummering*

Intervjupersonene opplevde at det var flere faktorer som kunne fremme verdighet. Det å bli møtt med respekt ble trukket frem som viktig. Dette innebar å bli møtt på samme måte som pasienter som ikke var rusavhengige. Gjennom å bli møtt med åpenhet, og uten fordommer opplevde de at fortiden ble akseptert, og at de ble respektert for den personene som de er. Dette la grunnlag for at de og de ansatte i hjemmebaserte tjenester kunne møtes som likeverdige mennesker.

Et annet anliggende de opplevde fremmet verdighet var at de ansatte trodde på det intervjupersonen fortalte. Det var også viktig at de ansatte ikke fortalte videre ting som ble sagt til dem i fortrolighet. Gjennom dette opplevde pasientene å bli vist tillit og at de ble anerkjent, noe som bidro til at en god relasjon kunne vokse frem. Anerkjennelse kunne også oppleves ved å bli sett som en kunnskapsressurs av de ansatte. Opplevelsen av å få omsorg fra de ansatte og egenskaper hos den enkelte ansatte der de var åpne og hyggelige ble også ansett som å kunne fremme verdighet.

Økt kunnskap om rusavhengighet hos de ansatte ble ansett som å kunne fremme verdighet. Andre faktorer ved organiseringen av tjenesten kunne også bidra til dette. En bedre kontinuitet ville gjøre det mulig å bli bedre kjent med hverandre, og bidra til et bedre samarbeid med færre misforståelser. Bedre skriftlige rutiner i hjemmebaserte tjenester kunne fremme verdighet ved at pasientene slapp å gjenta opplysninger. Intervjupersonene opplevde også at et bedre samarbeid mellom de ulike aktørene som organiserte LAR-behandlingen kunne fremme verdighet gjennom at behandlingen ble mer helhetlig.

### Hindre for opplevelsen av verdighet

Intervjupersonene fortalte om hva de opplevde kunne være til hinder for verdighet i møte med ansatte i hjemmebaserte tjenester. Faktorer for hva som opplevde å være til hinder for verdighet synliggjøres gjennom tre hovedtema.

#### **5.4.4 Opplevelsen av stigma og fordommer**

Alle intervjupersonene var pasienter i LAR på bakgrunn av diagnosen opioidavhengighet. Det var ikke noen ny eller fremmed erfaring for dem at det finnes negative holdninger til mennesker med rusavhengighet. Etter å ha levd mange år med rusavhengighet var dette for mange en del av livet. Flere hadde opplevd å møte ansatte i hjemmebaserte tjenester med forestillinger om mennesker med rusavhengighet som gjorde at de var usikre i møte med pasientene. Alice og Bjørn fortalte at de hadde forståelse for situasjonen til de ansatte. De hadde selv gjort erfaringer på godt og vondt i møte med andre med rusavhengighet. At ansatte kunne bli redde i møte med noe ukjent, eller tidligere hadde opplevd negative ting i møte med pasientgruppen opplevde de som naturlig.

*Det er sjelden jeg føler meg sett ned på. Men jeg tenker at folk, det blir ikke å se ned på, når du ikke vet så mye om ting .. så blir du, altså redsel for det som er ukjent rett og slett. [...])Det kan jo hende de er innom andre steder der som det er helt forferdelig og hvor dem føler seg truet.(Alice)*

*[...] jeg tror at hvis de jobber med avgiftning eller avrusning da, så er jo kanskje rusmisbrukere veldig humørsyke da de kommer inn der. Også hvis de har vært der på praksis så klart, de får jo en litt sånn, møte med litt diverse folk dem også. At de kanskje da er litt nervøse i møtet..., faktisk. Så jeg er ikke liksom, at jeg tenker ikke at det bare er personlig liksom.» (Bjørn)*

Ikke alle opplevde at oppfatninger ansatte hadde om rusavhengighet handlet om dem personlig, likevel opplevde flere at det kunne være et hinder for opplevelsen av verdighet. Flere hadde opplevelsen av at de ble møtt annerledes enn andre brukere av hjemmebaserte tjenester på bakgrunn av at de var rusavhengige. For Bjørn var det viktig at de han møtte ikke hadde bestemt seg på forhånd for hvem han var.

*[...]at de ikke bestemmer seg på forhånd, hvilke type menneske en er bare for at en er rusmisbruker, eller har brukt heroin eller om en har brukt .. hva det nå enn er. At han er bare en rusmisbruker liksom, at hvis dem går inn med den holdningen så tror ikke jeg at møtet blir noe godt. Da.. har du jo fordommer og da har du jo liksom på en måte bestemt deg på forhånd hva slags type menneske du møter, og den biten tror jeg er veldig vanskelig å snu, for dem også egentlig.(Bjørn)*

Frida hadde opplevd at de ansatte hadde fordommer, dette reagerte hun på og mente at dette var lite forenelig med å jobbe med pasienter i LAR.

*[...]det er mange som har fordommer, og da synes jeg egentlig at de ikke burde jobbe i hjemmesykepleien med LAR pasienter. For å være helt ærlig da. For det at en skjønner jo at det er på grunn av rusinga, for det er jo det de pirker på hele tiden. At det, ja det er så vanskelig å tro på meg på grunn av det jeg har drevet med, og det er så mye juging og sånne ting. [...] man «senser» det så fort. For det er så mange som har fordommer, og man merker det fort bare på oppførselen deres. Jeg gjør i vertfall det, og det er måten de prater på og slike ting. Så det er, jeg bare merker det. Og.. for det, jeg er ganske vant med å skulle «sense» sånne ting da..(Frida)*

Enkelte hadde opplevelse av å være stigmatisert, og Daniel beskrev dette som en opplevelse av at andre er bedre enn deg. I dette lå en opplevelse av at ting som ble fortalt om ham ble oppfattet som sant.

*Stigmatisering er det samme som at det er andre som er bedre enn deg, og liksom.. Hører på ting om deg, og alt mulig sånn. Og biter seg fast i det med en gang. Og det merker jeg er noe som går igjen i veldig mange miljøer. Det der med å høre på andre og tro det er sannheten.(Daniel)*

I møte med ansatte i hjemmebaserte tjenester hadde intervjupersonene erfart at fordommer og stigmatisering kunne komme til uttrykk på ulike måter. Det var en utbredt oppfatning at disse holdningene hos de ansatte kom til uttrykk gjennom at de møtte pasientene med mistenksomhet. Cato beskrev det som at de ansatte var skeptiske.

*De er jævla skeptiske i hjemmesykepleien, jeg vet ikke hvor det kommer fra.(Cato)*

I flere tilfeller hadde intervjupersonene opplevd at det ble fremsatt påstander om deres russituasjon som var basert på oppfatninger de ansatte hadde i forkant av møtene. Dette var noe som ble opplevd som svært negativt. Erik opplevde det som at det ikke hjalp uansett hva han gjorde eller sa så ble han ikke trodd. For Frida var det belastende at de ansatte ikke trodde på at det hun sa var sant.

*Ei sa jo til oss, at dere er jo ruset hele tiden uansett så det. Vi var jo ikke det, vi ruset oss et par ganger i måneden, på det meste. Men vi ble stemplet som at vi ruset oss hele tiden, og det sa jo LAR også. At vi ruset oss hele tiden så... da ble vi stemplet som det. Vi ble jo ikke trodd uansett ..(Erik)*

*Og.. nei.. jeg synes ikke noe om det med at alle mistror og sånne ting, bare for at man har den fortiden man har. Jeg vet at det er mye løgner og sånn ute i miljøet, men man forandrer seg faktisk. Så.. nei det med.., det er ikke så mange som tror på at man faktisk snakker sant, og jeg liker ikke helt det heller.  
(Frida)*

Selv om intervjupersonene hadde en forståelse for at de ansatte kunne være engstelige for ting som er ukjent, ble stigmatisering og fordommer opplevd som et hinder for verdighet. Dette ble spesielt knyttet opp mot erfaringer der en ble møtt med mistenksomhet, og opplevelsen av at en aldri ble trodd. Dersom det oppstod misforståelser eller feil opplevde intervjupersonene at bevisbyrden alltid ble liggende hos dem. Slike situasjoner kunne få store konsekvenser for pasientene som da ikke fikk utlevert LAR-medikamentet sitt.

*Ja, hvis du ikke blir trodd. Sånn som de gangene jeg ikke har fått utlevert medisinen mine. For dem har påstått at jeg har vært ruset .. (pause).. .. og jeg har ikke vært ruset i det hele tatt. (Cato)*

Det at medisinen ble holdt tilbake på bakgrunn av uriktige vurderinger de ansatte gjorde var noe som Cato opplevde som veldig negativt, og nærmest som et maktmisbruk.

*Men den instruksjonen har noen av dem strukket for langt. Og utnyttet den lille makten de har hatt da. De kan holde tilbake medisiner, og en person mener jeg, kan ikke gjøre det, det skulle iverfall vært to stykker som ser det.(Cato)*

Daniel hadde også erfart at han ikke ble trodd av de ansatte i hjemmebaserte tjenester. Han opplevd at dette kunne ha sammenheng med det han betegnet som «prat» blant de ansatte, noe han opplevde som sårende.

*[...]det har med det at når en har vært stoffmisbruker så blir en aldri trodd. Og dermed så når en sier noe gang etter gang, og det er jo sannheten, og de bare avfeier det. Og de burde være så proffe at der må de bare ta ting til seg, og det samme som å slenge ut påstander også.. Som liksom har gått i fra, spesielt på mindre steder som er et mindre sykepleiermiljø så har det lettere for å bli mer prating. Også får en høre ting som en ikke overhodet skulle ha hørt. Og det sårer meg veldig for det at jeg har tross alt vært gjennom så mye greier.(Daniel)*

Det å bli snakket nedlatende til og bli sett ned på var noe som Erik beskrev som «å bli behandlet som en rusmisbruker». Dette hadde han opplevd flere steder, også i hjemmebaserte tjenester der han hadde opplevd at han ikke ble trodd, og følte seg veldig dårlig behandlet.

*[...] for det er så mange steder, på sykehus og av hjemmesykepleiere, at du blir behandlet som en rusmisbruker. Du blir ikke trodd og de snakker nedlatende til deg og.. [...] Om det var feil i medisinen og sånne ting, og vi ringte for å si ifra så ble vi aldri trodd og ble behandlet som dritt.(Erik)*

Flere av intervjupersonene opplevde at fordommer hos de ansatte bidro til krenkelse av deres verdighet. Frida sammenlignet krenkelsene av verdighet som hun hadde opplevd i møte med de ansatte i hjemmebaserte tjenester med opplevelser hun hadde hatt tidligere i livet da hun var hjemløs, og måtte tigge på gata:

*[...] sånn som da jeg satt på gata og hadde koppen foran meg da. Så var det litt mer sånn, så jo folk gikk forbi og bare .. Noen prata og bare.. Ja, du får skylde deg selv. Så det, fordommer er det mye av.(Frida)*

I forhold til erfaringene med å oppleve fordommer og stigmatisering i møtene med de ansatte i hjemmebaserte tjenester fortalte Alice at det for henne var viktig å kunne motbevise forestillingene ansatte kunne ha om mennesker med rusavhengighet. For noen var det viktig å kunne vise at selv om en levde med rusavhengighet så kunne en klare seg bra.

*[...] dem får kanskje litt annet syn på hva en narkoman er, for det er så lett å kjøre en sånn stereotyp på alt, og det er så langt fra sannheten.(Alice)*

For intervjupersonene var det ingen ny opplevelse at stigmatisering og fordommer var knyttet til rusavhengighet. De hadde forståelse for at ansatte kunne være redde i møte med noe som de visste lite om. Samtidig ble det opplevd som et hinder for verdighet dersom de ansatte hadde bestemt seg for hvem de var før de møttes, at de ble behandlet annerledes enn andre brukere av tjenesten. At ansatte hadde fordommer og ikke trodde på det de sa ble opplevd som negativt, og var et hinder for opplevelsen av verdighet.

#### **5.4.5 Opplevelsen av mangelfulle relasjoner og bekreftelse**

Flere faktorer som kunne være til hinder for opplevelsen av verdighet kunne knyttes opp mot organiseringen av tjenesten. Flere av intervjupersonene fortalte om opplevelsen av å måtte vente på hjemmesykepleien. Dette ga dem et inntrykk av å være nedprioritert. Enkelte fortalte om opplevelser der de ikke fikk besøk av hjemmesykepleien i det hele tatt fordi at de hadde blitt glemt.

*[...]det er jo noen ganger da vet du som er litt sånn ... eh.. depressive perioder hvor du har lyst til å få medisinen din liksom .. Kanskje angst om morgenen eller.. Våkne klokka åtte, så liksom vente på at de skal komme, så kommer de ikke ni, så går det kanskje to timer før de kommer.. Men det er veldig sjelden da. Så.. Men .. Det var en gang, det har hendt et par ganger at jeg måtte ringe etter dem da. At de rett og slett hadde glemt meg.(Alice)*

*[...] jeg synes det er greit at de kommer om morgenen. I stedet for at du må sitte og vente time etter time, og du har ikke, og du får denne uforutsigbarheten med ikke å vite hvilken tid de skal være der. Så veldig redd for sånt. For det skjedde jo før da.(Daniel)*

Lite kontinuitet og mye bruk av vikarer ble også trukket frem som faktorer som kunne bidra til å redusere opplevelsen av verdighet i møtene med hjemmebaserte tjenester.

*Mye vikarer tror jeg kan være uheldig. Som ikke vet noe om.. altså som.. Det kan være uheldig.(Alice)*

En annen praksis som opplevdes negativt, var dersom to ansatte oppsøkte pasienten sammen. Intervjupersonene syntes dette var greit dersom dette skjedde fordi personalet var på vei til fysisk tunge pasienter som trengte hjelp fra to ansatte, eller noen skulle læres opp. Dersom to ansatte kom til intervjupersonene med den hensikten at de ansatte skulle passe på hverandre, ble dette en negativ opplevelse for Daniel.

*For jeg ser på mange plasser som det har vært mye, så bruker de to og to og to og to. Men det føler jeg ville vært .. Ja, når det gjelder, hvis de gjør mange jobber på den turen sin så forstår jeg det. For det er mange tunge løft de har og sånne ting. Men jeg vil, hvis det hadde kommet to og to, og de hadde begynt å komme ut to og, da ville jeg rett og slett begynt å bli mer paranoid av det altså.(Daniel)*

En slik praksis kunne hemme verdighet dersom det ikke var noen åpenbar grunn til at det kom to ansatte.

#### **5.4.6 Opplevelsen av nedlatende holdninger og manglende kunnskap**

At sykepleiere og andre ansatte i hjemmebaserte tjenester hadde liten kunnskap om rusavhengighet var en utbredt oppfatning blant intervjupersonene. Manglende kunnskap og en opplevelse av å møte negative holdninger hos de ansatte kunne være et hinder for verdighet.

Da ansatte skulle gjøre vurderinger av hvorvidt pasientene var ruset eller ikke opplevde intervjupersonene at vurderingene ble gjort på et manglende kunnskapsgrunnlag. Det at personalet manglet kunnskap om rusavhengighet gjorde at de brukte ytre faktorer hos pasientene, for å gjøre vurderinger av rusituasjonen. Erik hadde opplevd personalet som negative i utgangspunktet, videre brukte de hvorvidt samboeren var sminket eller ikke som grunnlag for å gjøre vurderinger av hvorvidt de var ruset eller ikke.

*De var veldig negative. Det var ikke noe hjelp å få og .. så hvis ikke hun var, samboeren min var sminket og ferdig klokken ni om morgenen når dem kom, hvis ikke hun satt oppe og var sminket og våken så ble det bekymringsrapport. (Erik)*

I intervjuene fremkom det at intervjupersonene opplevde at de ansatte visste lite om hvordan livet kunne være for de som lever med rusavhengighet. Flere aspekter ble trukket frem i forhold til dette. Cato opplevde at de ansatte visste lite om hvordan han opplevde virkningstiden til metadonen han fikk, og hvilke utfordringer han hadde tilknyttet abstinenser.



*Det første treffet om morran, jeg går på metadon, dere vet nesten ingenting om metadon. Jeg får gi dere en liten lekse igjen på metadon. Det er 24 timer, også.. er du abstinent etter 12, da begynner du å bli dårlig. Og da er resten av de 12 timene et rent helvete hvis du ikke har.. hvis du er flink. (Cato)*

Erik opplevde manglende forståelse for det psykiske aspektet ved å være rusavhengig. At livet kan være preget av mye angst, og at atferden til de ansatte kunne bidra til å forsterke angsten.

*[...]de vet ikke hvordan en hverdag til rusmisbruker er. Hvordan angsten er, hvordan du skal håndtere en som har panikkangst og sosialangst når du, og er livredd når hjemmesykepleien kommer. Så.. hvis ikke dem vet om sånne ting og bare kommer busende på. Så er det veldig skremmende for den personen.. Det var jo sånn før, vi var jo livredde for folk... Så det.. vi grudde oss jo lenge før hjemmesykepleien kom.(Erik)*

Ansatte i hjemmebaserte tjenester bistår alle med behov for hjemmesykepleie i en kommune. For Frida var det tydelig at rusavhengighet var noe sykepleiere og andre ansatte hadde liten kunnskap om.

*[...] hjemmesykepleien er jo ikke basert på rusavhengige. Det er jo for både eldre, hjelpende .. eller trengende, mener jeg. Og.. nei.. en skjønner jo fort da at dem egentlig ikke vet noe om rus, for det hører man jo med en gang. At dem, ja .. nei. (Frida)*

Den manglende kunnskap om LAR-medikamenter som hjemmebaserte tjenester administrerte til pasientene opplevde pasientene som en utfordring. Det kunne bidra til at det oppstod misforståelser. Cato og Daniel opplevde at den manglende kunnskapen om LAR-medikamentene påvirket holdningen de ansatte hadde til selve medikamentene.

*Som kommer der da med noe som dem synes er rene gifta liksom.. (ler).. Jeg ser jo på metadon som redningen min ikke sant.(Cato)*

*.. ja han går på offentlig narkotika, for det var det de trodde det var i fra begynnelsen da folk begynte på det. Og det er klart tar du det en gang i året så er det jo rus. Men for en som bruker dette fast så er jo ikke det noe slags rus. Det er, du får et stemningskifte kan du si.(Daniel)*

Det at ansatte hadde liten kunnskap om medikamentene medførte at de gjorde vurderinger i enkelttilfeller som pasientene mente at det ikke var belegg for. Vurderinger de ansatte gjorde og rapporterte videre, kunne sette i gang prosesser som ble en merbelastning for pasientene.

*Det har blitt for mye, dem har klaget for mye, klaget over ting som ikke er noe å klage over. Og da går det utover meg, så går det utover X (kontaktperson i LAR), så går det ut over legen .. Og så.. folk ringer jo for alt mulig rart ikke sant? Er det ikke det ene, så er det det andre. Det er jo alt i fra trugsmål, altså trusler til blodsøl på metadon-flaskene og sånne ting som .. Og beskyldninger om salg av stoff og.. slikt*

*er jævnlig beklagelig.. For det er oftest vennene dine, som du kanskje har vært snill mot liksom, for å være grei. (Cato)*

Manglende kunnskap kunne resultere i at intervjupersonene opplevde ulik praksis ved medikamentutdelingen. Denne ulike praksisen opplevde Alice og Daniel at gjorde dem usikre i forhold til hva som var forventet av dem.

*[...]noen skal stå å se på at en X (samboeren) skal bli ferdig med disse greiene der. Og noen bryr seg ikke om det. Så det er litt sånn. Det kan oppleves litt sånn ekkelt, for da vet du ikke helt om.. , er det noen som er så ... eh.. Jeg føler at de ikke har helt samme, at ikke alle gjør likt. (Alice)*

*[...]det heter seg jo det vet du at Subutex så skal du egentlig stå i 15 minutter og se på at den der smelter inne i munnen og sånn. Og det er jo noen av de her unge jentene som insisterer på dette da. Ikke sant. Men du kan ikke stå og prate samtidig som de medisinene skal inn i munnen. Og da blir det å sitte på trappa .. (Daniel)*

Intervjupersonene hadde erfart at negative holdninger hos de ansatte kom til uttrykk gjennom holdning og kroppsspråk. Bjørn hadde opplevd at de ansatte behandlet han annerledes enn andre pasienter da han oppsøkte hjemmebaserte tjenester for å få LAR-medikamentet sitt.

*[...] en merker jo at noen er litt kortere .. enn andre.. på en måte, at du får ikke, du får liksom .. merker liksom at du.. Ja hva skal jeg si .. sånn .. ja at de blir litt korte og liksom ikke akkurat slik blide liksom. For jeg har jo hørt at de liksom har pratet med andre før meg for eksempel. (Bjørn)*

Både Erik og Frida hadde opplevd at enkelte ansatte som kom hjem til dem var sure, uhøflige og respektløse. Denne negative holdningen gjorde at de følte seg krenket, og ble et hinder for opplevelsen av verdighet.

*[...]hele holdningen deres da er jo veldig negativ. Du ser at de er pottesure i fra de kommer inn, og de svarer deg på spydig måte og..(Erik)*

*[...]jeg har jo fått folk som, hvis vi begynner å diskutere, så smeller de bare igjen døra og reiser. Det er ganske mange som faktisk behandler.. behandler meg litt som dritt egentlig». (Frida)*

At noen ansatte var mistenksomme ovenfor pasientene kunne oppleves som belastende. Alice så seg nødt til å tilpasse sin egen atferd for å unngå å få mistanker rettet mot seg.

*[...] noen er litt sånn mistenksomme da. Det kunne.. Det er ei da, hun har alltid vært sånn som.., jeg drikker flasken og ferdig med den, også skal hun ha den med seg. Og det, det tok jeg opp som, jeg tok det som litt sånn: Hvorfor skal hun ha med seg flasken? Liksom.. Hva tror hun at jeg gjør med den flasken? (Alice)*

Samarbeidet mellom pasientene og de ansatte kunne også bli vanskeligere av situasjoner som oppstod. Cato hadde opplevd at en ansatt løy om å ha vært hos ham. Dette bidro til at han ikke fikk medikamentet sitt og tilliten mellom ham og den ansatte ble svekket.

*Det er i starten, hvem som har skylda og ikke. Hjemmesykepleierne hevder å ha vært og låst seg inn og vært på soverommet og ikke sett meg. Det skjedde første uka.. og da var det en dag jeg ikke fikk metadon rett og slett. Det var ei som det viste seg at ble problematisk, og da fikk jeg kanskje en mer eller mindre unnskyldning av henne etter hvert. Hun hadde rett og slett jugd altså, hun hadde ikke vært innom i det hele tatt..(Cato)*

Det at sykepleiere og andre ansatte hadde en gjøremålsorientert tilnærming i møtene var også et hinder for opplevelsen av verdighet. Bjørn og Cato fortalte at utdelingen av LAR-medikamentet kunne gå veldig kjapt, og at de da opplevde å bli ivaretatt i liten grad utover å få utdelt medikamentet.

*[...]knakker på og rev opp døra som de gjør hos .. ja og.. bare liksom ikke sa noe spesielt .. bare permen liksom .. også var det bare å gi medisiner og se at jeg puttet dem i munnen .. sa «hadet», så liksom ikke noe mer enn det liksom. Det synes jeg er.. at du på en måte, du blir bare en sånn brikke...(Bjørn)*

*[...] det går så veldig fort, utlevering av metadon, det er en prosess som går veldig fort. Du får en metadon-flaske, du drikker den, de gjør notater, altså levert .. (Cato)*

Noe annet som intervjupersonene opplevde kunne være til hinder for verdighet var at enkelte kunne ha en tendens til å være veldig påtrengende. Dette opplevde intervjupersonene som mas, og som en inngripen i deres privatliv.

*Minst pris setter jeg på spørsmål som.. hvis jeg unnviker å svare .. da fortsetter de å fyre opp under spørsmål angående sånne ting. De spør bare på en litt annen måte. Det synes jeg er vanskelige ting, slik som har skjedd mye. .. Greit å spørre meg, har du noen planer for dagen liksom. Av og til kan jeg føle det som .. det har ikke du noe med liksom..(Cato)*

*Nei, det er jo hvis folk er veldig påtrengende. Skal veldig innpå deg, for det er noen som er så forferdelig redd for å gjøre noe galt.(Daniel)*

At sykepleiere og andre ansatte hadde liten kunnskap om rus og livet med rusavhengighet opplevdes som et hinder for verdighet. Dette da det kunne medføre at intervjupersonene opplevde ulik praksis, og vurderinger av dem som de mente det ikke var belegg for å gjøre. Væremåten til de ansatte kunne også være til hinder for verdighet i tilfeller der de ansatte ble oppfattet som negative, sure og respektløse. Det kunne også oppleves som negativt dersom de ansatte var alt for påtrengende, og ikke respekterte privatlivet til intervjupersonene.

### *Oppsummering*

Tre hovedtema ble trukket frem for hva som kunne hemme verdighet i møtet. Stigma og fordommer ovenfor pasienter med rusavhengighet kunne komme til uttrykk gjennom at ansatte møtte intervjupersonene med skepsis. De opplevde å bli møtt med mistenksomhet og at de ansatte ikke trodde på det de fortalte. Samtidig fremkom det også en forståelse hos pasientene for at de ansatte kunne være engstelige for mennesker med rusavhengighet. Flere av pasientene hadde opplevd at det ble fremsatt påstander om deres rusituasjon de mente var basert på oppfatninger ansatte hadde i forkant av møtet. De hadde også opplevd at de ble behandlet annerledes enn pasienter som ikke var rusavhengige.

Manglende kontinuitet og en opplevelse av å bli nedprioritert var faktorer ved organiseringen av tjenesten som kunne hindre verdighet. Flere hadde opplevd å føle seg nedprioritert da de stadig måtte vente på de ansatte i hjemmebaserte tjenester. Det å bli oppsøkt av to ansatte for at de skulle passe på hverandre, ble opplevd som negativt.

Lite kunnskap og væremåte hos ansatte i hjemmebaserte tjenester var det tredje tema som ble trukket frem som kunne hindre verdighet. Det var en utbredt oppfatning at de ansatte hadde liten kunnskap om LAR-medikamenter, andre rusmidler og hvordan det var å leve med rusavhengighet. Intervjupersonene fortalte om negativ holdning og kroppsspråk hos ansatte som kom til uttrykk gjennom at ansatte var uhøflige og sure i møtene med pasientene. Det kunne også oppleves som negativt dersom pasientene opplevde at de ansatte var alt for påtrengende.

## 6 Diskusjon

I denne delen av oppgaven diskuteres resultatene av studien i lys av det teoretiske rammeverket og tidligere forskning. Hensikten med studien er å belyse problemstillingen; hvordan verdighet oppleves av pasienter som er avhengige av rusmidler i møtet med sykepleiere og andre ansatte i hjemmebaserte tjenester.

Forskningsspørsmålene i studien er:

- Hva er verdighet for pasienten?
- Hva konstituerer møtet mellom pasienten og helsearbeideren, og hvordan opplever pasienten at verdighet kan opprettholdes og fremmes i møtet?
- Hva opplever pasienten kan være til hinder for opplevelsen av verdighet?

For å belyse de overnevnte forskningsspørsmålene er diskusjonen organisert i hovedkapitlene:

6.1 Verdighetens ulike dimensjoner

6.2 Møtets ulike dimensjoner

6.3 Opplevelsen av verdighet i møtet

Alle hovedkapitlene har underliggende temakapitler der det tas utgangspunkt i mønstre og tendenser som fremkom i arbeidet med intervjuetekstene. Disse ses i lys av, og diskuteres opp mot det teoretiske rammeverket og tidligere forskning som ble presentert innledningsvis i oppgaven.

I dette kapitlet anvendes både *intervjuperson* og *pasient* om de som deltok i forskningsintervjuene. Både *sykepleier* og *helsearbeider* brukes i omtalen av ansatte i hjemmebaserte tjenester.

## 6.1 Verdighetens ulike dimensjoner

I dette kapittelet diskuteres intervjupersonenes erfaring av begrepet verdighet. Det fremkom ulike resonnement omkring hva den enkelte opplevde at verdighet var for dem. Den videre diskusjonen belyser ulike verdier som erfares som betydningsfulle for den enkeltes opplevelsen av verdighet.

### *Verdighet som noe materielt*

Flere av intervjupersonene opplevde verdighet som noe materielt. De opplevde at materielle ting var en slags avspeiling av hvorvidt de hadde verdighet eller ikke. Dette satte de i sammenheng med erfaringer i perioder av livet der de manglet det meste, noen hadde vært hjemløse. I disse periodene av livet hadde de erfart å ha liten verdighet. Det å mangle materielle goder, ikke ha grunnleggende ting som tak over hodet hadde vært tydelige tegn på at en hadde det dårligere enn andre. Dette hadde gitt en opplevelse av å være lite verdifull, og mangle verdighet. Tilsvarende ble det å ha de materielle tingene en opplevde er vanlig i det samfunnet vi lever i opplevd som å ha det likt som alle andre, ha samme verdi som andre. Ut fra dette ble erfaringen av å ha materielle ting et uttrykk for å ha verdighet.

En ytre dimensjonen av verdighet beskrives av flere. Karakteristikkene som ære, utseende og rang er noen av karakteristikkene på denne dimensjonen av verdighet (Eriksson, 1995). Nordenfeldt (2004) beskriver «Dignity of merit» som verdighet knyttet til sosial status og posisjon. En slik relativ verdighet beskrives av Edlund (2013) som at det i menneskers opplevelsesverden finnes en etisk indre relativ verdighet, og en estetisk ytre relativ verdighet som konkrete erfaringer via handlinger og attributter. Denne påvirkes og formes av kultur og samfunn og kan forandres og rases, men også gjenopprettes (Edlund, 2002). Av intervjupersonenes historier fremkom en opplevelse av at denne materielle verdigheten var noe som kunne endre seg. Intervjupersonene hadde erfart dette i sammenheng med opplevelse av boligforhold og økonomi. Selv om de fortsatt ikke hadde samme levestandarden som de mente andre hadde, så opplevde de å ha større verdighet nå enn de hadde hatt tidligere i livet da de hadde bodd på gata eller på hospits.

Opplevelsen av verdighet som noe materielt handlet om mer enn det konkrete som bolig, penger og ting. Et estetisk aspekt ved begrepet verdighet ble trukket frem som viktig, der intervjupersonene opplevde at verdighet handlet om å ha det ordentlig, rent og ryddig. Denne

ytre estetiske verdigheten tilhører den kroppslige dimensjonen av enheten menneske (Edlund, 2002). For intervjupersonene var det å fremstå som «*ordentlig*», ha rene klær og orden i huset sitt, et uttrykk for at en person hadde verdighet. Erfaringer de hadde gjort med å leve med rusavhengighet hadde gitt dem opplevelser der det å holde orden og ha rene klær ikke alltid hadde vært enkelt å få til. Slike estetiske faktorer ble et uttrykk for at en ikke mestret livets daglige utfordringer slik som andre, og ga en opplevelse av å ha mindre verdighet enn andre mennesker som fremstod som «*ordentlige*».

Resultatene viser at gjennom erfaringen av verdighet som noe materielt fremkommer det en dimensjon av verdighet som kanskje ikke oppleves som så fremtredende i diskusjoner vedrørende verdighet. For mennesker som lever et alminnelig dagligliv med de godene som anses som normale i vårt samfunn anses kanskje ikke det materielle aspektet som så fremtredende som det oppleves å være for intervjupersonene. Verdighet tas for gitt for de fleste som lever et vanlig liv. Selv om disse mister noe av sin kapasitet vil de fleste likevel ha en fullstendig verdighet. De kan tåle tap i livene sine uten å bli fratatt verdigheten, og dersom det skjer, vil de være i stand til å gjenoppbygge den (Shotton & Seedhouse, 1998). Mennesker med rusavhengighet beskrives av Shotton & Seedhouse (1998) som en pasientgruppe der verdigheten kan være sårbar. Dersom de mister verdighet kan den være vanskelig å bygge opp igjen. Som helsearbeider i møte med pasientgruppen kan det være viktig å være bevisst perspektivet der materielle ting oppleves som et uttrykk for verdighet. I møte med pasientene vil det å gi oppmerksomhet til materielle ting pasienten har, eller anerkjenne ytre ting hos pasienten som klær eller orden i huset kunne bidra til å bekrefte pasientens verdighet.

#### *Verdighet – å bli respektert av andre*

Flere av intervjupersonene opplevde verdighet som sterkt knyttet sammen med respekt. For å oppleve at en ble respektert var det viktig for pasientene at de ansatte trodde på det de fortalte. Eriksson (1995) beskriver troverdighet og æresfølelse som en del av den indre dimensjonen av verdighet. Om opprinnelsen til ordet verdighet skriver hun at det stammer fra det latinske *dignitas og dignus*, som betyr troverdighet og likeverdighet. I denne erfaringen av verdighet hos intervjupersonene er verdighet noe mellommenneskelig, som oppleves i møte med helsearbeidere som tror på det de sier og respekterer dem for de menneskene de er. Her ligger et ønske hos pasientene av å fremstå som troverdige, og bli behandlet som likeverdige mennesker av helsearbeideren.

Det å anse pasientens opplevelse som sanne, og ta pasienten på alvor er viktig for å unngå å krenke pasientens verdighet (Eriksson, 1995). Intervjupersonene beskrev ønsket om å bli trodd og respektert som så sterkt at det for dem handlet om å bli behandlet som et menneske. Hos Eriksson (1995) knyttes et viktig aspekt ved opplevelsen av menneskets absolutte verdighet om det å eksistere for andre mennesker. Gjennom å bli trodd og respektert av helsearbeidere de møtte opplevde intervjupersonene at de ble behandlet som «vanlige» mennesker. Slik fikk de bekreftet sitt menneskeverd.

Opplevelsen av å ha verdi som enkeltmenneske ble trukket frem av intervjupersonene som viktig. I dette lå et ønske om at en ikke bare blir behandlet som en jobb, og kun en pasient blant mange andre. Gjennom å bli respektert for det mennesket en er kunne pasientene oppleve å bli sett som enkeltindivider, og ut fra dette få et pleietilbud som var tilpasset dem. For helsearbeideren innebærer det å respektere pasienten at en må våge å opptre forskjellig overfor pasientenes ulikheter (Eriksson, 1995). Forfatteren beskriver denne individualiseringen av pleietilbudet som en forutsetning for å bekrefte den innerste verdighet hos den enkelte pasient i alle situasjoner.

Shotton & Seedhouse (1998) beskriver verdighet som det å være i en posisjon der en er kapabel og i stand til å bruke sine evner effektivt. Ved at intervjupersonen ble trodd og respektert kunne intervjupersonene oppleve at kunnskaper og ressurser de har kan anvendes effektivt og komme til nytte. Samtidig vil opplevelsen av å bli trodd være med på å forebygge at de som pasienter føler seg dumme eller inkompetente. Dette er svært viktig for å kunne forebygge tap av verdighet hos pasientene (Shotton & Seedhouse, 1998).

### *Verdighet - en indre opplevelse*

Verdighet ble også erfart som en indre opplevelse av intervjupersonene, og ble beskrevet som en følelse av hvordan man har det. Eriksson (1995) skriver at det finnes en oppfatning av egen verdighet og verdi hos alle mennesker. Dette aspektet av verdighet kommer i tillegg til at alle mennesker i dypeste forstand har samme verdighet og verdi. Denne individuelle opplevelsen av egen verdi handler om hvordan enkeltpersonen ser på seg selv. Opplevelsen av egen verdi påvirkes av erfaringer vedkommende har gjort. Erfaringer der en føler skam og skyld kan påvirke opplevelsen av egen verdi negativt slik det beskrives av Eriksson (1995), som er opptatt av at pasientens opplevelse av egenverdi har stor betydning for helseprosessen.



Dimensjonen av verdighet som en indre opplevelse er individuell og personlig, dette innebærer at en selv kan være med å påvirke egen verdighet. Dette kan gi pasientene en opplevelse av at det er de selv som har ansvar for sin egen verdighet slik det beskrives i intervjuene, og at pasientene dermed må være pådriver for å bygge sin egen verdighet. Pasienter med rusavhengighet er en pasientgruppe som kan oppleve å bli sett negativt på i samfunnet. Dette kan påvirke deres opplevelse av egenverdi, noe som kan gi utfordringer for pasientene dersom de opplever at de skal ha det fulle og hele ansvaret for å bygge opp og ivareta sin egen verdighet.

Ressurser som psykisk styrke, informasjon, tid og frihet beskrives som viktige forutsetninger for opplevelsen av verdighet hos mennesker av Shotton & Seedhouse (1998). Verdighet er noe den enkelte erfarer og føler, hvorvidt en har verdighet eller ikke er noe som oppleves av det enkelte mennesket. Det å anerkjenne opplevelsen av verdighet som en følelse er derfor viktig. Selv om helsearbeideren kan ha synspunkter på hva som er verdig og ikke verdig i møte med pasienter med rusavhengighet, så er det ikke sikkert pasientens opplevelse av dette er den samme. Det er viktig at perspektivet der verdighet er en følelse og noe den enkelte pasient opplever ikke blir en hvilepute for helsearbeideren, der en tenker at ansvaret for at pasienten skal oppleve verdighet er pasientens alene.

Følelsen av hvordan et menneske opplever å ha det, er i likhet med opplevelsen av verdighet noe foranderlig. Nordenfeldt (2004) beskriver en form for verdighet som er knyttet til den enkeltes identitet. Denne typen verdighet er knyttet til individets kropp og sinn og henger sammen med selvbildet til vedkommende. I dette ligger en beskrivelse av verdighet som noe foranderlig, der verdighet kan komme og gå som et resultat av medmenneskers gjerninger, og som resultat av endringer i den enkeltes kropp og sinn. En indre etisk dimensjon som finnes i den sjelelige dimensjonen av mennesket og som gir uttrykk for opplevelsen av verdigheten beskrives av Edlund (2002). Verdier som stolthet og aktelse tilhører denne dimensjonen av verdighet. Hennes begrepsmessige modell av verdighet illustrerer den stadige bevegelsen blant de ulike verdiene som finner sted på bakgrunn av menneskets stadige streben etter å oppleve verdighet (Edlund et al., 2013).

Dette perspektivet forteller at opplevelse av verdighet er noe individuelt hos den enkelte pasient. Samtidig kan ønsket om å oppleve verdighet ses som noe av det universelle ved å være menneske. Alle mennesker tilpasser sin forståelse av verdighet ut fra sine

referanserammer, den indre opplevelsen av verdighet er derfor sentral i erfaringen av verdighet.

## **6.2 Møtets ulike dimensjoner**

Pasientene opplevde at møtene med helsearbeiderne i hjemmebaserte tjenester rommet mye, der det rent praktiske med medikamentadministrering ikke ble opplevd som det viktigste. Intervjuene avdekket ulike indre og ytre faktorer pasientene opplevde som bakgrunn for møtene. Dette ga møtene flere ulike dimensjoner.

### *Den støttende, sosiale og trygghetsskapende funksjon*

Det fremkom tydelig at møtene inneholdt mye mer for pasientene enn nytteverdien det var i å få utdelt medikamenter, der en sosial funksjon i møtene ble erfart som viktig. I utgangspunktet er møtene mellom pasientene og helsearbeideren et profesjonelt møte med en hensikt, der hensikten er utdeling av LAR-medikamenter i henhold til veileder for utlevering av substitusjonslegemidler (Helsedirektoratet, 2013). Henriksen og Aarflot (2002) beskriver hensikten med møtene som at pasienten skal kunne komme bedre til rette med sin situasjon. De advarer mot at møtets nytte skal frata møtet den verdien det har i seg selv. Flere opplevde møtene som støttende i forhold til psykiske utfordringer de hadde som medførte at pasientene ikke ønsket å møte på apoteket. Denne støttende funksjonen er en dimensjon som oppleves som viktig i møtene for pasientene. Utfordringer mennesker med rusavhengighet kan ha i livene sine beskrives av flere. McLaughlin (2000) beskriver at pasienter med rusavhengighet kan være redde og isolerte. Det å leve med rusavhengighet beskrives av Wiklund (2008a) som å være midt i en kamp med eksistensielle utfordringer, der rusbruk både lindrer og øker lidelse. Det at noen utvikler rusavhengighet kan det være mange årsaker til. Flere aspekter ved dette kan gjøre at den støttende funksjonen i møtene er viktig.

Denne støttende funksjonen ble også oppgitt som viktig for å kunne regulere egen rusbruk. Alle intervjupersonene hadde rusdiagnosen opioidavhengighet. En rusdiagnose settes når en persons livsførsel eller livssituasjon påvirkes av rusmiddelbruk på en måte som er ødeleggende. Flere kriterier må inntreffe samtidig for at diagnosen «avhengighet» skal kunne settes. Blant disse kriteriene er en sterk følelse, eller tvang til å innta substansen samt problemer med å kontrollere substansinntaket og en utviklet toleranse (Helsedirektoratet & Andersen, 2012). Enkelte av intervjupersonene opplevde det som vanskelig å regulere

inntaket av medikamenter selv om de ikke lenger levde et liv preget av aktiv rus. Hjelp av helsearbeidere i hjemmebaserte tjenester med å regulere medikamentinntaket ble trukket frem som viktig for disse pasientene.

Intervjupersonene fortalte at de hadde lite nettverk og var ensomme. At mennesker med rusavhengighet kan oppleve ensomhet beskrives av McLaughlin (2000). Pasientgruppen har behov for å oppleve følelsen av tilhørighet og fellesskap (Wiklund, 2008b). Møtet med ansatte i hjemmebaserte tjenester var en viktig sosial kontakt for flere av pasientene. Når møtet oppleves som et viktig møte med andre mennesker for pasienten, er det viktig at sykepleieren ikke virker upersonlig, men tar i bruk individuelle egenskaper. Slik kan en anerkjenne hverandre som noe mer enn rollene som helsearbeider og pasient. Gjennom dette kan tillitt vokse frem (Henriksen & Aarflot, 2002). Pasienten opplevde at sosial kontakt med de helsearbeiderne som kom innom gjorde at de følte seg mindre ensomme.

#### *Møtet i frihetens, kontrollens og sikkerhetens tjeneste*

Intervjupersonene fortalte at de hadde forståelse for at LAR-behandlingen de mottok måtte kontrolleres. Likevel kunne kontrollrutinene knyttet til LAR-behandlingen by på utfordringer, utfordringer pasienter i LAR opplever med å følge reglene i LAR-behandlingen beskrives av Granerud & Toft (2015). Det å avgi urinprøver ble trukket frem som problematisk av de to intervjupersonene som ble behandlet med metadon. Hvorvidt de ble avkrevd denne typen prøver hyppigere enn de andre som deltok ble ikke avdekket i studien. De to intervjupersonene som fikk metadon opplevde at ved å innta LAR-medikament under overvåkning av helsearbeidere i Hjemmebaserte tjenester så kunne de slippe kontrollrutinen med å avgi urinprøver. Den ene av pasientene oppga å ha annen rusbruk med cannabis som vedkommende visste kom til å fremkomme av urinprøvene. Vedkommende valgte derfor å være åpen om dette.

Det at helsearbeidere fra hjemmesykepleien overvåket inntaket av LAR-medikamentet slik at de slapp urinprøver ble trukket frem som positivt da det å avgi urinprøver opplevdes som vanskelig å gjennomføre. Praksisen med overvåkede urinprøver anses som krenkede for integriteten til pasientene, og prøvetakningens hyppighet skal derfor begrenses til det nødvendige for å sikre en faglig forsvarlig oppfølging av pasientene (Helsedirektoratet, 2010). For intervjupersonene ga det å bli kontrollert og overvåket i inntaket av LAR-medikamentene en opplevelse av frihet fra en kontrollrutine som ble ansett som plagsom og uønsket.

Intervjupersonene fortalte også at det å få LAR-medikamentet administrert av Hjemmebaserte tjenester var til hjelp for dem på bakgrunn av den geografiske avstanden mellom bosted og apotek. De opplevde en frihet fra kravet om å møte på apotek gjennom at helsearbeiderne kom hjem til dem med medikamentene. Ut fra et normaliseringsperspektiv er det å foretrekke at pasientene får medikamentene sine på apotek dersom pasienten ikke har spesielle behov (Helsedirektoratet, 2013). Flere hadde utfordringer med at de manglet førerkort, og tilbudet om kollektivtransport var dårlig utbygd der de bodde. Dersom de skulle komme seg til og fra apoteket ville dette ta mye av deres tid. De foretrakk derfor å få utdelt medikamentene av hjemmebaserte tjenester fremfor å reise til apoteket.

En dimensjon som ble trukket frem av flere intervjupersoner var at de opplevde en bedret sikkerhet ved at LAR-medikamentet ble administrert av Hjemmebaserte tjenester. Dette hang sammen med erfaringer med at andre med rusavhengighet kunne oppsøke dem utenfor apoteket for å kjøpe LAR-medikamentene. Utfordringen med lekkasje av LAR-medikamenter til det illegale markedet påpekes av flere (Clausen, 2014). Litteratursøket som ble gjennomført i forbindelse med studien avdekket ikke studier som beskrev hvor LAR-medikamenter i det illegale rusmarkedet ble solgt og kjøpt. Intervjupersonen fortalte at deres opplevelse var at det kunne være et slikt marked i nærheten av apoteket der de skulle hente sine medisiner.

Intervjupersonene fortalte også at de ønsket å unngå møter med andre mennesker med rusavhengighet. Dette med bakgrunn i et sikkerhetsperspektiv der de mente at dersom noen fant ut hvem de var, og at de hadde LAR-medikamenter kunne dette øke risikoen for å bli utsatt for innbrudd i hjemmet sitt. Det ble derfor opplevd som en fordel å få LAR-medikamentet utdelt av Hjemmebaserte tjenester. Slik kunne de slippe oppbevaring av flere medikamentdoser i hjemmet. Denne selvopplevde sikkerhetsdimensjonen ble ikke belyst i studiene som ble lokalisert i litteratursøket.

### **6.3 Opplevelsen av verdighet i møtet**

#### *Å bli respektert og anerkjent*

Det å bli møtt med respekt var viktig for intervjupersonenes opplevelse av verdighet i møtene. Holdningen sykepleier møter pasientene med er viktig (Go et al., 2011). Det å akseptere pasientene med livene de lever og valgene de tar ses på som en nøkkelstrategi for å gi

sykepleie til pasientgruppen (Ford, 2011). Pasientene satte pris på at de som stod for medikamentutleveringen oppførte seg respektfullt, diskret og imøtekommende (Anstice et al., 2009). I dette lå et ønske om å bli møtt likt som alle andre pasienter. Gjennom å bli behandlet «som alle andre» opplevde de å bli akseptert for den de er og fortiden de hadde.

Pasienter med rusavhengighet kunne selv se utfordringer helsearbeidere har med å gi dem et godt pleietilbud (McLaughlin, 2000). Pasientgruppen kan oppleve å bli stigmatisert, da rusmisbruk blir behandlet som en moralsk eller kriminell utfordring fremfor et helseproblem (Livingstone J.D., 2011). Intervjupersonene var klar over oppfatninger og meninger som fantes om pasienter med rusavhengighet i samfunnet. I ønsket om å bli møtt med respekt, og som alle andre stod det å bli møtt uten fordommer sentralt. Henriksen og Aarflot (2002) beskriver hvordan alle har en for-forståelse i forkant av møtene, da forstått som en forståelse i forkant av møtet. Denne trenger ikke nødvendigvis være negativ, det er uansett viktig at helsearbeidere er villig til å endre på denne for-forståelsen.

For at pasientene skulle oppleve å bli respektert er det viktig å bli anerkjent. En viktig del av denne anerkjennelsen er at helsearbeiderne trodde på det som ble fortalt til dem. Det at ens opplevelser anses som sanne gir en opplevelse av å bli tatt på alvor. Dette tilhører opplevelsen som mennesket har av sin absolutte verdighet, der en kan eksistere for og tjene andre mennesker (Eriksson, 1995).

Et annet uttrykk for anerkjennelse er at helsearbeiderne er lydhør for pasientens opplevelse av sin situasjon. For at pasienten skal oppleve å bli anerkjent forutsetter det at helsearbeideren ikke påfører sin egen forståelse av ting på pasienten (Henriksen & Aarflot, 2002). Det er viktig at helsearbeideren ikke tar for gitt at det som gjelder for dem også gjelder for pasientene. Fokuset til sykepleieren bør være å rette oppmerksomheten mot det som er spesielt med den enkelte pasienten. Dersom sykepleier ikke tar hensyn til dette står sykepleieren i fare for å behandle pasienten på en måte som er invaderende (Henriksen & Aarflot, 2002). En annen form for anerkjennelse som pasientene opplevde som positivt var at helsearbeiderne anerkjente kunnskap pasientene hadde om rusavhengighet som relevant og viktig. Det fremkom at pasientene syntes det var positivt at helsearbeiderne stilte spørsmål som gjorde at de kunne fortelle helsearbeiderne om rusmidler og rusavhengighet. Gjennom dette opplevde de å tilføre helsearbeiderne kunnskap de manglet, kunnskapsmangel om rus hos helsearbeidere oppleves som en utfordring for pasientene (McLaughlin, 2000).

Det å føle seg forstått er en viktig del av det å bli møtt, det er derfor viktig at både pasienten og helsearbeideren opplever at det er en åpenhet og frihet i møtene. Gjennom dette kan pasienten oppleve å bli sett som den personen vedkommende er og få opplevelsen av å bli verdsatt (Henriksen & Aarflot, 2002). Behovet mennesker med rusavhengighet har for å oppleve følelse av fellesskap og tilhørighet, bekreftelse og respekt beskrives av Wiklund (2008). Pasientens opplevelse av bedring kan fremmes gjennom at helsearbeideren tar initiativ, er ekte og gjennom dette gir pasienten respons. Ved å henvende seg til pasienten på en slik måte kan helsearbeideren bidra til at pasienten kan føle seg levende (Wiklund, 2008b).

Intervjupersonene opplevde at verdighet kunne fremmes i møter mellom dem og helsearbeideren der de opplevde møtet som noe mer enn et profesjonelt møte. I slike møter opplevde de likeverdighet, og at en møttes nesten som venner. I møtene mellom pasienten og helsearbeideren er både den profesjonelle rollen til helsearbeideren, og en personlig dimensjon der en anerkjenner hverandre som mer enn rollene som helsearbeider og pasient involvert. For at en tillit skal kunne vokse frem i møtene må helsearbeideren bruke sine individuelle egenskaper og ikke fremstå som upersonlig (Henriksen & Aarflot, 2002). I slike møter opplevde intervjupersonene å bli møtt på samme linje som andre pasienter, og gjennom dette bli bekreftet som menneske.

I utgangspunktet er pasienten og helsearbeiderne fremmede for hverandre, denne fremmedheten må overvinnnes for at det skal bli et godt møte. Dette beskrives som en forutsetning for at helsearbeideren skal kunne forholde seg til helheten i pasientens liv. Slik kan helsearbeideren se pasienten som en person og ikke bare en diagnose. Dette gjør at pasienten kan være en person med verdi i seg selv som kan forholde seg til helsearbeideren som noe mer enn den som deler ut medisiner (Henriksen & Aarflot, 2002).

Den personlige relasjonen mellom mennesker har flere fordeler slik det beskrives av Henriksen og Aarflot (2002). Menneskeverdet til pasienten fremmes og ivaretas i relasjoner der sykepleieren har mulighet til å være oppmerksom, engasjert, omsorgsfull og hengiven. Helsearbeideren gis gjennom relasjonen til et *du* en mulighet til å respektere pasientens frihet og autonomi (Henriksen & Aarflot, 2002).

Hvordan møtet kan bidra til å øke pasientens opplevelse av tilhørighet og verdighet beskrives av Nåden (1999). I møtets dype innhold og mening settes det i prinsippet ikke noen skiller mellom partene, det asymmetriske forholdet mellom sykepleier og pasient som ofte beskrives kan derfor forsvinne. Grenser utslettes i møtet på den måten at menneskeskapte roller ikke lenger eksisterer, og begge deltagerne i møtet er først og fremst mennesker (Nåden, 1999).

Intervjupersonene opplevde å bli respektert da de ble møtt som likeverdige mennesker av helsearbeiderne. Slike møter opplevde de at fremmet deres verdighet.

### *Å motta omsorg fra ansatte*

Intervjupersonene opplevde at å motta omsorg fra helsearbeiderne fremmet verdighet. Det at pasientgruppen kan ha nytte av et omsorgsfullt pleietilbud beskrives av flere. McLaughlin (2000) beskriver at pasienter med rusavhengighet ønsker omsorgsfull og kunnskapsbasert pleie og behandling, der et omsorgsfullt pleietilbud er viktig for en positiv respons på pleietilbudet (McLaughlin, 2000). En bør tilstrebe å fremme helse og lindre lidelse i møter med pasientgruppen (Wiklund, 2008a). For at pasienten skal oppleve pleietilbudet som omsorgsfullt må helsearbeideren bruke sine individuelle egenskaper på en positiv måte. Det at helsearbeiderne er positive, aksepterende og støttende øker sannsynligheten for at pasientene opprettholder kontakten med helsevesenet (Go et al., 2011).

Viktigheten av at sykepleieren er nærværende beskrives av Henriksen & Aarflot (2002) som en forutsetning for at helheten i pasientens liv skal kunne ivaretas. I møtene mellom sykepleieren og pasienten er det sykepleieren som har ansvaret for å ivareta balansen mellom distanse og nærhet. Ressursen for å skape nærheten i situasjonen er egenskaper sykepleieren har med seg som person. Åpenhet, det å ha godt humør og være imøtekommende er egenskaper hos helsearbeiderne som intervjupersonene satte pris på. De trakk frem at det var viktig å oppleve at helsearbeiderne brydde seg. Sykepleiehandlingen omsorg og trygghet beskrives av Lindström (2003). For at pasienten skal oppleve omsorg er det viktig at helsearbeideren viser at vedkommende bryr seg om pasienten.

Opplevelsen av at helsearbeideren bryr seg kan ha sammenheng med at det er etablert en personlig relasjon mellom pasient og helsearbeider. For at en personlig relasjon skal kunne etableres forutsetter det at helsearbeideren møter pasienten som et «du». Et møte som inneholder en slik relasjon, gir rom for at helsearbeideren kan være engasjert og omsorgsfull (Henriksen & Aarflot, 2002). Det personlige nærværet i møtet er viktig, da dette er en forutsetning for en ekte samtale slik det beskrives av Buber (1995). I en slik ekte samtale mellom mennesker anerkjennes samtalepartneren som et menneske som er unik, særpreget og annerledes enn den selv er. Ved å akseptere det mennesket en står ovenfor kan ordene i samtalen rettes med det største alvor til det mennesket den andre er (Buber, 1995).

I en etablering av en personlig relasjon til en annen vil det være fordeler for både helsearbeideren og pasienten slik det beskrives av Henriksen og Aarflot (2002). Helsearbeideren har mulighet til å være omsorgsfull, oppmerksom og engasjert. Gjennom dette respekteres pasientens frihet og autonomi. Pasienten vil oppleve at helsearbeideren bryr seg om menneske som helhet, og ikke bli behandlet som en sak eller diagnose. Dette gir møtet preg av en personlig dimensjon (Henriksen & Aarflot, 2002).

### *Kunnskap og vedvarende relasjon*

Intervjupersonene opplevde at økt kunnskap hos helsearbeideren om rus kunne fremme verdighet. Økt kunnskap om legemidlene som ble administrert, og det å leve med rusavhengighet kunne øke forståelsen hos helsearbeiderne slik at pasientene ble ivaretatt på en god måte og gjennom dette fremme opplevelsen av verdighet. Kunnskapen som kreves for å utøve sykepleierollen på en kompetent måte overfor pasientgruppen beskrives som sammensatt og til dels kompleks av Go et.al. (2011). De beskriver det som viktig at sykepleier forstår tegn til tilbaketrekking fra behandlingen. I tillegg bør sykepleier ha kunnskap om viktigheten av sosial støtte og skadereduksjonsprinsippene som ligger til grunn for behandlingen (Go et al., 2011). Betydningen av kunnskap om det sammensatte behovet for sykepleie hos pasientgruppen og en forståelse for hvordan pasientgruppen best ivaretas blir beskrevet i flere studier (McLaughlin, 2000), (Peckover & Chidlaw, 2007), (Ford, 2011), (Ford et al., 2008).

God kontinuitet i tjenesten er en annen faktor som intervjupersonene opplever kan bedre opplevelsen av verdighet. Intervjupersonene hadde gjort erfaringer med at manglende kontinuitet kunne føre til misforståelser mellom pasientene og helsearbeiderne, noe de opplevde som belastende. En god kontinuitet i helsetilbudet førte til at pasientene opplevde at det ble lettere å stole på hverandre, og det oppstod færre misforståelser. Det er mindre risiko for vanskeligheter i møter mellom pasienter og helsearbeidere som kjenner hverandre (Macdonald, 2007).

Intervjupersonene opplevde det som slitsomt å forholde seg til mange helsearbeidere. Det at pasientene stadig møtte nye helsearbeidere gjorde at de opplevde at de måtte gjenta de samme opplysningene om seg selv og sin situasjon til mange ulike personer. Manglende kontinuitet medførte at pasientene opplevde at kvaliteten på pleietilbudet de mottok ble dårligere, enn det hadde vært om de ble fulgt opp av de samme helsearbeiderne. En kontinuerlig



sykepleierrelasjon der pasienten forholder seg til den samme helsearbeideren over tid beskrives av Lindström (2003) som viktig for individualisering og realisering av sykepleiehandlingen. Flere av intervjupersonene var godt fornøyd med å ha en tjeneste der en gruppe helsearbeidere hadde ansvar for å følge dem opp. Denne organiseringen bidro til færre misforståelser og at en tillit til hverandre kunne vokse frem både hos pasient og helsearbeidere. Det å forholde seg til få helsearbeidere ble ansett som en trygghet da de opplevde at helsearbeideren ble kjent med dem og aksepterte dem for den de var. For at pasienten skal oppleve trygghet er kontinuitet i tjenesten, nærværet og tilgjengeligheten til sykepleieren viktige sykepleietiltak (Lindström, 2003).

### *Å bære rusavhengighetens stigma*

Intervjupersonene opplevde at helsearbeidere hadde gjort seg opp en mening om dem i forkant av møtene på bakgrunn av at de var rusavhengige. De var klar over at det i samfunnet finnes negative oppfatninger om mennesker med rusavhengighet. Oppfatningene helsearbeiderne hadde i forkant av møtene ble ikke nødvendigvis oppfattet som at de handlet om dem personlig. Likevel opplevde intervjupersonene dette som et hinder for opplevelsen av verdighet da de hadde erfaringer med å bli behandlet annerledes enn andre brukere av tjenesten.

Flere studier peker på stigmatisering av pasienter med rusavhengighet. Rusmisbruk behandles som en moralsk eller kriminell utfordring fremfor et helseproblem, hvor mennesker med rusavhengighet er mer stigmatisert enn andre pasienter (Livingstone J.D., 2011). Sykepleiere brukte begrepene fordom og stigma i beskrivelsen av egen praksis og synet på rusavhengige i samfunnet. Denne stigmatiseringen av pasientene medførte at sykepleierne ikke så pasientens personlighet (Peckover & Chidlaw, 2007).

I møtene med helsearbeiderne fikk pasientene opplevelsen av å tilhøre en stigmatisert gruppe gjennom å bli møtt med skepsis, og at helsearbeidere var negative og respektløse. Det at atferden til helsearbeiderne er en annen enn det en kan forventes i møte med pasienter kan knyttes opp mot holdninger hos helsearbeideren. Holdninger hos helsearbeidere til mennesker med rusavhengighet og arbeidet med pasientgruppen beskrives i flere studier. Arbeid med pasienter med rusavhengighet, og spesielt rusavhengige som brukte narkotika hadde lavere status enn det å arbeide med pasienter med andre kroniske lidelser som depresjon og diabetes (Gilchrist et al., 2011). I studier av Howard & Chung (2000) fremkom det at pasienter med

rusavhengighet ble oppfattet mer negativt enn identiske pasienter som ikke var betegnet som rusavhengige. Det fremkom også at sykepleiere hadde flere negative og autoritære holdninger overfor rusavhengige mennesker enn andre helsearbeidere (M. O. C. Howard, Sulki S., 2000). Helsearbeidere generelt hadde negative holdninger til pasienter med rusavhengighet. Faktorer som vold, manipulering og dårlig motivasjon påvirket det å skulle gi helsehjelp til pasientgruppen (Boekel, 2013).

Det fremkom at flere av intervjupersonene hadde en forståelse for at helsearbeidere de møtte kunne være usikre i møtene med dem. De mente at helsearbeiderne kunne bli redde i møte med ukjente ting, og at de kunne ha opplevd negative ting i møte med andre med rusavhengighet som gjorde at de kunne ha grunn til å være skeptiske. Goffman (1963) bruker begrepet «Moral Career» om prosessen hos mennesker som bærer et stigma der den enkelte lærer hva det innebærer å bære stigmaet, og innlemmer andres standpunkt i forhold til stigmaet, og konsekvensen av dette. Alle intervjupersonene hadde levd med rusavhengighet i en periode av livet sitt. De hadde møtt skepsis og fordømmelse hos andre mennesker, enkelte hadde opplevd harde realiteter i livet med aktiv rus da de levde på gata eller på hospits. For dem var det blitt normalt og forventet at helsearbeiderne kunne være usikre og redde i møte med mennesker med rusavhengighet.

#### *Å bli nedprioritert og glemt*

Intervjupersonene fortalte at de kunne føle seg nedprioritert i forhold til andre pasienter i tjenesten, noe som kunne oppleves som et hinder for verdighet. De hadde forståelse for at de måtte vente på besøk fra hjemmebaserte tjenester da det var mange som trengte hjelp. Likevel kunne det være utfordrende å vente lenge på å få medikamentet sitt. De hadde også opplevd at helsearbeideren hadde glemt dem, og at de måtte ringe dem for å be dem komme. Dette ga en opplevelse av å være lite verdt.

Noe annet som gjorde at intervjupersonene kunne føle seg nedprioritert var at tilbudet deres var veldig gjøremålsorientert. Fokuset hos helsearbeideren var på å administrere medikamentet og det var lite rom for noe annet i møtet. Studien til Peckover & Chidlaw (2007) viste at tilbudet til pasientgruppen var gjøremålsorientert og raskere enn tilbudet til andre brukere av tjenesten.

*Kunnskapsmangelens paradoks*

Det var en utbredt oppfatning at helsearbeiderne i hjemmebaserte tjenester hadde lite kunnskap om rus. Dette ble erfart som et hinder for verdighet da intervjupersonene opplevde at helsearbeiderne hadde liten forståelse for hvordan livet med rusavhengighet kunne være. Manglende kunnskap førte til negative holdninger til LAR-medikamentene som ble administrert, samt at utleveringsordningen ble praktisert forskjellig. Det fremkom at helsearbeiderne manglet kunnskap om LAR-medikamentenes farmakologiske egenskaper som virkning, bivirkninger og halveringstid. Manglende kunnskap og forståelse for de psykiske aspektene ved rusavhengighet var en belastning for pasientene, da dette førte til at helsearbeiderne kunne oppleves som påtrengende og brå, og virke skremmende på pasientene.

I noen tilfeller hadde pasienter opplevd at helsearbeideren hadde valgt å holde tilbake LAR-medikamentet deres. Denne praksisen erfarte pasientene som krenkende og nærmest som en form for maktmisbruk. For pasientene medførte dette en ekstra belastning da de måtte kontakte fastlegen sin, og bruke penger og tid på å oppsøke legen for å få utlevert medikamentet sitt. I slike tilfeller viste helsearbeideren liten forståelse for hvilke plager pasientene kunne få i form av abstinenser, praksisen tyder også på at helsearbeideren har en mangelfull forståelse av skadereduksjonsperspektivet i LAR-behandlingen. Begrunnelsen helsearbeiderne brukte for å holde tilbake LAR-medikamentet var at de hevdet at pasienten var ruspåvirket. Rusbehandling ut fra et skadereduksjonsperspektiv har som mål å redusere de skadelige effektene av rusmiddelbruk uten at pasienten nødvendigvis slutter å bruke rusmidler (Statens institutt for rusmiddelforskning - SIRUS, 2013).

Det fremgikk at flere aspekter ved den manglende kunnskapen om rusavhengighet hos helsearbeiderne kunne bidra til å hemme pasientens opplevelse av verdighet. Utfordringer omkring manglende kunnskap og usikkerhet hos helsearbeidere i møte med pasienter med rusavhengighet belyses i flere studier. Det ble funnet en sammenheng mellom helsearbeideres negative holdninger til illegale rusmidler og deres terapeutiske holdning, der økt motstand mot denne typen rusmidler gjorde at den terapeutiske holdningen sank (Ford et al., 2008). Pasienter med rusavhengighet kunne anses som farlige. Dette kunne føre til en praksis der sykepleierne var to i møtene med pasientene. En praksis som bidro til at sykepleierne ikke ble kjent med pasientene, og det ble vanskelig å gi sykepleie som ivaretok pasientenes følelsesmessige, psykiske og sosiale behov (Peckover & Chidlaw, 2007). Praksisen der to

helsearbeidere kom sammen til pasienten var noe som intervjupersonene opplevde som bare negativt da de mente dette kunne bidra til å forsterke angst.

Det at helsearbeiderne har tilstrekkelig kunnskap er viktig i møtene med pasienter med rusavhengighet. I møtene mellom partene kan det ligge mange mellommenneskelig utfordringer, kunnskapsgrunnlaget hos helsearbeideren vil være et viktig fundament for at det skal kunne gis helsehjelp som ivaretar pasientgruppen på en god måte. Mellommenneskelige utfordringer som kan påvirke sykepleiere i møte med pasienter som bruker rusmidler belyses i en studie av Ford (2011). Der trekkes det frem at sykepleierne blir utrygge da de opplever utfordringer med manipulering og trusler om vold, samtidig kan det være utfordrende at pasientene ikke tar ansvar for egen helse. I møte med disse utfordringene ble det anbefalt undervisning slik at sykepleieren fortsatt kan ha et pasientrettet og skadereduserende fokus (Ford, 2011). Pasienter med rusavhengighet er en pasientgruppe som kan virke provoserende på sykepleierne. Noe som kan føre til at sykepleierne distanserer seg fra pasientene og god kommunikasjon mellom partene blir vanskelig (Michaelsen, 2012).

Resultatene viste at det var flere aspekter ved helsearbeiderens manglende kunnskap om pasienter med rusavhengighet og LAR-behandling som kunne hemme pasientenes opplevelse av verdighet. Det ble opplevd som spesielt utfordrende for pasientene at helsearbeidere uten inngående kunnskaper om rus skulle vurdere deres rusituasjon, og kanskje holde tilbake LAR-medikamentene. Manglende forståelsen for det psykiske aspektet ved rusavhengighet medførte at pasientene opplevde at helsearbeiderne tok lite hensyn til dem i møtene. En slik praksis må kunne ses på som et slags kunnskapsmangelens paradoks, der den manglende kunnskapen hos helsearbeideren medfører en praksis som er belastende for pasienten. Kanskje blir kunnskapsmangelen ekstra fremtredenene og utfordrende i møtene med pasienter med rusavhengighet da helsearbeideren i tillegg til å stå overfor et pasientmøte som oppleves som krevende, også opplever det som et møte med noe ukjent og skremmende.

## 7 Studiens styrker, svakheter og begrensninger

I studien deltok et utvalg på 6 intervjupersoner. Hensiktsmessig størrelse på utvalg i kvalitative studier omhandles i en studie av Guest et.al (2006). Forfatterne fant at de mest sentrale temaene i en studie kan identifiseres etter seks intervjuer, og at det kan oppnås en metning av data i løpet av de første tolv intervjuene (Guest, 2006). Bruken av begrepet metning, eller *saturation* på engelsk, belyses av Malterud (2011) som et begrep det kan rettes innvendinger mot relevansen av i kvalitativ forskning. I arbeidet med datainnsamlingen i denne studien ble det vurdert som at det forelå et variert og tilstrekkelig datamateriale til å belyse problemstillingen etter seks forskningsintervjuer. Allerede etter at fire intervjuer var gjennomført fremkom det at temaene intervjupersonene fortalte om var i samsvar med det som var avdekket tidligere i prosessen. Det ble likevel gjennomført ytterligere to intervjuer, noe som var hensiktsmessig ut fra at dette bidro til å nyansere temaene ytterlige.

Vurderingene av at datamaterialet var tilstrekkelig for å belyse problemstillingen ble gjort på bakgrunn av det teoretiske forarbeidet, økt kjennskap til feltet i dialog med de som arbeidet med pasientgruppen til daglig, og i samråd med veileder. Malterud (2011) skriver om viktigheten av å ha et adekvat utvalg, der materialet inneholder variasjoner, men samtidig ikke er for omfattende til at det kan analyseres på en forsvarlig måte.

I studien ble det brukt kvalitative forskningsintervju. Spørsmål omkring reliabilitet vedrørende transkripsjoner av intervjuer belyses av Kvale og Brinkmann (2009). Det å gjøre en muntlig samtale om til en skriftlig tekst kan by på utfordringer der det kan stilles spørsmål til intervjuers reliabilitet. I studien transkriberte jeg alle intervjuene selv, det var en tidkrevende prosess å transkribere dem ordrett, men det bidro til at gjengivelsen i de transkriberte tekstene lå tett opp mot det intervjupersonene hadde fortalt. Opptakene av intervjuene hadde god lyd kvalitet siden jeg tilstrebet at alle intervjuene ble gjennomført på steder med lite bakgrunnsstøy. Intervjuene ble transkriberte rett etter at de var gjennomført da jeg hadde samtale friskt i minnet og husket hvordan de forløp. Dette gjorde at jeg kunne legge inn pauser og huske sammenhenger der det fremkom spesielle emosjoner hos intervjupersonene.

Reliabiliteten til den som gjennomfører intervjuene diskuteres spesielt opp mot bruken av ledende spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2009). Selv om jeg ikke hadde som hensikt å bruke ledende spørsmål, og benyttet en intervjuguide under intervjuene var det nyttig å være oppmerksom på dette da jeg transkriberte intervjuene. Ved å lytte godt til hvordan jeg stilte

oppfølgingsspørsmål, og vurdere i hvilken sammenheng spørsmålene ble stilt fikk jeg mulighet til å tenke gjennom hvorvidt spørsmålene påvirket svarene intervjupersonen ga. Ved å gå gjennom den transkriberte teksten som helhet kunne jeg vurdere om oppfølgingsspørsmålet hadde vært ledende, eller om det henspilte på noe intervjupersonen tidligere hadde fortalt og dermed bidro til å avklare uklareheter.

I gjennomføringen av intervjuene hendte det at jeg ikke oppfattet det intervjupersonene fortalte korrekt, hvorpå de korrigerte eller presiserte meningen med uttalelsen sin ut fra oppfølgingsspørsmålet de fikk. Det å få avklart meningen med intervjupersonenes uttalelser der dette var uklart ble til hjelp i arbeidet med analysen, bidro til objektivitet i studien, samt at det bidro til å validere dataene som ble brukt i studien. Kvale & Brinkmann (2009) skriver at validitet i gjennomføring av intervjuer handler om kvaliteten på intervjuet og intervjupersonenes troverdighet. Intervjupersonene ble vurdert som svært oppriktige i sine uttalelser, bruken av oppfølgingsspørsmål bidro til å utdype og bekrefte det de fortalte.

Datainnsamlingen ble gjennomført ved bruk av individuelle forskningsintervju. Det anses at historiene til intervjupersonene kunne fortonet seg annerledes dersom datainnsamlingen hadde blitt gjennomført med fokusgruppeintervju der de kunne utveksle erfaringer med hverandre. Innholdet i begrepet verdighet er sentralt i studien. Det kan være at beskrivelsen av innholdet i begrepet hadde blitt enda mer utfyllende dersom intervjupersonene hadde blitt gitt mulighet til å diskutere dette med hverandre i et fokusgruppeintervju. Det vurderes likevel som at bruken av individuelle forskningsintervju var mest hensiktsmessig for å kunne belyse pasientperspektivet i studien. Det at individuelle forskningsintervjuer er en samtale mellom to mennesker ga rom for at intervjupersonene kunne fortelle om sine personlige erfaringer i møtene med helsearbeidere på godt eller vondt og bidro til et rikt datamateriale.

I studien ble det gjennomført kun ett intervju med intervjupersonene. Det kan hende at det hadde vært en fordel å intervju personene en gang til. Ut fra tidsperspektivet på gjennomføringen av studien ble dette ikke ansett som gjennomførbart. På bakgrunn av tidsperspektivet og det at noen av de transkriberte tekstene ble omfattende ble det ikke valgt å gjennomføre «respondent validation», der intervjupersonene kunne bedømme tolkningenes rimelighet (Larsson, 2005). Dette kunne bidratt til styrke troverdigheten til studien ytterligere.

Intervjuguiden som ble benyttet var utformet slik at det først ble spurt etter positive opplevelser i møtene, deretter om eventuelle negative opplevelser. Denne oppbyggingen av intervjuene var hensiktsmessig for at de gode opplevelsene i møtene skulle gis plass til å

fremkomme. I intervjusituasjoner med pasienter der en selv har rollen som forsker kan tankene hos både intervjuer og intervjupersoner styres dithen at en antar at en skal identifisere noe som skal endres eller forbedres.

Strategi for analyse av intervjuene var bestemt før intervjuene ble gjennomført. Likevel var det utfordrende å forholde seg til et datamateriale som ga muligheter for ulike fortolkninger. Hvordan en kan gå inn i teksten, spørre om temaene for å kunne utdype og klargjøre det som er uttrykt i teksten beskrives av Kvale et.al. (2009). Ut fra dette oppleves det som hensiktsmessig at jeg brukte mye tid på tilnærmingen til de transkriberte tekstene. Dette var en forutsetning for å kunne finne fellestrekk ved det intervjupersonene hadde fortalt. I arbeidet med studien reflekterte jeg mye over betydningen av egen forforståelse i møte med datamaterialet. I forhold til dette opplevde jeg det som nyttig å skrive intervjulogg i forbindelse med gjennomføringen av det enkelte intervjuet. Flere fortalte sterke historier om livet sitt som berørte meg, det var derfor viktig for meg å reflektere over disse historiene uten at de endret min tilnærming til datamaterialet.

Pasientene som deltok i studien ble valgt ut og rekruttert av ansatte på ruspoliklinikken som arbeidet med LAR-pasienter til daglig, dette anses som en fordel og styrke for studien. Det at de ansatte rekrutterte intervjupersonene sikret et mangfold i utvalget der pasienter med ulike behandlingsperspektiv, begge kjønn og ulik alder deltok som intervjupersoner. Selv om pasientene ble fulgt opp av samme poliklinikk, var de bosatt på ulike steder, og hadde oppfølging fra hjemmebaserte tjenester i ulike kommuner. Flere av pasientene hadde vært bosatt andre steder enn der de bodde nå, det de fortalte om i intervjuene var derfor basert på erfaringer de hadde gjort på flere ulike steder i Norge.

En begrensning i studien kan knyttes opp mot at pasientene ble rekruttert av noen som kjente dem. Pasientene som deltok ble vurdert som at det ikke skulle være noen belastning for dem å delta som intervjupersoner i studien. Flere av intervjupersonene ga muntlig uttrykk for at deltagelsen som intervjuperson var en positiv opplevelse for dem. Det kan hende at de som deltok hadde en mer positiv opplevelse av å være pasient i LAR og det å møte ansatte i hjemmebaserte tjenester, enn de pasientene der det ble vurdert at det ville være for belastende for dem å delta. Uansett må hensynet til pasientene komme først, og det opplevdes som betryggende i gjennomføringen av studien at de som kjente pasientene kunne hjelpe meg med å ivareta hensynet til den enkelte pasient.

Det at jeg manglet inngående kjennskap til pasienter i LAR-behandling i forkant av studien opplevde jeg som en fordel. Jeg kjente ingen av pasientene som deltok fra tidligere, noe som gjorde at jeg ikke var forutinntatt i forkant av intervjuene. Det at jeg tidligere hadde arbeidet i et lavterskeltilbud til mennesker med rusavhengighet opplevde jeg som positivt da det bidro til at jeg var trygg i møte med intervjupersonene.

Gjennomføringen av intervjuer med pasienter i et behandlingstilbud som jeg i utgangspunktet ikke hadde inngående kjennskap til bidro til at det fremkom ting i intervjuene som var uventet for meg. Et eksempel på dette var at jeg antok at møtene med utgangspunkt i medikamenthåndtering var raske møter uten så mye innhold, og ble positivt overrasket over å få innsikt i hvor mange dimensjoner møtene rommet, og hvor verdifulle møtene var for mange av pasientene. Viktigheten den materielle dimensjonen av verdighet hadde for intervjupersonene overrasket meg, samtidig som opplevelsen av sikkerhetsdimensjonene med denne formen for administrering av LAR-medikamenter var ukjent for meg. I gjennomføringen av forskningsintervjuene ble det fortalt om flere aspekter ved pasientenes liv som jeg ikke fulgte opp ut fra fokuset som var valgt for studien. Flere av intervjupersonene fortalte om sammensatte utfordringer i livene sine av sosialfaglig art som handlet om fattigdom, mangel på jobb og dårlige boforhold. Noen følte seg isolerte fra samfunnet og hadde ønske om sysselsettingstiltak og en form for støttekontakt som kunne ivareta sosiale behov. Dette er eksempler på aspekter ved intervjupersonenes historier som er interessante men som ikke ble fulgt opp i denne studien.

Selv om det ikke ble lokalisert tidligere studier som belyste studiens problemstilling direkte anses funnene i studien å være i samsvar med den tidligere forskning, som ble presentert innledningsvis i oppgaven, der møtene mellom pasienter med rusavhengighet og helsearbeidere blir belyst. Det er gjennomført en god del studier som belyser andre pasientgruppers opplevelse av verdighet i møte med helsepersonell. Få studier har fokus på pasienter med rusavhengighet sine erfaringer med verdighet i møte med helsepersonell. Ut fra det anses det som viktig å belyse dette aspektet, og slik bidra til gi pasientgruppen en stemme der de kunne fortelle om sin opplevelse av verdighet i disse møtene.



## 8 Forslag til videre forskning

På bakgrunn av at det i denne studien fremkommer at helsearbeidere har behov for mer kunnskap om rusavhengighet er det viktig med studier som bidrar til å avdekke hvilken kunnskap helsearbeidere selv mener de trenger for å imøtekomme pasientgruppens behov for helsehjelp på en god måte. Ut fra at det er gjennomført få studier med pasientperspektiv på pasienter med rusavhengighet sin opplevelse av verdighet i møtene med helsepersonell kan det være hensiktsmessig med studier som belyser dette på andre arenaer i helsevesenet.

Av historiene som intervjupersonene fortalte fremkom det at pasientgruppen kan oppleve mange utfordringer i livene sine. Flere av disse er av praktisk og sosialfaglig art, der det oppleves at utfordringer med dårlig boforhold, mangel på arbeid og meningsfulle aktiviteter forringer livskvaliteten. Samarbeid med bostedskommune og NAV kunne være utfordrende. Opplevelsen av å være ensom og isolert fra samfunnet var en belastning i dagliglivet. Ut fra dette kunne det være hensiktsmessig med studier som kunne bidra til å belyse disse aspektene ved pasienter med rusavhengighets sine liv ut fra et pasientperspektiv.

## 9 Konklusjon og anbefalinger

Hensikten med studien har vært å frembringe kunnskap ut fra et pasientperspektiv om hvordan verdighet oppleves av pasienter med rusavhengighet i møtet med helsearbeidere i hjemmebaserte tjenester.

Av studien fremkom det at en materiell dimensjon av verdighet, inneholdende et estetisk aspekt var viktig for intervjupersonene. Verdighet ble også opplevd som sterkt sammenhengende med respekt. Møtene med utgangspunkt i medikamentadministrering inneholdt flere dimensjoner for pasientene, der flere var positive. Pasientene opplevde at møtene med helsearbeiderne bidro til sosial kontakt, støtte og trygghet. Møtene var også til hjelp slik at det ble enklere og mindre belastende å være pasient i LAR-behandling. Av dette fremkommer muligheter og potensiale som ligger i disse møtene, der helsearbeidere i hjemmebaserte tjenester kan ha en viktig rolle i oppfølgingen av pasienter i LAR. Det er derfor viktig at helsearbeiderne er kapable til å møte pasientene på en måte som sikrer pasientene et godt tjenestetilbud.

I opplevelsen av hva som fremmer og opprettholder verdighet var det viktig for pasientene at de ble respektert og anerkjent. Dette forutsetter en etisk bevissthet hos helsearbeideren der pasientene blir behandlet som likeverdige mennesker. En slik tilnærming til pasientene vil bidra til at helsearbeiderne oppleves som omsorgsfulle, et aspekt som også kan fremme verdighet. Viktigheten av kunnskap om rusavhengighet hos helsearbeideren trekkes frem, samt at en kontinuitet i tjenesten kan gi rom for at en vedvarende relasjon kan vokse frem mellom partene og slik bidra til å fremme opplevelsen av verdighet.

De største hindrene for verdighet i møtene var opplevelsen av stigmatisering og mangel på kunnskap om rusavhengighet. Møtene kan påvirkes negativt gjennom at helsearbeiderne hadde gjort seg opp meninger om pasientene før de møtte hverandre. En negativ forforståelse av pasienten bidro til at helsearbeiderne fremstod som nedlatende og lite positive, og var til hinder for at en god relasjon kunne etableres mellom partene. Bakgrunnen for dette kunne være kunnskapsmangel og liten forståelse av rusavhengighet hos helsearbeiderne.

Utilstrekkelig kunnskap kan bidra til at helsearbeidere lettere lar seg påvirke av negative holdninger til pasienter med rusavhengighet i stedet for å anerkjenne rusavhengighet som en diagnose og et helseproblem. I møtene med pasientene medførte dette utfordringer som ble opplevd som negative av pasientene. Det at helsearbeiderne hadde lite kjennskap til

skadereduksjonsperspektivet i rusbehandling førte til at pasientene ble mistenkeliggjort og møtt med skepsis, noe som krenket deres verdighet.

Mennesker med rusavhengighet er en pasientgruppe som kan ha store og sammensatte utfordringer i livene sine. Det å tilby et godt omsorgstilbud til pasientene kan være krevende da de kan ha behov for tilbud som imøtekommer både helse- og sosialfaglige behov. Et godt utgangspunkt for å kunne møte disse utfordringene kan være å øke den etiske bevisstheten hos helsearbeiderne. Gjennom at helsearbeiderne er mer bevisst på egne holdninger kan de tilstrebe større åpenhet i møte med pasientgruppen, noe som kan gjøre det enklere å gi et helhetlig tilbud som er tilpasset den enkelte pasient. Ved å bli kjent med pasientene som enkeltmennesker åpnes muligheter for at en god relasjon kan vokse frem mellom pasienten og helsearbeideren.

I denne studien er intervjupersonene pasienter i LAR. I løpet av de årene LAR-behandling har vært tilgjengelig i Norge har behandlingstilbudet gjennomgått flere endringer. For mange pasienter med opioidavhengighet har behandlingen bidratt til at mange har fått et bedre og lengere liv, men det finnes også utfordringer med behandlingsformen. Ansatte ved ruspoliklinikken forteller at lekkasje av LAR-medikamenter gjør at andre mennesker får tilgang til medikamentene og at enkelte får diagnosen opioidavhengighet uten å ha brukt heroin. I mediebildet fremkommer motstand mot behandlingsformen, der det fortelles historier om enkeltmennesker som opplever at det er vanskelig å avslutte LAR-behandlingen. For helsearbeidere som møter pasienten i LAR-behandling vil det være hensiktsmessig å fokusere på et godt møte med enkeltpasienten fremfor å problematisere ulike aspekter ved behandlingsformen.

Av studien fremgår det at helsearbeidere mangler kunnskap om pasienter med rusavhengighet. Siden rusavhengighet er et helseproblem som sykepleiere og andre helsearbeidere vil møte, er det viktig at dette er noe de får kunnskap om gjennom utdanningen, og at det åpnes for kompetanseheving på arbeidsplassene. Det fremgår at helsearbeidere kan bli usikre og redde i møte med mennesker med rusavhengighet på bakgrunn av fordommer mot pasientgruppen. Undervisning og veiledning rettet mot å styrke den etiske bevissthet hos helsearbeider kan bidra til å bedre holdningene helsearbeidere har til mennesker med rusavhengighet. Verdighet vil kunne fremmes i møter der helsearbeiderne ønsker å bli kjent med pasientene og behandler hver enkelt pasient som det unike mennesket pasienten er.

## 10 Litteraturliste

- Anstice, S., Strike, C. J., & Brands, B. (2009). Supervised Methadone Consumption: Client Issues and Stigma. *Substance Use & Misuse*, 44, 794-808. doi: 10.1080/10826080802483936
- Biong, S., & Ytrefhus, S. (2012). *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. [Oslo]: Akribe.
- Boekel, L. C. v., Browsers, Evelien P.M., Weeghel, Jaap van, Garresten, Henk F.L. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorder and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*(131), 23-35.
- Boekel, L. C. v., Browsers, Evelien P.M., Weeghel, Jaap van, Garresten, Henk F.L. (2014). Comparing stigmatising attitudes towards people with substance use disorder between the general public, GPs, mental health and addiction specialist and clients. . *International Journal of Social Psychiatry*. doi: 10.1177/0020764014562051
- Bondevik, M. (2002). Mellom avhengighet og selvhjelpenhet. In I. T. Bjørk, S. Helseth & F. Nortvedt (Eds.), *Møte mellom pasient og sykepleie* (pp. s.113-125). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Brink, P. J., & Wood, M. J. (1998). *Advanced design in nursing research*. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Broyles, L., M., Binswanger, I. A., Jenkins, J. A., Finnel, D. S., Faseru, B., Cavaola, A., . . . Gordon, A. J. (2014). Confronting Inadvertent Stigma and Pejorative Language in Addiction Scholarship: A recognition and Response. *SUBSTANCE ABUSE*, 35, 217-221. doi: 10.1080/08897077.2014.930372
- Buber, M. (1995). *Det mellommännsliga*. Ludvika: Dualis.
- Clausen, T. (2014). Hvor godt virker LAR, og hva er utfordringene? . *Norsk Farmaceutisk tidsskrift*, 10, 39-42.
- Edlund, M. (2002). *Människans värdighet: ett grundbegrepp inom vårdvetenskapen*. Åbo: Åbo Akademis förlag.
- Edlund, M., Lindwall, L., Post, I. v., & Lindström, U. Å. (2013). Concept determination of human dignity. *Nurs Ethics*, 20(8), 851-860. doi: 10.1177/0969733013487193
- Eriksson, K. (1995). *Det lidende menneske*. [Oslo]: TANO.
- Fekjær, H. O. (2004). *Rus: bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historie*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ford, R. (2011). Interpersonal challenges as a constraint on care: the experience of nurses' care of patients who use illicit drugs. *Contemp Nurse*, 37(2), 241-252. doi: 10.5172/conu.2011.37.2.241
- Ford, R., Bammer, G., & Becker, N. (2008). The determinants of nurses' therapeutic attitude to patients who use illicit drugs and implications for workforce development. *J Clin Nurs*, 17(18), 2452-2462. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02266.x

- Gilchrist, G., Moskalewicz, J., Slezakova, S., Okruhlica, L., Torrens, M., Vajd, R., & Baldacchino, A. (2011). Staff regard towards working with substance users: a European multi-centre study. *Addiction, 106*(6), 1114-1125. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03407.x
- Gjersing, L., Waal, H., Caplehorn, J. R. M., Gossop, M., & Clausen, T. (2010). Staff attitudes and the associations with treatment organisation, clinical practices and outcomes in opioid maintenance treatment. *BMC health services research, 10*, 194. doi: 10.1186/1472-6963-10-194
- Go, F., Dykeman, M., Santos, J., & Muxlow, J. (2011). Supporting clients on methadone maintenance treatment: a systematic review of nurse's role. *J Psychiatr Ment Health Nurs, 18*(1), 17-27. doi: 10.1111/j.1365-2850.2010.01628.x
- Goffman, E. (1963). *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. New York: Simon & Schuster.
- Granerud, A., & Toft, H. (2015). Opioid dependency rehabilitation with the opioid maintenance treatment programme - a qualitative study from the clients perspective. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy, 10*.
- Guest, G. (2006). How Many Interviews Are Enough?: An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods, 18*(1), 59-82. doi: 10.1177/1525822X05279903
- Helenius, R. (1990). *Förstå och bättre veta: om hermeneutiken i samhällsvetenskaperna*. Stockholm: Carlssons.
- Helsedirektoratet. (2010). *Nasjonal retningslinje for legemiddellassistert rehabilitering ved opioidavhengighet*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2013). *Veileder for utlevering av substitusjonslegemiddel i og utenfor LAR (legemiddellassistert rehabilitering) (Veileder IS-2022)*. . Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2014). *ICD-10: den internasjonale statistiske klassifikasjon av sykdommer og beslektede helseproblemer : systematisk del, alfabetisk indeks (forenklet)*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet, & Andersen, S. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP-lidelser*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Henriksen, J.-O., & Aarflot, H. M. (2002). Å møte en annen (pp. S. 157-172). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Howard, M. O. C., Sulki S. (2000). Nurses' Attitudes toward Substance Misusers. II. Experiments and Studies Comparing Nurses to Other Groups. . *Substance Use & Misuse, 35*(4), 503-532.
- Howard, M. O. C., Sulki S. . (2000). Nurses' Attitudes toward Substance Misusers. I. Surveys. *Substance Use & Misuse, 35*(5), 347-365.
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Larsson, S. (2005). Om kvalitet i kvalitative studier. *Nordisk Pedagogik*, 25(1), 16-35.
- Lindström, U. Å. (2003). *Psykiatrisk sykepleie: teori, verdier og praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Livingstone J.D., M. T., Fang M.L., Amari E. . (2011). The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review. *Addiction*, 107, 39-50. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03601.x
- Macdonald, M. (2007). Origins of difficulty in the nurse-patient encounter. *Nurs Ethics*, 14(4), 510-521. doi: 10.1177/0969733007077885
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforl.
- McLaughlin, D., McKenna, H., & Leslie, J. . (2000). The perception and aspirations illicit drug users hold towards health care staff and the care they receive. *J Psychiatr Ment Health Nurs*(7), 435-441.
- Michaelsen, J. J. (2012). Emotional distance to so-called difficult patients. *Scand J Caring Sci*, 26(1), 90-97. doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00908.x
- Nordenfelt, L. (2004). The varieties of dignity. *Health Care Anal*, 12(2), 69-81; discussion 83-89. doi: 10.1023/B:HCAN.0000041183.78435.4b
- Nordlund, S., Rise, J., Skretting, A. A. B.-J. A. L., Lund, I., & Amundsen, E. J. (2010). *Hva er misbruk og avhengighet?: betegnelser, begreper og omfang* (Vol. 4/2010). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.
- Nåden, D. (1999). *Når sykepleie er kunstutøvelse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nåden, D., & Braute, E. (1992). *Fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming i sjukepleieforskning*. Oslo: Universitetsforl.
- Peckover, S., & Chidlaw, R. G. (2007). Too frightened to care? Accounts by district nurses working with clients who misuse substances. *Health Soc Care Community*, 15(3), 238-245. doi: 10.1111/j.1365-2524.2006.00683.x
- SERAF, S. f. r.-o. a.-. (2014). Helseforetakene – et godt sted å være? In Waal H., Bussesund K., Clausen T., Håseth A. & L. P.H. (Eds.), *Statusrapport 2013* Oslo.
- SERAF, S. f. r.-o. a.-. (2015). En aldrende LAR-populasjon. In Waal H., Bussesund K., Clausen T., Skeie I., Håseth A. & L. P. H. (Eds.), *Statusrapport 2014*. Oslo.
- Shotton, L., & Seedhouse, D. (1998). Practical dignity in caring. *Nurs Ethics*, 5(3), 246-255.
- St.meld. nr. 47 (2008-2009). (2009). *Samhandlingsreformen : rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet,.
- Statens institutt for rusmiddelforskning - SIRUS. (2013). Rusmidler i Norge 2013. In Astrid Skretting, Karl Erik Lund & E. K. Bye (Eds.). Oslo.
- Sykepleiernes samarbeid i, N. (2003). Ethical guidelines for nursing research in the Nordic countries = Etsiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden Etsiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden (Revidert utg. ed.). Oslo: Sykepleiernes Samarbeid i Norden.

- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforl.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*. [Bergen]: Fagbokforl.
- Westin, A., Strøm, E., & Slørdal, L. (2011). Opiat eller opioid? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 131(13-14), 1320-1321. doi: 10.4045/tidsskr.11.0465
- Wiklund, L. (2008a). Existential aspects of living with addiction - part I: meeting challenges. *J Clin Nurs*, 17(18), 2426-2434. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02356.x
- Wiklund, L. (2008b). Existential aspects of living with addiction - part II: caring needs. A hermeneutic expansion of qualitative findings. *J Clin Nurs*, 17(18), 2435-2443. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02357.x

## **Vedlegg**



## Vedlegg 1: Svar på fremleggsvurdering REK



<b>Region:</b> REK sør-øst	<b>Saksbehandler:</b> Anette Sollil Karlsen	<b>Telefon:</b> 22845522	<b>Vår dato:</b> 24.06.2014	<b>Vår referanse:</b> 2014/894/REK sør-øst A
			<b>Deres dato:</b> 13.05.2014	<b>Deres referanse:</b>
Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser				

Dagfinn Nåden  
Høgskolen i Oslo og Akershus

### 2014/894 Pasienter som er avhengige av rusmidler sine erfaringer med verdighet i møtet med sykepleiere og andre ansatte i hjemmebaserte tjenester

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst) i møtet 12.06.2014. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10, jf. forskningsetikklovens § 4.

**Forskningsansvarlig:** Høgskolen i Oslo og Akershus  
**Prosjektleder:** Dagfinn Nåden

#### Prosjektbeskrivelse

Formålet med prosjektet er å innhente ny kunnskap om hvordan verdighet oppleves av pasienter som er avhengig av rusmidler, i møtet med sykepleiere og andre ansatte i hjemmesykepleien.

Forholdet mellom pasienter med rusavhengighet og ansatte i hjemmebaserte tjenester utfra et pasientperspektiv er mangelfullt beskrevet.

I prosjektet skal det inkluderes åtte deltakere med rusavhengighet som er under legemiddellassert rehabilitering (LAR-behandling) og som mottar hjemmebaserte tjenester. Rekrutteringen av informantene vil foregå ved at ansatte i LAR utleverer et informasjonsskriv til potensielle deltakere med opplysninger om prosjektet. Dersom personene ønsker å delta, samtykker de til at forsker kan ta kontakt med dem for å gi utfyllende informasjon om prosjektet. Deltakelse i studien er samtykkebasert.

Etter semistrukturert intervjuguide ønskes det i prosjektet å besvare spørsmålene om hva som konstituerer møtet mellom pasient og helsearbeider, oppfatninger om verdighet, hvordan verdighet kan opprettholdes og fremmes samt hva som kan være til hinder for opplevelse av verdighet, fra et brukerperspektiv. Det er ikke planlagt å innsamle tilsvarende opplysninger fra helsepersonell.

Intervjuene skal tas opp på lydband. Det skal ikke innsamles helseopplysninger i prosjektet.

#### Vurdering

Etter komiteens vurdering er prosjektet å anse som helsetjenesteforskning, og ikke medisinsk og helsefaglig forskning, og faller dermed utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. § 2. Prosjektet er dermed ikke fremleggingspliktig for REK.

Helsetjenesteforskning er et flerfaglig vitenskapelig felt hvor man studerer hvordan sosiale faktorer, finansieringsystemer, organisatoriske strukturer og prosesser, helse teknologi og personellatferd påvirker

tilgang til helse- og omsorgstjenester, kvaliteten og kostnadene ved helse- og omsorgstjenester samt helse og velvære.

**Vedtak**

Prosjektet faller utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. § 2, og kan derfor gjennomføres uten godkjenning av REK. Det er institusjonens ansvar på å sørge for at prosjektet gjennomføres på en forsvarlig måte med hensyn til for eksempel regler for taushetsplikt og personvern.

Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jf. helseforskningsloven § 10, 3 ledd og forvaltningsloven § 28. En eventuell klage sendes til REK Sørøst A. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet, jf. forvaltningsloven § 29.

Med vennlig hilsen

Knut Engedal  
Professor dr. med.  
Leder

Anette Solli Karlsen  
Komitesekretær

**Kopi til:** [nina.waaler@hioa.no](mailto:nina.waaler@hioa.no); [postmottak@hioa.no](mailto:postmottak@hioa.no)

## Vedlegg 2 Godkjenning av studien fra NSD

**Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS**  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Dagfinn Nåden  
Institutt for sykepleie Høgskolen i Oslo og Akershus  
Postboks 4 St. Olavs plass  
0130 OSLO

Vår dato: 26.08.2014

Vår ref: 39446 / 3 / IB

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 14.08.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

39446	<i>Pasienter som er avhengige av rusmidler sine erfaringer med verdighet i møtet med sykepleiere og andre ansatte i hjemmebaserte tjenester</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Dagfinn Nåden</i>
<i>Student</i>	<i>Hege Solberg</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldepunkt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Inga Brautaset

Kontaktperson: Inga Brautaset tlf: 55 58 26 35

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Hege Solberg s175424@stud.hioa.no

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*

*Avdelingskontorer / District Offices*

*OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no*

*TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrr.svarva@svt.ntnu.no*

*TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no*

## Personvernombudet for forskning



### Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 39446

Formålet med studien er å belyse og utvikle kunnskap ut fra et pasientperspektiv om hvordan verdighet oppleves av pasienter som er avhengig av rusmidler i møtet med sykepleiere og andre ansatte i hjemmebaserte tjenester. Utvalget vil bestå av pasienter med rusavhengighet som har behandlingstilbudet LAR og mottar hjemmebaserte tjenester.

Rekruttering går via LAR. Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse.

Informasjonsskrivet er i utgangspunktet godt utformet, men følgende må tilføres:

- veileders navn og kontaktopplysninger
- at persondata slettes ved prosjektslutt (i tillegg til lydopptak)

Revidert informasjonsskriv skal sendes til [personvernombudet@nsd.uib.no](mailto:personvernombudet@nsd.uib.no) før utvalget kontaktes.

Data innhentes ved personlig intervju, og registreres i form av lydopptak og transkripsjoner. Det registreres sensitive personopplysninger om helseforhold.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Høgskolen i Oslo og Akershus sine interne rutiner for datasikkerhet. I datamaterialet skal informantens navn erstattes med kode som viser til en adskilt navneliste/koblingsnøkkel, som lagres utilgjengelig for andre enn student og veileder. Dersom personidentifiserende opplysninger skal lagres på privat pc/mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

I publikasjoner skal datamaterialet presenteres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes, verken direkte eller indirekte.

Forventet prosjektslutt er 31.12.2015. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/institusjon, alder og kjønn)
- slette lydopptak.

## Vedlegg 3 Melding om endring til NSD, 17. desember 2015

1

# Endringsskjema

for endringer i forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt

(jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter)

Endringsskjema sendes per e-post til: [personvernombudet@nsd.uib.no](mailto:personvernombudet@nsd.uib.no)

1. PROSJEKT	
Navn på daglig ansvarlig: Dagfinn Nåden	Prosjektnummer: 39446
Evt. navn på student: Hege Solberg (masterstudent)	
2. BESKRIV ENDRING(ENE)	
Endring av daglig ansvarlig/veileder: Ikke aktuelt	<i>Ved bytte av daglig ansvarlig må bekreftelse fra tidligere og ny daglig ansvarlig vedlegges. Dersom vedkommende har sluttet ved institusjonen, må bekreftelse fra representant på minimum instituttnivå vedlegges.</i>
Endring av dato for anonymisering av datamaterialet: Prosjektstutt ble satt til 31.12.2015 i søknaden som ble sendt 14.08.2014. Prosjektet er noe forsinket pga sykdom. Vi ber derfor om at prosjektstutt og anonymisering av datamaterialet settes til 31.12.2016.	<i>Ved forlengelse på mer enn ett år utover det deltakere er informert om, skal det fortrinnsvis gis ny informasjon til deltakere.</i>
Gis det ny informasjon til utvalget? Ja: <input type="checkbox"/> Nei: <input type="checkbox"/> Hvis nei, begrunn:	
Endring av metode(r): Ikke aktuelt	<i>Angi hvilke nye metoder som skal benyttes, f.eks. intervju, spørreskjema, observasjon, registerdata, osv.</i>
Endring av utvalg: I søknaden står det at 8 deltakere skal delta. Det aktuelle antallet er 6.	<i>Dersom det er snakk om små endringer i antall deltakere er endringsmelding som regel ikke nødvendig. Ta kontakt på telefon før du sender inn skjema dersom du er i tvil.</i>
Annet:	
3. TILLEGGSOPPLYSNINGER	
4. ANTALL VEDLEGG	
	<i>Legg ved eventuelle nye vedlegg (informasjonsskriv, intervjuguide, spørreskjema, tillatelser, og liknende.)</i>

Har du spørsmål i forbindelse med utfylling av skjemaet, ta gjerne kontakt med Personvernombudet hos NSD, telefon 55 58 81 80

## Vedlegg 4 Bekreftelse på endring fra NSD

Prosjektnr: 39446. Pasienter som er avhengige av rusmidler sine erfaringer med verdi... Side 1 av 1

Reply all | Delete Junk |

Prosjektnr: 39446. Pasienter som er avhengige av rusmidler sine erfaringer med verdighet i møtet med sykepleiere og andre ansatte i hjemmebaserte tjenester

HT Hildur Thorarensen <hildur.thorarensen@uib.no> Reply all |  
1/4/2016  
Hege Solberg; Dagfinn Nåden

### BEKREFTELSE PÅ ENDRING

Vi viser til endringsmelding mottatt 17.12.2015.

Personvernombudet har nå registrert 31.12.2016 som ny dato for prosjektslutt.

Det legges til grunn at prosjektopplegget for øvrig er uendret.

Ved ny prosjektslutt vil vi rette en ny statushenvendelse.

Hvis det blir aktuelt med ytterligere forlengelse, gjør vi oppmerksom på at utvalget vanligvis må informeres ved forlengelse på mer enn ett år utover det de tidligere har blitt informert om.

--

Med vennlig hilsen

Hildur Thorarensen  
Rådgiver NSD Personvern

Tlf. direkte: 55 58 26 54  
Tlf. sentral: 55 58 81 80

Internettadresse: [www.nsd.uib.no/personvern](http://www.nsd.uib.no/personvern)

## **Vedlegg 5 Informasjon om studien/samtykke**

### **Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet**

#### **”Hvordan erfares verdighet av pasienter som er avhengig av rusmidler i møtet med sykepleiere og andre ansatte i hjemmebaserte tjenester?”**

##### **Bakgrunn og hensikt**

Dette er et spørsmål til deg om å delta som intervjuperson i en studie for å belyse møtet mellom pasienter som er avhengige av rusmidler og ansatte i hjemmebaserte tjenester ut fra et pasientperspektiv. Studien vil bli brukt i en masteroppgave som skrives tilknyttet masterstudium i Klinisk sykepleievitenskap ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Hensikten med studien er å belyse erfaringer med verdighet i dette møtet. Flere studier beskriver erfaringene til helsepersonell med dette møtet, men det finnes få studier som beskriver dette møtet ut fra et pasientperspektiv i kommunehelsetjenesten.

##### **Hva innebærer studien?**

Dersom du ønsker å delta vil det bety at jeg får en mulighet til å samtale med deg om dette temaet. Samtalen vil vare cirka 1 time. Du bestemmer hvor du ønsker at samtalen skal finne sted. Før første samtale tar jeg kontakt med deg for å gi deg mer informasjon, og du har mulighet til å stille spørsmål dersom du ønsker det.

##### **Mulige fordeler og ulemper**

Deltagelsen som intervjuperson i studien er frivillig, du kan trekke deg fra studien/oppgaven når som helst uten at du trenger å oppgi noen grunn. Dersom det skjer vil det ikke ha noen konsekvenser for deg. Jeg har taushetsplikt, og du er sikret full anonymitet både i det som skrives i masteroppgaven underveis og i den endelige masteroppgaven, og i publisering av en eventuell artikkel.

##### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Samtalene vil bli tatt opp med opptaksutstyr og skrevet ut. Informasjonen blir behandlet konfidensielt. Det er kun forsker og eventuelt veileder i prosjektet som gis anledning til å lese intervjuene. Datamaterialet vil bli oppbevart i tråd med prosedyrer og regler gitt av Datatilsynet, slik at de er nedlåst og utilgjengelig for utenforstående. Intervjumateriale og persondata vil oppbevares separat og alle lydfiler og tekstfiler vil passordbeskyttes og krypteres. Opptakene vil oppbevares i tråd med retningslinjer/regler for dette. Etter at masteroppgaven er ferdig vil alle persondata og lydopptakene bli makulert/slettet. Dette blir gjort innen 31.12. 2015.

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste.

Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling. Dersom du har spørsmål til studien, kan du kontakte Hege Solberg, 90 29 52 26. Veileder i prosjektet er professor Dagfinn Nåden, Høgskolen i Oslo og Akershus, 67 23 62 39. E-post: [dagfinn.naden@hioa.no](mailto:dagfinn.naden@hioa.no).

## **Samtykke til deltakelse i studien**

Jeg er villig til å delta i studien

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

---

(Signert, rolle i studien, dato)



## Vedlegg 6 Intervjuguide

### Intervjuguide for forskningsprosjektet:

#### **Pasienter som er avhengige av rusmidler sine erfaringer med verdighet i møtet med sykepleiere og andre ansatte i hjemmebaserte tjenester.**

Kan du fortelle litt om tjenesten du mottar fra hjemmebaserte tjenester?

Hvilke forventninger har du til ansatte i hjemmebaserte tjenester?

Kan du fortelle om hvordan du ønsker at de ansatte i hjemmebaserte tjenester skal møte deg?

Hva legger du i ordet verdighet?

Kan du fortelle om et godt møte med ansatte i hjemmebaserte tjenester? Hva opplevde du at kjennetegnet dette møtet?

Kan du fortelle om noen opplevelser som ikke har vært så positive? Hva opplevde du at kjennetegnet dette møtet?

I dine møter med hjemmebaserte tjenester: Hva har du satt mest og minst pris på?

Hva tenker du skal til for at du som pasient skal oppleve verdighet i møte med ansatte i hjemmebaserte tjenester?

Hvordan tenker du at verdighet kan fremmes i møte med ansatte i hjemmebaserte tjenester?

Hva opplever du at kan hemme/være til hinder for verdighet i møte med ansatte i hjemmebaserte tjenester?

Er det noe annet i forhold til det vi har snakket om som du ønsker å fortelle mer om?

## **Vedlegg 7 Tillstånd fra Margareta Edlund: bruk av figuren "begreppsmässig modell av värdighet"**

> -----Original Message-----

> From: Margareta Edlund [<mailto:margareta.edlund@hotmail.com>]

> Sent: Thursday, April 28, 2016 3:10 PM

> To: Dagfinn Nåden <Dagfinn.Naden@hioa.no>

> Subject: Tillstånd

>

> Jag ger Master studenten Hege Solberg tillstånd att i sin master uppsats

> använda figuren "begreppsmässig modell av värdighet". Margareta Edlund

>

> Skickat från min Huawei Mobile