

Å gi den gode omsorgen

Om hjemmesykepleieres erfaringer med å møte rusmiddelmisbrukere på hjemmebesøk.

En fenomenologisk-hermeneutisk studie.

Sylvia Hansen



Masteroppgave ved Det medisinske fakultet

Institutt for helse og samfunn

Avdeling for sykepleievitenskap

UNIVERSITETET I OSLO

28. mai 2013

© Sylvia Hansen
2013

Å gi den gode omsorgen.
Om hjemmesykepleieres erfaring med å møte rusmiddelmisbrukere på hjemmebesøk.
En fenomenologisk-hermeneutisk studie.

Sylvia Hansen
<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for helse og samfunn, Avdeling for
sykepleievitenskap.
Boks 1130 Blindern, 0318 Oslo

Navn: Sylvia Hansen	Dato: 28. mai 2013
Tittel og undertittel: Å gi den gode omsorgen. Om hjemmesykepleieres erfaring med å møte rusmiddelmissbrukere på hjemmebesøk. En fenomenologisk-hermeneutisk studie.	
Sammendrag: Bakgrunn: Primærhelsetjenesten i Norge gjennomgår omfattende endringsprosesser. Kommunehelsetjenesten har fått utvidet ansvar for nye pasientgrupper. Hjemmesykepleiere i kommunene møter rusmiddelmissbrukere i sin praksis stadig oftere. Kunnskapene vi har tilgjengelig om hjemmesykepleieres erfaringer og praksisbetingelser i slike møter er likevel begrenset. Hensikt: Hensikten med studien er å belyse og fortolke de levde erfaringene til hjemmesykepleiere som møter og behandler rusmiddelmissbrukere på hjemmebesøk. Studiens forskningsspørsmål er; Hva står på spill i hjemmesykepleieres profesjonelle møter med rusmiddelmissbrukere? Metode: Data ble samlet inn ved hjelp av åpne semistrukturerte dybdeintervju med n=10 grunnutdannede sykepleiere ansatt i to separate hjemmesykepleieavdelinger i samme urbane hjemmesykepleiedistrikt. Analyse: Tekstdata fra intervjuene ble analysert og fortolket ved hjelp av en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming, inspirert av filosofien til Paul Ricoeur. Resultater: Den naive lesningen brakte med seg en forståelse for at hjemmesykepleiere erfarer en form for uforutsigbarhet i møtene. Strukturanalysen identifiserte tre temaer: (1) De ustabile pasientene, (2) En komplisert praksis, og (3) Å "se" mennesket. En overgripende tolkning av datasettet ble formulert som "Å gi den gode omsorgen". "Å gi den gode omsorgen" fremlegges i studien som et begrep som oppsummerer hva som står på spill i hjemmesykepleieres møter med rusmiddelmissbrukere. Å gi den gode omsorgen i møte med rusmiddelmissbrukere kan handle om at hjemmesykepleiere bruker sunn fornuft og skjønn for å; fortolke hva rusmiddelmissbrukerens tema i møtet er; hindre kategorisering av mennesket; bruke omsorgsmakt til "makt til å hjelpe" rusmiddelmissbrukeren. Konklusjon: Studien gir noen implikasjoner for praksis, for eksempel tilrettelegging for hjemmesykepleieres muligheter til å utvikle refleksive evner. Det trengs mer forskning, med ulike forskningsdesign, før det er mulig å syntetisere kunnskap om møter mellom hjemmesykepleiere og rusmiddelmissbrukere i primærhelsetjenesten.	
Nøkkelord: Kommunehelsetjeneste; Hjemmesykepleie; Rusmiddelmissbruk; Erfaringskunnskap; Fenomenologisk-hermeneutisk design	



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for helse og samfunn, Avdeling for
sykepleievitenskap.
Boks 1130 Blindern, 0318 Oslo

Name: Sylvia Hansen	Date: May 28th, 2013
Title and subtitle: To care in a good manner. On visiting nurses in home health services' experiences when intervening with patients suffering from substance abuse. A phenomenological-hermeneutic study.	
Abstract: Background: Primary health care in Norway is currently transforming. The services are ever taking on new groups of patients. Registered Nurses employed in community home nursing services visit patients suffering from substance related disorders more and more frequently. However, our knowledge concerning these nurses' experiences and work conditions are limited. Aim: The aim of the study is to illuminate and interpret the lived experiences of nurses in home nursing services when they intervene with patients suffering from substance abuse on home visits. The research question of the study is; What seems to be at stake in professional encounters between home nurses and substance abusers? Method: Data were gathered through open-ended in-depth-interviews with n= 10 General Registered Nurses working in two separate units in the same urban home health service district. Analysis: Text data from the interviews were analyzed using a phenomenological-hermeneutic approach, inspired by the philosophy of Paul Ricoeur. Findings: The naïve reading involved an awareness of the nurses' perceived sense of unpredictability in the encounters. The structural analysis identified three themes: (1) The unstable patients, (2) A complex praxis, and (3) To "see" the person. A comprehensive understanding of the data was formulated as "To care in a good manner". "To care in a good manner" is presented as a concept that enumerates what is at stake in professional encounters between home nurses and substance abusers. To care in a good manner may involve home nurses using common sense and verdict in order to; relate to the substance abuser interpreting what his theme is; impede categorization of the person; assess care authority as "authority to care" for the substance abuser. Conclusion: The study gives implications for praxis, such as empowering home nurses' reflective skills. Further studies is required on home nurses intervening with substance abusers, using several research designs, in order to synthesize knowledge concerning professional encounters between home nurses and substance abusers in primary health care.	
Key words: Primary Health Care; Professional Home Nursing; Substance abuse; Nurses' Experiences; Phenomenological-hermeneutic design	

Forord

Tusen takk til de som har vært med på å bidra til at masteroppgavearbeidet lot seg gjennomføre;

Hjemmesykepleiedistriktet som stilte sine to hjemmesykepleieavdelinger til disposisjon som forskningsfelt.

Informantene i studien som delte sine erfaringer på en rikt og detaljert måte i intervjuene. Dere er fantastiske sykepleiere!

De to veilederne jeg har hatt i forbindelse med masteroppgavearbeidet. Professor Christina Foss, som var en betydningsfull bidragsyter i prosessen med å utforme og legitimere studien. Og 1. amanuensis Siren Eriksen Kouwenhoven som veiledet meg gjennom datasamlingen, analysen og utarbeidelsen av monografien med gode råd og konstruktivt kritiske innspill og "dytt" i riktig retning.

Familie og venner som har støttet og motivert meg, og vært tålmodige de periodene størsteparten av tiden min har gått med til arbeidet. Takk spesielt til Trygve. Vi får ta igjen alle skogturene jeg ikke kunne være med på.

Oslo, 28. mai 2013

Sylvia Hansen

INNHALDSFORTEGNELSE

1. INNLEDNING	1
1.1 En introduksjon til oppgavens tema	1
1.2 Tidligere forskning	4
1.2.1 Kvantitative studier	5
1.2.2 Kvalitative studier	7
Oppsummering tidligere forskning	9
1.3 Studiens hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	10
1.4 En begrepsavklaring og noen avgrensninger	12
1.5 Oppbygging av oppgaven	13
2. TEORETISK REFERANSERAMME	15
2.1 Rusmiddelmissbrukeren som pasient	15
2.2 Spesielt om møter i hjemmesykepleiepraksis; et møte i pasientens hjem	16
2.3 Generelt om møter i sykepleiepraksis	17
2.3.1 Sykepleiere som møter pasienter, eller mennesker som møter mennesker?	17
2.3.2 Den praktiske dømmekraften	19
2.3.3 Dømmekraft er en dyd	20
2.3.4 Sykepleieren og den andre	21
Oppsummering teoretisk referanseramme	23
3. STUDIENS DESIGN OG METODE	25
3.1 Forskningsdesign	25
3.2 Vitenskapsteoretisk forankring	26
3.3 Datasamling	29
3.3.1 Forskningsfelt	29
3.3.2 Utvalg	30
3.3.3 Rekruttering	31
3.3.4 Gjennomføring av dybdeintervjuer	31
3.4 Min forforståelse	32
3.5 Dataanalyse	33
3.5.1 Naiv lesning	34
3.5.2 Strukturanalyse	34
3.5.3 Overgripende tolkning	36
3.6 Etske overveielser	37

4. RESULTATER	39
4.1 Naiv forståelse	39
4.1.1 Møtene er uforutsigbare	39
4.2 Strukturanalysens temaer	40
4.2.1 De ustabile pasientene	40
4.2.2 En komplisert praksis	48
4.2.3 Å "se" mennesket	57
4.3 Overgripende tolkning	62
4.3.1 Å gi den gode omsorgen	62
5. DISKUSJON	65
5.1 Diskusjon av resultatene	65
5.1.1 Møtets tema	66
5.1.2 Å kategorisere mennesker	69
5.1.3 Å se det allmenne i det gitte	72
5.1.4 Makt og tillit i hjelperelasjoner	77
5.2 Metodediskusjon	82
5.2.1 Hva påvirket dataene?	82
5.2.2 Fortolker virkelig tekstanalysen hjemmesykepleieres erfaringer?	84
6. KONKLUSJON	87
6.1 Implikasjoner for praksis	88
6.2 Implikasjoner for forskning	88
REFERANSER	91

Liste over vedlegg:

- 1: Søknad til forskningsfeltet
- 2: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring
- 3: Intervjuguide
- 4: Personvernombudets innstilling

Figurer:

- 1: Fra meningsbærende enhet til tema s. 35
- 2: Teoretisk nivåforhold mellom resultatene s. 64

”Skal man hjelpe en annen, må man først finne ut hvor han er, og møte ham der.

Dette er det første bud i all sann hjelpekunst”

Søren Kierkegaard

1. INNLEDNING

I det første kapittelet gir jeg en introduksjon til masteroppgavens tema og aktualitet. I tillegg presenterer jeg tidligere forskning som var med på å styre valg av problemstilling og hensikt i studien jeg gjennomførte under arbeidet med masteroppgaven. Studien presenterer jeg i denne monografien. Til sist avklarer jeg ett sentralt begrep, redegjør for noen avgrensinger og skisserer en oversikt over oppgavens oppbygning.

1.1 EN INTRODUKSJON TIL OPPGAVENS TEMA

Skadelig bruk- og avhengighet av rusmidler behandles ikke lenger ensidig med utgangspunkt i sosialfaglige perspektiver, men med hovedvekt på en medisinsk innfallsvinkel (Skretting 2005). Medikalisering av rusomsorg er en internasjonal trend (ibid). Rusmiddelmissbrukere fikk lovfestet status som pasienter i norsk helsetjeneste i 2004 og ble med det et utvidet gjenstandsområde for alle medisinskfaglige yrkesgrupper (ibid).

Rusmiddelmissbruk kan ses på som en kronisk tilstand som fører med seg lidelse og ofte tidlig død (Fekjær 2004). Rusmiddelmissbrukere er sårbare pasienter, ofte med nedsatt helse og kroniske sykdomstilstander og livserfaringer som medfører redusert livskvalitet (Albertin, Cubells og Inigues 2010; Wiklund 2008a, 2008b). Tilstrekkelig helsehjelp til rusmiddelmissbrukere forventes å preges av at en rekke helsetjenestenivåer samarbeider sektorovergrepene om å yte både helse- og sosialfaglige tjenester individuelt tilpasset hver enkelt pasient (Skretting 2005). Med andre ord krever tilfredsstillende rusomsorg samhandling mellom ulike tjenesteytere.

Demografiske endringer og økning av kroniske sykdomstilstander setter norske helsetjenester under press som fordrer god samhandling (Hellesø og Fagermoen 2010). Problemer knyttet til samhandling mellom tjenestenivåer truer mellom annet pasientsikkerhet og bidrar til pasienters følelse av maktesløshet (ibid). Føringer fra sentrale myndigheter legger i dag opp

til ideologisk tenkning som skal sikre at rusmiddelmissbrukere får innfridd rett til optimal og helhetlig helsehjelp, med strategisk samhandling og avklart ansvarsfordeling, på lik linje med alle andre samfunnsborgere. Intensjonen gjenspeiles blant annet i Samhandlingsreformen som trådte i kraft i norske helsetjenester 1. januar 2012 (Helsedepartementet 2009).

I dag er det få systemer i helsetjenestene som er rettet inn mot koordinerte helsetjenester. Derfor er samhandling, mellom helsetjenester i kommunene og spesialisthelsetjenesten og innad i de samme tjenestene, et satsningsområde i helsepolitikken (Helsedepartementet 2009). Det antas at pasienters behov for helsehjelp kan møtes mer effektivt og ved hjelp av mindre ressurskrevende metoder lokalt der de bor (ibid). Derfor er spesielt en ny og utvidet rolle for kommunehelsetjenestene aktuell, også innenfor rushelsetjenestene. Kommunene skal tilrettelegge egnede boliger i nærmiljøene for rusmiddelmissbrukere og/eller mennesker med psykiske lidelser når det er medisinske grunner til det (ibid). Kommunehelsetjenesten tenkes å kunne forebygge og behandle kroniske sykdomstilstander rusmiddelmissbrukere er utsatt for mer effektivt enn spesialisthelsetjenesten (ibid).

Man har allerede sett relativt store endringer innenfor helsetjenestenivåene de siste årene (Romøren 2006, 2007). Spesialisthelsetjenesten spesialiseres og effektiviseres og får større fokus på behandling og mindre på pleietid. Kravene til helse- og omsorgstjenester i kommunene er økende. Kommunene er gitt, og har delvis tatt på seg, et bredere sett av pleie- og omsorgsrelaterte oppgaver i forhold til flere pasientgrupper, deriblant rusmiddelmissbrukere (ibid). Utviklingen forventes å videreføres (Helsedepartementet 2009).

Oppgaveforskyvingene som Samhandlingsreformen foranstalter berører i stor grad hjemmesykepleietjenestene i kommunene (Romøren 2006, 2007). Alderssammensetningen blant mottakere av hjemmesykepleie er endret, og pasientene er yngre enn tidligere. 9 % av mottagere av hjemmesykepleie i aldersgruppen 18 - 49 år i er rusmiddelmissbrukere (ibid). Sykepleiere utgjør den største faggruppen i hjemmesykepleie og er den helseprofesjonen som møter pasienter hyppigst, ofte daglig. Dermed møter hjemmesykepleiere stadig oftere rusmiddelmissbrukere i sin profesjonelle praksis (ibid).

Rusomsorg beskrives av et utvalg administrasjonsansatte i norske kommuner som et komplisert område innenfor hjemmesykepleietjenestens rammer (Kalseth, Midttun, Paulsen og Nygård 2004). Utvalget mener oppfølging av rusmiddelmissbrukere er utfordrende innenfor

hjemmesykepleie fordi omsorg til rusmiddelmissbrukere innebærer bruk av annen type kompetanse enn utøverne er fortrolige med. Kravet til tid og tålmodighet er større, slik at behovet for ressurser og personell øker. Rusmiddelmissbrukere er ofte svært fysisk og psykisk syke slik at det er behov for hyppige inn- og utskrivinger i spesialisthelsetjenesten. Å få lagt inn pasienter akutt er arbeidskrevende og vanskelig (ibid). Utvalget mener også at det er en tendens til at rusmiddelmissbrukere skyves over på førstelinjen når ansvarsforhold er dårlig klarlagt. Ofte uten eksplisitt tilgang til spesialisthjelp (ibid). Utvalget peker altså på ulike utfordringer med rusomsorg i hjemmesykepleietjeneste. Utfordringene er også knyttet til samordning med andre tjenesteaktører.

Etter at omsorg for rusmiddelmissbrukere ble definert som *helsetjeneste* i 2004 er det satt i gang målrettede tiltak for å møte pasientgruppen i spesialisthelsetjenesten. Eksempler på initierte tiltak er tilbud om etterutdanning innen rus/psykiatri, intern opplæring i forhold til rusmiddelrelaterte temaer som medisinering, pasientrettigheter, individorientert tilnærming og psykisk/somatisk helse, samt bruk av ambulante tjenester (Lie og Nesvåg 2006). Det er ikke beskrevet tilsvarende spesifikke målrettede tiltak i kommunene (ibid). Pr i dag fremstår kunnskapsutviklingen innenfor helsetjenestene i kommunene som mindre systematisk enn i spesialisthelsetjenesten (Kalseth et al 2004). Kommunene har få avtaler om samarbeid med universiteter og høgskoler, og det er i liten grad lagt til rette for kompensasjonsordninger for praksisplasser til profesjonsutdanningene (ibid). Rollen til den framtidige kommunale helsetjenesten vil kreve en utvidet tydelighet med hensyn til innhold, kvalitet, kompetanse, utdanning og forskning. Det er også behov for mer kunnskap om hvordan vi kan skape gode vilkår i det daglige ute i tjenestene (ibid).

Som sykepleier har jeg møtt rusmiddelmissbrukere både i døgnbasert rusbehandling i spesialisthelsetjenesten, og i kommunehelsetjenestens hjemmesykepleietjeneste. Min oppfatning er at mange rusmiddelmissbrukere føler seg som avvikere i sin omgang med det normative samfunnet. I mine møter med rusmiddelmissbrukere i sykepleiepraksis har jeg i utgangspunktet vært representant for det normative samfunnet. Det har krevd en spesielt anerkjennende og sensitiv tilnæringsmåte i omsorgsarbeidet. Imidlertid har jeg ikke erfaring med at sykepleiepraksis alltid er tilrettelagt for møter med pasienter som har behov for sensitive tilnæringsstrategier. Spesielt i kommunehelsetjenesten er det få systemer som møter utvidede behov innen relasjonsarbeidet. Innen helsetjenestene forventes pasienter mer å tilpasse seg oss enn vi dem, er mitt inntrykk. Erfaringene og inntrykkene mine har brakt frem

et ønske om å bidra til kunnskapsutvikling som kan bedre og utvikle sykepleiepraksis overfor rusmiddelmissbrukere. Jeg har valgt å rette studien i masteroppgaven inn mot samhandling mellom hjemmesykepleiere og rusmiddelmissbrukere i kommunehelsetjenesten.

1.2 TIDLIGERE FORSKNING

For å få oversikt over kunnskapsstatus hva angår konkrete møter mellom hjemmesykepleiere og rusmiddelmissbrukere i primærhelsetjenesten, og hvordan samhandling utspiller seg i slike møter, utførte jeg et søk etter forskningsrapporter i startfasen av masteroppgavearbeidet. Jeg gjorde også flere søk senere i prosessen med tanke på nypubliserte rapporter. Nærmere bestemt søkte jeg etter publiserte studier i databasene Medline/Pubmed, Cinahl, Swemed+ og Sociological Abstracts. Jeg benyttet ulike kombinasjoner av søkeordene: Primary Health Care; Professional Home Nursing; Substance abuse; Nurses' Experiences; Experiential Learning; Attitude of health personnel. Jeg var kun ute etter fagfellesbedømte og siterte forskningsrapporter.

Forskningslitteraturen fra norske og nordiske forhold så i liten grad ut til å ha undersøkt hvilke erfaringer kommunenes helsepersonell, og hjemmesykepleiere spesielt, har med å møte rusmiddelmissbrukere. I følge Ravndal (2009) har norsk rusmiddelforskning generelt fokusert lite på de dagligdagse møtene mellom behandler og pasient.

Internasjonalt er sykepleieres (og annet helsepersonells) møter med rusmiddelmissbrukere et større forskningsfelt. Men jeg identifiserte heller ikke studier som rettet seg spesielt inn mot hjemmesykepleieres møter med pasientgruppen i det internasjonale forskningsfeltet.

Imidlertid fant jeg at vi vet noe om møter mellom sykepleiere og rusmiddelmissbrukere generelt. Majoriteten av forskningen som er tilgjengelig om slike møter har undersøkt problemstillinger som lar seg svare på med kvantitativ metodologi. Kvantitativ metodologi forutsetter en forhåndshypotese om hvilke faktorer samhandlingen og møtene er påvirket av. I det følgende presenterer jeg hovedfunn fra både det internasjonale kvantitative- og kvalitative forskningsfeltet som har undersøkt møter mellom helsepersonell, fortrinnsvis sykepleiere, og rusmiddelmissbrukere.

1.2.1 Kvantitative studier

Studier med kvantitative design har i særlig stor grad vært opptatt av å måle sykepleieres holdninger og kliniske ferdigheter når de møter og behandler rusmiddelmissbrukere. Talldata i slike undersøkelser indikerer at sykepleiere og annet helsepersonell, både innen psykisk helsevern og somatikk, sliter med å samhandle med rusmiddelmissbrukere og gi rusmiddelmissbrukere helsehjelp av tilfredsstillende kvalitet (Ford 2011; Richmond og Foster 2003; Skinner, Feather, Freeman og Roche 2007).

En stor andel sykepleiere har negative eller stereotype syn på og er intolerante overfor rusmiddelmissbrukere (Kelleher og Cotter 2009; Richmond og Foster 2003; Skinner et al 2007). Richmond og Foster (2003) benyttet datasamlingsverktøyet Substance Abuse Attitude Survey (SAAS) på et stort utvalg av profesjonsutøvere innen psykisk helsevern i Storbritannia, rekruttert både i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Studien viste at sykepleiere er mindre tolerante for rusmiddelmissbrukere enn profesjonelle sosialarbeidere. Mange sykepleiere er moralistiske, og har liten optimisme i forhold til rusmiddelmissbrukeres behandlingsmuligheter. Videreutdanning i psykisk helsevern ser dog ut til å ha gunstig effekt på de målbare holdningsindikatorerne i SAAS (ibid). Kelleher og Cotter (2009) brukte SAAS blant leger og sykepleiere i intensivavdelinger i Irland. Scorene på toleranse for rusmiddelmissbrukere kom relativt dårlig ut i studien. Skinner et al (2007) analyserte sykepleieres holdninger til rusmiddelmissbrukere ved å undersøke hvordan et stort tilfeldig utvalg sykepleiere i Australia, identifisert i autorisasjonsregisteret for helsepersonell, responderte på et konstruert pasientscenario de ble introdusert for i et spørreskjema. Ett av funnene var at sykepleiere som har sterke rettsnormer ser på rusmiddelmissbruk som en selvforskyldt lidelse som ikke utløser lik rett til god behandling, som uselvforskyldt lidelse.

Forklaringen på stereotype holdninger blant sykepleiere kan være at få sykepleiere har tilstrekkelig kunnskap om rusmiddelmissbruk gjennom sin grunnutdanning (Rassool og Rawaf 2008). Rassool og Rawaf (2008) evaluerte et undervisningsprogram for sykepleiestudenter i Storbritannia. Deltagerne i studien scoret høyere på posttest enn på pretest på alle punktene som ble evaluert.

Målrettet undervisning og opplæring som skjer i praksis øker sykepleieres kunnskaper om rusmiddelmissbruk (Schulte, Meier, Stirling og Berry 2010; Tran, Stone, Fernandez, Griffiths og Johnson 2009). Schulte et al (2010) fulgte ulike helseprofesjonelle og pasienter med

dobbeltdiagnose i psykisk helsevern i Storbritannia over en tre måneders periode. Personalet deltok i et undervisningsopplegg. Den utvidede kompetansen til de ansatte førte til at signifikant flere pasienter enn normalt fortsatte i behandling. Samhandlingen ble bedre. Tran et al (2009) målte kunnskapsnivået i en gruppe grunnutdannede sykepleiere i somatiske avdelinger i Australia som gjennomgikk et undervisningsopplegg om rusmiddellidelser, og kunnskapsnivået i en gruppe som ikke fikk tilgang på tilsvarende undervisning. Sykepleierne i ”undervisningsgruppen” tilegnet seg betydelige kunnskaper som man ikke så i den andre gruppen.

Schulte et al (2010) og Tran et al (2009) sier ikke noe om hvilket kunnskapsnivå sykepleierne, eller annet helsepersonell, hadde i utgangspunktet. Flere kartlegginger har funnet at kunnskap om rusmiddellidelser er relativt god blant sykepleiere i praksis (Ford, Bammer og Becker 2008, 2009; Kelleher og Cotter 2009). Kelleher og Cotter (2009) kartla kunnskaper om rusmiddellidelser blant sykepleiere og leger i intensivavdelinger i Irland i den samme studien hvor de kartla holdninger ved hjelp av SAAS. De fant et relativt høyt kunnskapsnivå blant respondentene, men registrerte at kunnskap om bruk og avhengighet av illegale rusmidler er signifikant lavere hos sykepleiere enn kunnskap om andre rusmidler. Sykepleiere har generelt mindre kunnskap om aktuelle intervensjoner i møte med rusmiddelmissbrukere enn leger, men legger like ofte tiden de har tilgjengelig til intervensjon frem som en barriere for samhandling (Lappalainen-Lehto, Sepp og Nordback 2005). Lappalainen-Lehto et al (2005) kartla kunnskap om rusmiddellidelser blant sykepleiere og leger i kirurgiske sengeposter i Finland.

Undervisning og trening i praksis alene har ikke tilstrekkelig effekt på kvaliteten på helsehjelpen som ytes rusmiddelmissbrukere (Ford et al 2008, 2009; Tran et al 2009). For eksempel førte ikke den nyervervede kunnskapen til sykepleierne i ”undervisningsgruppen” i studien til Tran et al (2009) til bedre samhandling i praksis. Undervisning om rusmiddellidelser er svært fokusert på manifest sykdom (”disease”) og inkluderer i liten grad rusmiddelmissbrukeres opplevelse av sykdom (”illness”) (Kelleher og Cotter 2009). Dermed er det ikke sikkert at kunnskap fra ulike undervisningsprogram møter rusmiddelmissbrukerens behov for verken helsehjelp eller samhandlingstiltak (ibid). Samtidig er det en tendens til at begrenset tid og ressurser, samt strukturelle forhold, hindrer kunnskapsoverføring fra undervisning til praksis (ibid, Rassool og Rawaf 2008). Kliniske ferdigheter er heller ikke bare avhengig av individuell kunnskap, men snarere et produkt av kunnskapsutvikling som foregår innenfor organisasjonskulturer (Ford et al 2008, 2009). Ford et al (2008) sendte

spørreskjema til alle registrerte sykepleiere i et område i Australia i hensikt å kartlegge kunnskaper om og holdninger til rusmiddelmissbruk. De benyttet en modifisert versjon av Alcohol and Alcohol Problems Perception Questionnaire som var tilpasset missbruk av illegale rusmidler. I studien ble det mellom annet identifisert noen barrierer for kunnskapsoverføring. I sin andre studie med samme datamateriale peker Ford et al (2009) først og fremst på at for at kompetanse skal ha positiv innvirkning på samhandling med rusmiddelmissbrukere i sykepleiepraksis, er kollegaveiledning og samarbeid med eksterne aktører essensielt.

1.2.2 Kvalitative studier

Det internasjonale rusforskningsfeltet inneholder et begrenset antall kvalitative studier, og vi har undersøkelser/beskrivelser fra få deler av helsetjenestene. Det kvalitative forskningsfeltet har ikke gjort seg spesifikke antagelser om at møter og samhandling mellom sykepleiere og rusmiddelmissbrukere inneholder utfordringer knyttet til kunnskapsmangler og intolerante eller moraliserende holdninger. De kvalitative studiene jeg har identifisert er opptatt av hva som generelt utspiller seg i slike møter, og hva slags erfaringer sykepleiere har med å møte rusmiddelmissbrukere. Men tekstdata viser likevel at når sykepleiere møter rusmiddelmissbrukere, er holdninger og kunnskapsmangler i spill og påvirker samhandlingen.

Sykepleiere retter gjennomgående fokus mot manglende kunnskap om rusmiddellidelser og hva slags helsehjelp det er behov for når de møter rusmiddelmissbrukere (Coombes og Wratten 2007, Deans og Soar 2005, Lovi og Barr 2009, Peckover og Chidlaw 2007, Wadell og Skärsäter 2007).

I noen intervjustudier beskriver sykepleiere sine erfaringer med å møte pasienter med dobbeltdiagnoser. Coombes og Wratten (2007) og Deans og Soar (2005) intervjuet spesialsykepleiere (og annet helsepersonell) som behandlet dobbeltdiagnosepasienter i primærhelsetjenesten, henholdsvis i Storbritannia og Australia. Wadell og Skärsäter (2007) intervjuet sykepleiere som arbeidet med dobbeltdiagnosepasienter i døgninstitusjon innen psykisk helsevern i Sverige. Sykepleierne Wadell og Skärsäter (2007) snakket med syntes det var vanskelig å samarbeide med dobbeltdiagnosepasienter. Vanskene relaterte de til mangel på felles målforståelse for helsehjelpen mellom dem og pasientene, og mangel på egen kunnskap om hensiktsmessig intervensjon overfor rusmiddelmissbruket. Både Coombes og Wratten (2007) og Deans og Soar (2005) fant i sine studier at sykepleiere er underforberedt på

møter med dobbeltdiagnosepasienter. Sykepleiere uttrykte at de relativt ofte ble plassert i situasjoner som de hadde for lite kunnskap til å håndtere.

Det finnes også intervjustudier om sykepleiere sine erfaringer i møter med rusmiddelmissbrukere generelt. Sheridan, Barnard og Webster (2011) intervjuet flere omsorgsutøvere i ulike helsetjenester i Storbritannia om hva de mente fremmer og hindrer god praksis overfor rusmiddelmissbrukere ut fra erfaringene de hadde gjort seg med pasientgruppen. Sykepleiere som deltok i studien la frem at det var muligheter for faglig utvikling som fremmet god samhandling. I en intervjustudie som tok sikte på å beskrive sykepleieres arbeidshverdag i rusinstitusjoner i Australia (Lovi og Barr 2009) fortalte sykepleiere at de gikk inn for å kvalitetssikre tjenestene de ga rusmiddelmissbrukere, blant annet gjennom å tilegne seg nye kunnskaper kontinuerlig og å advokere for rusmiddelmissbrukerne de behandlet. De la frem at rusmiddelmissbrukere har rett til verdig behandling. Sykepleierne kom likevel med uttalelser som vitnet om stigmatisering av rusmiddelmissbrukere generelt.

Det er flere kvalitative studier enn Lovi og Barr (2009) sin som har identifisert stigmatiserende holdninger til rusmiddelmissbrukere blant sykepleiere (Coombes og Wratten 2007; McLaughlin, McKenna, Leslie, Robinson og Moore 2006; Peckover og Chidlaw 2007). Slik identifikasjon har forskerne rapportert på bakgrunn av uttalelser sykepleiere har kommet med i forskningsintervju. En del helseprofesjonelle beskriver utilslørt at de ikke ønsker å gi helsehjelp til rusmiddelmissbrukere, og følgelig heller ikke har ønske om å tilegne seg kunnskaper om rusmiddellidelser (McLaughlin et al 2006). McLaughlin et al (2006) sin studie inkluderte et variert utvalg av helseprofesjonelle i Nord-Irland. Spesialsykepleierne i Coombes og Wratten (2007) sin studie beskrev at det er belastende å arbeide med pasienter som samfunnet stigmatiserer. Peckover og Chidlaw (2007) undersøkte erfaringer distriktssykepleiere (min oversettelse av "district nurse") i kommunehelsetjenesten i Storbritannia har gjort seg med å møte og behandle rusmiddelmissbrukere. Data i studien indikerte at selv om distriktssykepleierne utførte kompetente kliniske handlinger, manglet det holistiske eller empatiske aspektet i samhandlingen.

Men det er mer enn kunnskapsmangler og holdninger som står på spill og påvirker sykepleieres samhandling med rusmiddelmissbrukere. I arbeid med rusmiddelmissbrukere beskriver helsepersonell stor grad av frustrasjon og håpløshet (Deans og Soar 2005; Kothari,

Hardy og Rowse 2010). Kothari et al (2010) intervjuet kliniske psykologer i Storbritannia i hensikt å få kunnskap om terapeutiske relasjoner i rusomsorg. Psykologene la frem at rusmiddelmissbrukere ikke alltid er så mottagelige og åpne for den hjelpen som tilbys, men trekker seg unna. Det samme fortalte sykepleierne som deltok i studien til Deans og Soar (2005).

Sykepleiere og annet helsepersonell fremhever ofte at det er en risiko forbundet med rusmiddelmissbrukeres adferd (Lovi og Barr 2009, McLaughlin et al 2006, Peckover og Chidlaw 2007). Frykt og redsel gjør at helsepersonell kan overse åpenbare kliniske hjelpebehov rusmiddelmissbrukere har (Kothari et al 2010, Peckover og Chidlaw 2007). Distriktssykepleierne i Peckover og Chidlaw (2007) sin studie la frem at mange rusmiddelmissbrukere de møtte, hadde aggressiv adferd. Sykepleierne relaterte adferden til rusmiddelmissbruket. I stedet for å vurdere adferden som problematisk eller skadelig for pasientene, vurderte sykepleierne adferden mest som risikofull for seg selv. De tillot seg selv større grad av sårbarhet i møtet enn de tillot pasienten. For å ivareta egen sikkerhet var det vanlig praksis blant sykepleierne å tilby rusmiddelmissbrukere kortvarigere og mer oppgavesentrerte tjenester enn andre pasienter.

Andre utfordringer kvalitative studier beskriver hyppig, er strukturelle begrensninger på tjenestene, spesielt i forhold til ressurser (Wadell og Skärsäter 2007, Sheridan et al 2011). Ressursmangler leder til redusert direkte brukertid hos rusmiddelmissbrukere som i sin tur fører til utilstrekkelig kontinuitet i møtene og kvalitet på samhandlingen (Sheridan et al 2011).

OPPSUMMERING TIDLIGERE FORSKNING

Det ser ut til at det kvantitative forskningsfeltet har hatt en hypotese om at sykepleieres holdninger og kunnskaper i stor grad påvirker møtene og samhandlingen med rusmiddelmissbrukere i helsetjenestene. Studiene som foreligger falsifiserer ikke slike hypoteser, men nyanserer dem. For at mer kunnskap og bedre holdninger skal implementeres i sykepleiepraksis og føre til bedre klima for samhandling, er kunnskapsvervelse og holdningsskapende arbeid ikke nok. Praksis må også inneholde strategier og metoder for relevant kunnskapsoverføring.

Funn i kvalitative studier skiller seg ikke vesentlig fra funn i kvantitative studier. Men i tillegg til utfordringer knyttet til kompetanse, holdninger og organisatoriske barrierer, identifiserer

kvalitative studier noen utfordringer knyttet til rusmiddelmissbrukerens adferd og sykepleieres prioriteringer i samhandlingssituasjoner.

1.3 STUDIENS HENSIKT, PROBLEMSTILLING OG FORSKNINGSSPØRSMÅL

Det kvalitative forskningsfeltet inneholder få studier om møter mellom rusmiddelmissbrukere og sykepleiere. Derfor mangler vi rik innsikt i erfaringer sykepleiere i ulike kontekster i helsetjenestene har gjort seg i slike møter. Ravndal (2009) sier at vi vet lite om hvordan skjønnsutøvelse fungerer og hva som står på spill i møter mellom profesjonsutøvere og rusmiddelmissbrukere. Imidlertid må vi anta at makt, kontroll og disiplinering utøves og utspilles på forskjellige måter i praksis. Vi trenger innsikt i ulike profesjonsutøveres handlingsbetingelser, samtidig som vi trenger kunnskap om selve de praksisene profesjonsutøvelsen består av. Vi må med andre ord undersøke hvordan behandling utøves, hva som sies og gjøres (ibid).

Rik innsikt om erfaringer i møtene kan tilføre rushelsetjenester nye perspektiver. Innsikt kan helsepersonell som møter rusmiddelmissbrukere tilføre gjennom å gjøre sin erfaringskunnskap tilgjengelig for forskning. I følge Martinsen (2003) er det sentralt at sykepleieres erfaringsaspekt inkluderes og synliggjøres i kunnskapsutvikling. Erfaringskunnskap er sentralt i sykepleiepraksis. Utøvelse av sykepleie krever at flere kunnskapsformer integreres i komplekse og situasjonelle kontekster (Martinsen 2003, Purkis og Bjorndottir 2006). Komplekse og reflekterte erfaringer sykepleiere har gjort seg og bruker i egen praksis bør ikke overses og usynliggjøres i fagutvikling og forskning (ibid).

Det synes som om det er en viktig utfordring å undersøke, teoretisk og praktisk, hvilken betydning konkrete samhandlinger og møter har for innholdet i sykepleiepraksis.

Internasjonale studier fra ulike praksisfelt kan neppe gi oss tilstrekkelig kunnskap om hva som står på spill i møter mellom hjemmesykepleiere og rusmiddelmissbrukere i norsk hjemmesykepleietjeneste. Helsetjenester i ulike land må tenkes å være organisert på forskjellige måter. Ulike land kan ha forskjellige tilnærminger og forståelser av rusmiddelmissbruk(ere). Selv om funn fra det internasjonale forskningsfeltet kan tenkes å ha en viss grad av overførbarhetsverdi til norsk sykepleiepraksis, for eksempel via enkelte kontekstlikhetspunkter, er det et behov for å undersøke og beskrive hvordan møter med rusmiddelmissbrukere fortøner seg i konteksten til norsk hjemmesykepleietjeneste.

Her til lands foregår i mye av pleie- og omsorgsoppgavene overfor rusmiddelmissbrukere i kommunene i regulær hjemmesykepleietjeneste, selv om noen kommuner har opprettet særskilte avdelinger for psykiatrisk hjemmesykepleie der rusmiddelmissbrukere inngår (Kalseth et al 2004). Det vil si at mange norske hjemmesykepleiere stilles overfor pasienter med ulike former for rusmiddelmissbruk i sin praksis. Det være seg både utstrakt bruk av rusmidler i kombinasjon med psykisk lidelse og rusmiddelmissbruk som opptrer uavhengig. Erfaringer i konkrete møter med rusmiddelmissbrukere ser ikke ut til å ha vært beskrevet innenfor konteksten til ordinær hjemmesykepleie tidligere.

Hjemmesykepleie omtales i forskningslitteraturen som et komplekst felt preget av strukturelle og kulturelle utfordringer (Tønnesen, Førde og Nortvedt 2009). Det beskrives økte krav til effektivitet og kvalitet (ibid). Samtidig beskrives sykepleiemangel, tilvekst av pasientgrupper og økte forventninger til hjemmesykepleieres kompetanse (Maxwell 2009).

Hjemmesykepleiere arbeider ofte alene, veileder pasienter, tar beslutninger og intervensjoner med svært begrenset kollegastøtte og veiledning tilgjengelig, og med stort faglig og personlig ansvar (Snelltedt, Odland og Sørli 2010). Innenfor denne konteksten møter og behandler norske hjemmesykepleiere rusmiddelmissbrukere i kommunene. Det er grunn til å undersøke arenaene deres og de erfaringsbaserte vurderingene de gjør til daglig.

I masteroppgaven presenterer jeg en intervjustudie jeg har gjennomført med tanke på å få kunnskap om erfaringene til hjemmesykepleiere. Hensikten med studien var å beskrive og undersøke erfaringer hjemmesykepleiere i norsk kommunehelsetjeneste har med å møte rusmiddelmissbrukere på hjemmebesøk. Jeg ønsket å få kunnskap om hva som står på spill i slike møter. En tematisert fremstilling av erfaringene mener jeg kan være med på å kaste lys over de områdene det bør satses på i kunnskapsutvikling i kommunene og i forsknings- og utdanningsinstitusjonene i tiden fremover.

På bakgrunn av tematikken jeg har introdusert og problematisert utarbeidet jeg følgende problemstilling for studien:

Hvordan erfarer hjemmesykepleiere møter med rusmiddelmissbrukere innenfor konteksten til norsk hjemmesykepleietjeneste, og hvordan kan erfaringene til hjemmesykepleiere forstås?

Problemstillingen ledet meg til ett forskningsspørsmål:

Hva står på spill i hjemmesykepleieres møter med rusmiddelmisbrukere?

1.4 EN BEGREPSAVKLARING OG NOEN AVGRENSNINGER

Det er nødvendig å avklare hvordan og på hvilket grunnlag jeg benytter begrepet ”rusmiddelmisbruker” i oppgaven. Et rusmiddel kan ses på som en (psykoaktiv) substans som ved inntak gir en euforiserende effekt (Fekjær 2004). Skadelig bruk av rusmiddelet innebærer ukontrollert eller overdreven bruk som innebærer en tilstand som går ut over brukerens fysiske og psykiske helse og forårsaker sosial deprivasjon (ibid). Avhengighet av et rusmiddel innebærer toleranseutvikling (ibid). I oppgaven benytter jeg begrepet ”rusmiddelmisbruk” om alle former for skadelig bruk og/eller avhengighet av illegale rusmidler. Det er imidlertid ikke åpenbart legitimt å bruke akkurat det begrepet.

Asheim (1997) framhever at holdninger på godt og vondt styres av språk og språkbruk. Fenomenet rusmiddelmisbruk har aldri vært vel ansett (Fekjær 2004). Personer som bruker rusmidler på skadelige måter blir ofte sett på som viljesvake mennesker med tvilsom moral (ibid). Holdninger i samfunnet gjør begreper som benyttes om bruk og brukere av rusmidler normative og verdiladede. Begrepsbruken vår avspeiler en filosofi (Asheim 1997). I følge Waal (2005) var ”misbruk” tidligere et sentralt begrep i International Classification of Diseases (ICD). Begrepet ble benyttet om all bruk av rusmidler med negative sosiale og/eller personlige konsekvenser. Verdens helseorganisasjon (WHO) ble kritisert for valg av begrepet ”misbruk” under sin revisjon av ICDs versjon 10 som er i bruk i dag. Derfor unngikk WHO verdiladede termer i versjon 10. Nå brukes ”skadelig bruk av [aktuelt rusmiddel]” når rusmiddelbruken åpenbart kan gi helseskader. Følgelig benevnes personen med det skadelige rusmiddelbruket som ”person med skadelig bruk av [aktuelt rusmiddel]”. I ICD-10 skilles det mellom skadelig bruk og avhengighet. I Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), versjon IV, benyttes imidlertid stadig begrepet ”substance abuse”. I DSM-IV skilles det mellom misbruk og avhengighet (ibid). Begrepet ”misbruk” legger mer negativt fokus på den personen som har rusmiddelproblemet, og på personens adferd, enn på selve de skadelige stoffene (Fekjær 2004).

I masteroppgaven ønsket jeg initialt å holde meg til så verdinøytrale termer som mulig. Det var ikke et poeng å gjøre et skille mellom skadelig bruk og avhengighet i studien. I

informasjonsskrivet til studiens deltagere benyttet jeg begrepet ”pasienter med skadelig bruk og/eller avhengighet av illegale rusmidler”. Imidlertid ble det nokså tidlig klart for meg at det var nødvendig å referere til begrepet ”rusmiddelmissbruker” for å gjøre det helt tydelig for informantene hvilke pasienter jeg siktet til. Det var begrepet ”rusmisbruker” informantene brukte, og forholdt seg til. I de siste korrekturrundene av oppgaven skiftet jeg ut de verdinøytrale termene med ”rusmiddelmissbruker”. Jeg poengter her at begrepsbruken min ikke har til hensikt å legge negativt fokus på personer med rusmiddelmissbruk.

For enkelthets skyld omtaler jeg sykepleier som ”hun”, og ”rusmiddelmissbruker” eller ”pasient” som ”han” i oppgaven.

I oppgaven refererer jeg til hjemmesykepleiere som har møtt rusmiddelmissbrukere hyppig, og dermed har mer erfaring med akkurat slike møter, som ”erfarne hjemmesykepleiere”. Hjemmesykepleiere som har liten erfaring med å møte rusmiddelmissbrukere omtaler jeg som ”uerfarne hjemmesykepleiere”. Skillet er kunstig. Skillet refererer ikke til hjemmesykepleierne jeg intervjuet sin faktiske og totale erfaring som sykepleiere og profesjonsutøvere. Kun til hvor mye erfaring de oppga å ha, og viste til i intervjuene, med å møte rusmiddelmissbrukere.

1.5 OPPBYGGING AV OPPGAVEN

Jeg har delt oppgaven inn i seks kapitler. Etter innledningen fremstiller jeg i kapittel 2 en gjennomgang av utvalgt litteratur som belyser forholdet mellom sykepleiere og pasienter som møter hverandre. Videre presenterer jeg design- og metodebruk i kapittel 3, før jeg legger frem studiens resultater i kapittel 4. Resultatene og metodologiske spørsmål knyttet til studien drøfter jeg i kapittel 5. Til slutt fremstiller jeg studiens konklusjoner i kapittel 6.

2. TEORETISK REFERANSERAMME

Å undersøke hjemmesykepleieres erfaringer med å møte rusmiddelmissbrukere, er å undersøke helseprofesjonelles møter med pasienter. Men hvem er pasienten og sykepleieren som møtes? Og hvordan kan vi forstå møter mellom sykepleiere og pasienter spesielt, og mennesker generelt? I dette kapittelet skal jeg forsøke å klargjøre disse spørsmålene. Jeg belyser noen teoretiske perspektiver om å møte mennesker i en profesjonell praksis. Innledningsvis redegjør jeg kortfattet for hvordan vi kan forstå rusmiddelmissbrukeren som pasient, og for hva som er spesielt med rammene for pasientmøter i hjemmesykepleie. Videre presenterer jeg deler av et sykepleieteoretisk eksistensielt tankegods om hva pasientmøter handler om, og et vitenskapsfilosofisk og etisk perspektiv på hvordan omstendighetene i møter mellom mennesker kan forstås.

2.1 RUSMIDDELMISBRUKEREN SOM PASIENT

Forskning som er relevant for å forstå hvem rusmiddelmissbrukeren generelt er, har mellom annet fokusert på motivene han har til å misbruke rusmidler. Rusmiddelmissbruk er i utstrakt grad, dog ikke kun, knyttet til traumatiske opplevelser/erfaringer som har ført til så dypfølt lidelse at personen tyr til rusmidler i hensikt å "døyye" lidelsen, eller å flykte fra psykisk smerte (Nehls og Sallman 2005). Rusmiddelmissbrukerens traumatiske erfaringer er i mange tilfeller knyttet til negative opplevelser i barndommen (Moffitt og Caspi 2001). Det være seg voldsutøvelse og rusbruk i familien, oppløste familier, familier uten sosiale fellesaktiviteter, seksuelt misbruk og annet (ibid). Mange rusmiddelmissbrukere har opplevd mobbing og utstøting fra barndommen av (ibid). Å oppfatte seg selv som mindreverdige andre, å være fremmedgjort i egne omgivelser, og å være engstelig for å avsløre seg selv som sårbar er også beskrevet som motiver til å misbruke rusmidler (Wiklund, Lindström og Lindholm 2006).

Rusmiddelmissbrukeren endrer gjerne oppfatningen av seg selv, han ser etter hvert på seg selv gjennom øynene til de som betrakter ham; som en avvikende person (Gray 2005).

Rusmiddelmissbruket kan fortsette som et middel til å lindre et forstyrret selvilde (Brown 2006). Imidlertid fører rusmiddelmissbruket kun til videre lidelse; kontrolltap, følelse av mislykkethet, skyld og skam (ibid). Rusmiddelmissbrukeren kan få en manglende kontakt med seg selv som person som kan minne om trekk ved schizoid personlighetsforstyrrelse (Fekjær 2004). Det er forøvrig godt dokumentert at psykiske lidelser og rusmiddelmissbruk svært ofte forekommer samtidig (Chen et al 1992; Dixon 1999; Mueser, Yarnold og Bellack 1992; Wynn 2007). Komorbiditet av rusmiddelmissbruk og psykisk lidelse refereres til som dobbeltdiagnose.

Når rusmiddelmissbrukeren er pasient, kan man tenke seg at han trer inn i pasientrollen på samme måte som han er vant til å tre inn i andre roller han har i samfunnet; som avviker. Å bli mistenkt er en del av mange rusmiddelmissbrukeres hverdag (Fekjær 2004). Når rusmiddelmissbrukeren møter helsepersonell tar han med seg erfaringer med å bli avvist og mistrodd (ibid). Han kan også ha erfaringer med tidligere brutte behandlingsrelasjoner. Rusmiddelmissbruk er en lidelse som er preget av tilbakefall. Imidlertid har helsetjenestene historisk sett hatt liten aksept for tilbakefall og ofte reagert med utskrivning fra behandling (ibid). Vi vet også helsetjenestene har hatt problemer med å gi rusmiddelmissbrukere tilstrekkelig og integrert behandling som inkluderer både rusmiddelmissbruket og eventuelle psykiske lidelser (Evjen, Kielland og Øiern 2012). Rusmiddelmissbrukere synes på mange måter å være fratatt sin verdighet, også i rollen som pasient (ibid). Det er derfor ikke uten videre å forvente at rusmiddelmissbrukeren har tillit til det helsefaglige hjelpeapparatet han møter når han er pasient; han er en sårbar pasient.

2.2 SPESIELT OM MØTER I HJEMMESYKEPLEIEPRAKSIS; ET MØTE I PASIENTENS HJEM

Omgivelsene for hjemmesykepleie er pasientens hjem. Hjemmet kan i utgangspunktet ikke sammenlignes med konteksten møter i sykepleiepraksis som regel skjer innenfor; institusjonen (Ellefsen 1986). Hjemmet representerer for de fleste mennesker privatliv og identitet, trygghet og et fast punkt i tilværelsen (Easthope 2004). I hjemmet er mennesker beskyttet fra stress og føler seg fri til å være seg selv. Hjemme bestemmer vi det meste selv; hjemmet beskytter oss mot eksterne trusler (ibid).

Når hjemmesykepleieren trer inn i pasientens hjem, krysser hun grensen mellom det private og offentlige i samfunnet (Ellefsen 1986; Öresland, Määttä, Norberg og Lützén 2011). Hun går inn på pasienten sitt personlige territorium i en sårbar fase i livet hans (Öresland et al 2011). Hjemmesykepleie blir dermed et komplekst felt hvor sykepleieren i stor grad må tilpasse seg pasientens private sfære i møtet (ibid). Selv om pasienten ofte har de samme helseproblemene sykepleiere stilles overfor i institusjonen, blir arenaen for samhandling ulik (Ellefsen 1986). Det oppleves sjelden greit å ta stor kontroll i andres hjem (Vabø 1998). Den hjemlige konteksten virker således styrkende på pasientens autonomi (ibid). Det betyr ikke at relasjonell makt ikke har spillerom i hjemmesykepleie. Pasienten kan føle seg invadert av hjemmesykepleieren og få behov for å beskytte sitt private område (Lillestø 1998). I møtet kan han være usikker på om han skal slippe sykepleieren til ”bak kulissene” eller ikke (Hegerstrøm 2002). Lillestø (1998) er opptatt av hvordan hjemmesykepleierens omsorgsutførelse kan krenke pasienten. Fordi det er sykepleieren som kontrollerer når besøket skal foregå og hvor lang tid det skal ta, får hjelpen et institusjonelt preg til tross for at rammene for hjelpen er det private hjemmet (ibid). Pasienten kan få behov for å beskytte og gjenvinne sitt personlige rom (ibid). Hjemmesykepleieren på sin side, kan tolke forsøkene pasienten gjør for å beskytte seg i møtet som mangel på samarbeid (ibid).

Öresland et al (2011) sier at begrepet ”gjest”, som det ofte refereres til når det gjelder hjemmesykepleiere som besøker pasienter hjemme, kan være et lite hensiktsmessig begrep. Begrepet tar ikke opp i seg maktforhold som utspiller seg mellom ”gjesten” og ”vertskapet” i møtet. For å være pasient er gjestfrihet ingen betingelse.

2.3 GENERELT OM MØTER I SYKEPLEIEPRAKSIS

2.3.1 Sykepleiere som møter pasienter, eller mennesker som møter mennesker?

I følge Pasientrettighetsloven (1999) er en pasient ”en person som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helsetjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle”. Å være pasient følges av rettigheter, spesielt rett til nødvendig helsehjelp (ibid). Pasientbegrepet er nyttig fordi alle har antakelser om hva begrepet innebærer. Men i følge sykepleieteoretikeren Travelbee (1971) er begrepet ”pasient” en stereotyp kategori som fører til at mennesker kan oppfattes med bestemte karakteristika; som sykdom eller som arbeidsoppgaver. Travelbee (1971) foreslår at sykepleiere anerkjenner

pasienter som mennesker; lidende mennesker. Lidelse er en del av å være menneske: "Suffering, like illness, is a common life experience encountered by every human being" (ibid:61). Lidelse kan være så mye:

An experience which varies in intensity, duration and depth. Basically, suffering is a feeling of displeasure which ranges from simple transitory mental, physical or spiritual discomfort to extreme anguish, and to those phases beyond anguish, namely, the malignant phase of despair "not caring," and the terminal phase of apathetic indifference (ibid:62).

Å bli møtt med fordømmelse eller å være utrygg er også lidelse. Det er når sykepleieren ikke ser mennesket bak pasienten, og ikke makter å opprette et menneske-til-menneske-forhold, at stereotypier blir rådende (ibid). Sykepleierens etiske fordring i møte med mennesker er å oppfatte mennesker som mennesker, og behandle mennesker som mennesker, for å kunne lindre lidelse.

En sykepleier er også et menneske. Et menneske som har gjennomgått en forandring på grunn av tilført kunnskap og praksiserfaringer (ibid). Mandatet til sykepleieren er å inngå i en profesjonell praksis som skal bidra til å styrke menneskers livssituasjon og livsvilkår i samfunnet (Christoffersen 2011). Det er ulike synspunkter på hva en profesjon er, og skal forstås som. Et av kjennetegnene som alltid kan føyes til andre kjennetegn på en profesjon, er imidlertid at profesjonen må ha en profesjonsetikk: "Uansett hva vi for øvrig mener at en profesjon er, blir forståelsen mangelfull hvis den ikke inneholder en referanse til målet om å stå i tjeneste for andre" (Ruyter 2011:115). Lovgivning setter rammer for sykepleierens profesjonelle håndverk. Men like viktig som lovverket er tolkningen av hva som er verdifullt og hva som er mindre verdifullt i sykepleiepraksis (Wyller 2011). Travelbee (1971) hevder at når sykepleieren møter et menneske er det noe i selve møtet som forplikter henne. Hun må møte pasienten som et reelt menneske med et reelt problem, ikke som en objektivert pasient. Det ligger en selvmotsigelse i at sykepleieren *ikke* må møte mennesker de skal hjelpe utelukkende som pasienter (Wyller 2011). Det er faktisk å møte pasienter som er jobben til sykepleieren (ibid). Men sykepleieren må møte den andre som medmenneske og pasient på en og samme gang (ibid). Det krever at sykepleieren bruker sin praktiske dømmekraft og sin etiske kunnskap. Travelbee (1999:45) sier at sykepleieren må bruke seg selv terapeutisk: "Det

er en kunst og en vitenskap, det krever disiplin så vel som selvinnsikt, fornuft så vel som empati, logikk så vel som medfølelse”.

2.3.2 Den praktiske dømmekraften

Det er grunn til å tenke seg at ”uprofesjonell dømmekraft”; en allmenn dømmekraft som er felles for alle mennesker uavhengig av profesjon, spiller en vesentlig rolle for pasienters erfaring av å anerkjennes som reelle mennesker (Wyller 2011:47). Moderne vitenskap støtter seg på en abstraherende, klassifiserende dømmekraft basert på rasjonell viten (Gadamer 2010). Det er imidlertid et skille mellom rasjonell viten og praktisk kunnskap (Skjervheim 2002). Rasjonell viten kan gi seg utslag i pragmatiske handlinger; formålstjenlige handlinger. Mens praktisk kunnskap inviterer til praktiske handlinger; handlinger som ledes av allmenngyldige perspektiver (ibid). Praktisk kunnskap om hva sykepleieren skal gjøre eller ikke gjøre, dukker ikke tilfeldig opp i en konkret situasjon. Det foreligger allerede en innsikt forut situasjonen som styrer sykepleierens handling og gir den retning (Gadamer 2010). Derfor er det en moralsk væremåte som kommer til uttrykk i praktisk handling. Praktisk kunnskap handler om en væremåte hvor det gjelder å se det allmenne i det gitte. Væremåten dannes gjennom en vekselvirkning mellom sykepleieren og fellesskapet der det ”høyeste gode” viser seg. Den praktiske kunnskapens dømmekraft er ”en fellesmenneskelig sans for det rette og det allmenne gode, og en sans som fremfor alt tilegnes gjennom livets fellesskap og bestemmes av livets innretninger og mål” (ibid:48). Praktisk dømmekraft er altså ikke bare en allmenn evne, men også en sans sykepleieren er utrustet med og som oppøves gjennom samhandling med mennesker. Praktisk dømmekraft er sykepleierens forståelse for, eller fornemmelse av hva et ordnet fellesskap krever, hva en god ordening er (ibid). Sykepleiere trenger fellesskapet som en rettleiding. Hennes rasjonalitet ikke vil lede henne noe sted når det gjelder spørsmål om et ordnet fellesskap. Fellesskapet lager en orden for sykepleieren: “En moralfilosofi som virkelig yter samfunnslivet rettferdighet” (ibid:51). Praktisk dømmekraft kan også ses på som en sosial dyd ved sykepleieren (ibid, Reuter 2011). Dyp solidaritet, omtanke og hensyn til fellesskapet som gir en annen retning enn kalkulerende, abstrakt tenkning. Sosiale dyder har hjertet som kilde fremfor hodet:

Den sunne fornuft, eller common sense, viser seg fremfor alt i dens dommer om rett og urett, om hva som lar seg gjøre og ikke gjøre. Den som har en sunn dømmekraft, er ikke generelt i stand til å bedømme det spesielle i lys av allmenne perspektiver, men

han vet hva det virkelig dreier seg om, det vil si at han ser tingene i det riktige, rette, sunne perspektivet (Gadamer 2010:58).

Christoffersen (2011:82) poengterer at det ikke er ”vanntette skott” mellom allmenne vurderinger og vurderinger med utgangspunkt i fagkunnskaper. Målet er ikke å holde allment og profesjonelt fra hverandre i dømmekraften, men å koble dem sammen på riktig måte. Fagkompetanse er en viktig del av dømmekraften til sykepleieren når hun må treffe en beslutning om hva som er riktig å gjøre. Det etikkfaglige er en del av sykepleierens fagkunnskap som skaper en kritisk distanse til praksis, slik at sykepleieren kan avdekke uforsvarlige sider i praksis og ha en rimelig trygghet for at det som blir gjort er rett (ibid).

I sykepleiepraksis finnes det ofte konvensjoner og rutiner som foreskriver bestemte måter å gjøre ting på; forholdene i praksis ligger til rette for en bestemt praksis (ibid). Man har ”funnet en måte” å gjøre det på. Sykepleiere tar etter kollegaer som gir eksempler til etterfølgelse. En sykepleier med en utviklet praktisk dømmekraft befinner seg på et postkonvensjonelt stadium (ibid). Hun vurderer selv hva som er rett og galt. For at sykepleiepraksis skal være en praksis som omfavner den praktiske dømmekraften, må sykepleierne med en sunn og god postkonvensjonell dømmekraft være sykepleierne som blir de gode eksemplene. Slike sykepleiere kan bidra til at den etisk sett forsvarlige praksisen nedfelles i rutinene, og at rutiner revurderes når det er behov for det (ibid).

2.3.3 Dømmekraft er en dyd

Når Gadamer (2010) og Reuter (2011) snakker om dømmekraft snakker de om dyder. Dydetikk har de senere år fått en renessanse i moraldebatten etter å ha ligget ”brakk” siden Aristoteles tid (Vetlesen 1998). Aristoteles’ etikk kan sammenfattes under begrepet ”den gyldne middelvei” eller ”dyden i midten”; dyden, det moralsk rette, er et midtpunkt mellom to lastefulle ytterligheter. Dyden mot ligger for eksempel midt mellom feighet og dumdristighet, og gavmildhet mellom ødselhet og gjerrighet (ibid). En dyd er en egenskap ved sykepleieren som gjør sykepleieren i stand til å utføre gode handlinger. En god handling er modig og springer ut fra fornuftig, måteholden praktisk dømmekraft (ibid). Dyder bidrar til at ”aktuelle etiske problemer blir tilstrekkelig belyst og konklusjoner holdbare” (Asheim 1997:9). Dyder slår en bro fra teori til praksis, fra kunnskap om etikk til moralsk handling (ibid). Asheim (1997) sammenstiller dyder og holdninger. Holdninger dannes av kunnskapservvelse gjennom en tenkeprosess som leder frem til erkjennelse. Men i praksis synes det å være behov

for mer enn opplysning/kognisjon. Det gjelder å få følelsene med, nå ned til det sjikt i personligheten som kan være behersket av fordommer og stereotypier. Holdninger integreres i personligheten og danner verdier som gir seg utslag i handling (ibid).

I sykepleie er det ikke bare den ytre handlingen som har betydning, men like mye måten handlingen utføres på (Nortvedt 1993). Betoningen av handlemåten forskyver vekten fra det håndverksmessig tekniske, hvor fremragende dette enn kan være, til det mellommenneskelige relasjonelle (Nortvedt 2008). Handlinger uttrykker bakenforliggende innstillinger og følelser. Det oppleves av den det handles mot (Nortvedt 1993). Hvis en fra før av er sårbar blir en ekstra var for andres reaksjoner. Rett handling forutsetter sykepleierens adekvate oppfattelse av situasjonen. Hva som må gjøres må fornemmes i nærkontakt med pasienten: ”Å kunne vite eller resonnerer seg frem i det aktuelle tilfellet til hva som vil være best for pasienten, ville ikke vært mulig uten den sensitive og følelsesmessige forståelsen i utgangspunktet” (ibid:136). Uten tilgang på den andres opplevde situasjon ville vi være fullstendig i villrede med hensyn til hvordan andres situasjon skal oppfattes og vurderes (Vetlesen 1998).

2.3.4 Sykepleieren og den andre

Levinas (1991) sier at ansvar for den andre er en relasjonell fordring som er et hvert menneske gitt. Sykepleieren blir truffet av den andres krav om hensyn og rettferdighet før hun overhodet har tiltalt ham. ”The neighbour assigns me before I designate him. I am bound to him before any liaison is contracted” (ibid:87). Den andres ansikt frembringer en appell sykepleieren ikke selv kan bestemme. Ansiktet er en metafor for sårbarhet, nakenhet, lidelse og smerte. Siden sykepleieren ikke kan velge om hun skal bry seg om den andre, blir den andres anklage sykepleierens byrde. Ansvar går forut sykepleierens frihet. Men ansvaret går bare i en retning; fra sykepleieren til den andre (ibid).

Løgstrup (2000) sier at et menneske ikke er en verden for seg som den andre står utenfor. I virkeligheten er vi hverandres verden og hverandres skjebne. Som mennesker er vi i våre liv og i vår verden så innvevd i hverandre ”at vi (...) er daglig brød i hverandres liv” (ibid:24). Innstillingen innebærer at hvert menneske har sin virksomhet sammen med andre mennesker. Vi har aldri med et annet menneske å gjøre uten at vi på et eller annet vis har noe av dets liv i vår hånd. Derfor skal vi ta i mot den andre. Mottakelsen av den andres liv er sykepleierens, og alle menneskers, etiske fordring (ibid). En etisk fordring hører enhver samtale til. Spørsmålet

blir hvordan sykepleieren tar i mot den andres liv slik at hun erfarer å leve med ham, og ikke mot ham (ibid).

Skjervheim (2002) presenterer to ulike tilnærminger man kan ha til den andre part i en samtale, eller i et møte. En toleddet relasjon innebærer at sykepleieren forholder seg til den andre som et faktum. I en toleddet relasjon deltar sykepleieren ikke i det som er saken, men inntar en tilskuerposisjon til den andre. Men dersom sykepleieren og den andre forholder seg til et felles saksforhold, har man en treleddet relasjon. Da er sykepleieren en deltaker i den andres tema. ”På same måten er det om den andre kjem med ei vurdering, og eg kan bli engasjert og kome med anna vurdering. Vi har her ein treledda relasjon, mellom den andre, meg og sakstilhøvet som er slik at vi deler sakstilhøvet med kvarandre” (ibid:20).

Å være i en samtale er i fundamental forstand en selvutlevering hvor sykepleieren våger seg frempå i forventning om å bli imøtekommet (Løgstrup 2000). Samtalen handler ikke så mye om innholdet i hva som blir sagt mellom sykepleieren og den andre. Det er ikke hva som utleveres, men utleveringen i seg som står i sentrum:

Det er derimot slik at det i tiltalen som sådan – uansett innholdets betydning – blir slått an en bestemt tone, som den snakkende så å si går ut av seg selv og inn i, for dermed å eksistere i samtalens forhold til den andre. Dermed går fordringen – uuttalt – ut på at en selv blir mottatt ved at ens tone blir antatt (ibid:36).

Å slå an en tone i samtale med den andre, er å forlenge seg selv mot den andre personen. Å forlenge seg mot den andre er en form for utleverthet. Utlevertheten er selve nerven i kommunikasjonen; ”det er det etiske livs grunnfenomen” (ibid:39).

Relasjonen mellom sykepleieren og den andre er en asymmetrisk relasjon. Sett fra et systemperspektiv har sykepleieren definisjonsmakt med hensyn til hvordan situasjonen skal forstås og fortolkes. Makt handler om vår innstilthet til hverandre:

Gjennom vår holdning til hverandre er vi med på å gi hverandres verden dens form. Gjennom min holdning til den andre er jeg med på å bestemme hvilken vidde og farge hans verden får. Jeg er med på å gjøre den rommelig eller trang, lys eller mørk, mangfoldig eller kjedelig – og ikke minst er jeg med på å gjøre den truende eller trygg. Ikke gjennom teorier eller anskuelser, men ganske enkelt gjennom min holdning (ibid:39/40).

Utsagnet til Løgstrup (2000) handler om den relasjonelle maktens virkning. Den kan være god eller dårlig. Den relasjonelle makten handler ikke om den subtile tvangen man gjerne forbinder med makt. Når mennesker møter hverandre befinner de seg i en umiddelbar relasjon hvor en relasjonell makt eksisterer som et elementært fenomen. I samværet har sykepleieren til enhver tid makt over den andres stemning eller skjebne (ibid). Den relasjonelle makten kan være negativ på ulike måter. Den kan vise seg som hemningløshet og selvopptatthet (Løgstrup 1997). Med selvopptatte mennesker til stede kan samværsformer stivne, og samværet kan oppleves som tvunget. Stivnede samværsformer gir dermed ingen bevegelse i relasjonen. Den andre må få ”plads at røre sig” når makten råder (ibid:12).

I kjærligheten og sympatien oppstår det ikke behov for å danne seg et bilde av den andres karakter: ”Hans nærvær og mitt bilde er uforenelig. De utelukker hverandre. Og det er bildet som må vike” (Løgstrup 2000:34). En sykepleier er uselvvisk når hun ”er i sin fulle rett til å tenke på seg selv, [men] likevel ikke gjør det” (ibid:155). En uselvvisk sykepleier bruker sin dømmekraft til å dra nytte av makten hun har i relasjonen til å hjelpe den andre:

Å anerkjenne den kjensgjerning at våre innbyrdes forhold er maktforhold, uten å ville høre fordringen, er ensbetydende med å stille seg likegyldig til spørsmålet om hvorvidt makten over den andre skal brukes til hans beste eller til eget beste på hans bekostning (ibid:76).

OPPSUMMERING TEORETISK REFERANSERAMME

Når hjemmesykepleieren møter rusmiddelmissbrukeren er hun et menneske som møter et annet menneske. Rusmiddelmissbrukeren er et sårbart og lidende menneske vant til å bli mistrodd og avvist. I rusmiddelmissbrukerens hjem, er det neppe slik at sykepleieren er gjest og rusmiddelmissbrukeren er vertskap for besøket. Hjemmet til rusmiddelmissbrukeren er hans territorium og rom. Det er viktig for han at rommet hans ikke blir invadert. I møtet er det sykepleieren sin jobb å stå i tjeneste for det andre mennesket. Det er noe som forplikter sykepleieren i møte med alle mennesker. Hun er forpliktet til å gjøre møtet med det andre mennesket til et godt møte. Da må hun bruke sin praktiske dømmekraft, med hjertet som kilde framfor hodet, for å gjøre det menneskelige og ordnede fellesskapet til et ordnet felleskap for alle mennesker. Det er det som er det riktige, sunne perspektivet i møter mellom mennesker. Hun må være et eksempel til etterfølgelse for sine kollegaer. Når sykepleierens dømmekraft retter seg mot ”dyden i midten” kan hun fornemme og forstå hva som tjener det andre

mennesket best. Sykepleieren har rusmiddelmissbrukerens liv i sin hånd i møtet. Da må hun ta imot han, og dele sakstilhøve med han. Hun må delta i temaet hans, og våge seg frem på i forventning om å bli imøtekommet. Sykepleieren er uselvisk, og utøver god dømmekraft, når hun tar vare på det livet hun har i sin hånd; hun danner seg ikke et bilde av rusmiddelmissbrukerens karakter og hun bruker sin makt til en ”makt til å hjelpe”.

3. STUDIENS DESIGN OG METODE

3.1 FORSKNINGSDESIGN

Utforskende forskningsdesign egner seg i studier der kunnskapen på forskningsområdet er mangelfull. Forskeren må da gå åpent ut i forskningsfeltet og la mønstre og temaer komme naturlig til syne slik de åpenbarer seg uten substansielle føringer (Brink og Wood 1998). Introduksjonen til masteroppgavens tema viste at erfaringsaspektet i arbeid med rusmiddelmissbrukere har vært lite forsket på her til lands og spesielt innenfor konteksten til hjemmesykepleie. Vi kjenner svært lite til erfaringer hjemmesykepleiere har gjort seg i møte med rusmiddelmissbrukere i primærhelsetjenesten. Det trolig er en affektiv komponent i sykepleieres generelle erfaringer med samme pasientgruppe (se Kap 1.2). Identifisert mangelfull kunnskapsstatus på forskningsfokuset ble bærende for valg av design i studien min. Det var behov for å undersøke problemstillingen med en kvalitativ, utforskende design. Kvalitative design baserer seg på en ontologisk antagelse om at virkeligheten er flertydig, kontekststøttet og sosialt konstruert (Guba og Lincoln 2005). Hensikten med kvalitative design er å få rik kunnskap om hvordan andre forstår sin livsverden (ibid).

Utforskende design gir ikke breddeforståelse, men dybdeforståelse om et bestemt tema eller fenomen (Polit og Beck 2008). I studien min var det ønskelig å oppnå dybdeforståelse for hjemmesykepleieres erfaringer med å møte rusmiddelmissbrukere. Kunnskap om fenomenet søkte jeg ved hjelp av semistrukturerte dybdeintervju. Målet med et forskningsintervju er: “Å få frem betydningen av folks erfaringer og å avdekke deres opplevelse av verden” (Kvale og Brinkmann 2009:1). Min hensikt med å benytte en intervjudesign var å avdekke mangefasetterte forståelser, opplevelser, orienteringsmønstre og referanserammer (Staunæs og Søndergaard 2005) i hjemmesykepleieres erfaringer når de møter rusmiddelmissbrukere. Et forskningsintervju kan også være et fokusgruppeintervju (Kvale og Brinkmann 2009). I valget

mellom dybdeintervju og fokusgruppeintervju tok jeg stilling til om det kunne være erfaringsdimensjoner som ikke kom frem i et fokusgruppeintervju, gitt den sosiale kontrollen i en gruppe. I sykepleiepraksis er maktforhold fordelt i sosiale relasjoner (Buus 2008). Erfarne klinikere har definisjonsmakt i forhold til hvilken kunnskap som er den ”gyldige” kunnskapen i arbeidsfellesskapet (ibid). Sosiale maktstrukturer i fokusgruppa vurderte jeg potensielt kunne til bidra til å hindre den enkeltes formidling av personlig erfaringskunnskap. Spesielt med tanke på en eventuell affektiv reaksjon på rusmiddelmisbruk hos deltagere. Jeg valgte derfor å gjøre individuelle intervjuer.

3.2 STUDIENS VITENSKAPSTEORETISKE FORANKRING

Vitenskapen studerer ulike fenomener. Det er forskjell på å studere naturvitenskapelige ontologier og fenomener i den menneskelige verden. Derfor består vitenskapen også av epistemologisk mangfold. Et vanlig metodologisk skille i forskningen, kanskje et kunstig skille (Lund og Haugen 2006), er kvantitative og kvalitative metoder (ibid). Kvantitative metoder relateres til en antagelse om at data kan og skal korrespondere med den objektive virkeligheten (Hellevik 2002). Kvantitative metoder samler data ved målbare observasjoner ved hjelp av strukturerte måleinstrumenter. Resultatene skal i prinsippet kunne verifiseres eller falsifiseres gjennom kontroll. Målet er å bekrefte hypoteser gjennom deduktivt å vise at det som forsøkes begrunnet passer, bedre enn eventuelle alternativer, med belegget og det man ellers vet (ibid). En hypotese blir bekreftet når den er vanskelig å falsifisere (Lund og Haugen 2006). Kvantifiserbare størrelser analyseres ved hjelp av ulike former for statistikk. Tall og statistikk er imidlertid ikke selvforklarende, derfor inngår det fortolkning i kvantitativ analyse (Polit og Beck 2008). Pålitelige funn i kvantitative studier sikres ved reliabilitet, validitet og generaliserbarhet (Hellevik 2002).

Kvalitative metoder representerer en motsats til kvantitative metoder. Kvalitativ metodologi produserer kunnskap om menneskelig erfaring, enten beskrivende (fenomenologi) eller fortolkende (hermeneutikk), eller begge deler (Guba og Lincoln 2005, Polit og Beck 2008). Kvalitative metoder kan utforske sammensatte problemstillinger, som i teorien kan ha et mangfold av potensielle svar. Man er ute etter å gi et gagnlig svar på en problemstilling, men er også åpen for at datamaterialet kan fortolkes på en annen måte (ibid). Målet med kvalitative studier er å utforske meningsinnholdet i sosiale fenomener, slik det oppleves for de involverte selv (ibid). I datasamling, som oftest foregår ved intervju eller observasjon, og i

fortolkningsprosessen, er forskeren selv instrument (Kvale og Brinkmann 2009). Forskerens kommunikasjonsferdigheter, væremåte og reflekursive evner er derfor av stor betydning for kvaliteten på datasamling og analyse (Polit og Beck 2008). Kvalitative funns pålitelighet er relatert til troverdighet og ”gjennomsiktighet” i forskningsprosessen. Funnene kan ha overførbarhetsverdi til like kontekster (Guba og Lincoln 2005). Kvalitative undersøkelser er ofte induktive, det vil si at teori utvikles fra datamaterialet (Tjora 2010).

Metodebruken i min studie måtte tilpasses formålet; hva jeg ønsket å få vite noe om (Kvale og Brinkmann 2009). Feltet jeg studerte var hjemmesykepleieres erfaringer med å møte rusmiddelmissbrukere, og datamaterialet planla jeg å samle inn gjennom intervjuer med hjemmesykepleiere om deres praksiserfaringer. Data ville beskrive fenomenet; hjemmesykepleieres erfaringskunnskap knyttet til viktige hendelser fra praksis. Jeg var også opptatt av den vesentlige meningen i møtene, altså hva som står på spill og hva det kommer an på i slike møter i sykepleiepraksis. Epistemologisk krevde hensikten min en kvalitativ metode. Men innen kvalitativ metodologi må det også balanseres mellom rent deskriptive og fortolkende metoder. Det er utviklet kvalitative metoder som vektlegger slike perspektiver i ulik grad (for eksempel Giorgi 2009, Lindseth og Norberg 2004, Malterud 2003). Å skulle velge en av disse, eller andre metoder, innebar en vurdering av hvilken metode som egnet seg best for å besvare studiens forskningsspørsmål.

Jeg hadde behov for en metode som gjorde det mulig å fange opp og forstå erfaringer som uttryktes. Det var snakk om individuelle erfaringer gjort i pasientmøter i konteksten hjemmesykepleiere beveget seg, levde og handlet i. Studiens datainnsamling hadde altså en fenomenologisk livsverdensanskuelse som bakteppe; jeg søkte innpass til hjemmesykepleieres livsverden og en mulig måte å være i verden på. Søket etter ulike livsverdener fulgte Husserl (1970) sitt prinsipp om å gå til tingenes egne essenser; å oppfatte tingene gjennom bevisst intendert å rette seg mot dem slik at deres betydninger får oppmerksomhet og kan beskrives.

Beskrivelser av hjemmesykepleieres livsverden nådde jeg med dybdeintervjuer der hjemmesykepleiere fortalte om møter med rusmiddelmissbrukere de hadde vært i. Hjemmesykepleierne jeg intervjuet fortalte om egne og andres handlinger og vurderinger. De fortalte om det de hadde sett og hørt. Og de formidlet sine refleksjoner og tanker gjort før, i og etter møtene. I noen tilfeller beskrev hjemmesykepleierne sine erfaringer gjennom narrativer. I andre tilfeller svarte de mer generelt og konkret rundt sitt forhold til

rusmiddelmisbrukere. Undersøkelsens variabel (erfaringer) ble tilgjengelige i dybdeintervjuene. Variabelen utgjorde i sin endelige form tekstdata som jeg også måtte tolke, ikke kun beskrive. Studiens forskningsspørsmål er et spørsmål om hva som står på spill i møtene. Spørsmålet gjorde det nødvendig å fortolke hvilket meningsinnhold jeg kunne tillegge erfaringene som kom frem. Det var ikke et poeng for meg å velge ut de delene av intervjuene som hadde form av sammenhengende historier og bruke narrativ analyse på disse. Fortolkningen av tekstdataene var en inngående granskning av hva den essensielle meningen hele teksten, både narrativer og svar, uttrykte. Ikke bare mulige måter å være i verden på som ble beskrevet, men også den skjulte, dype meningen i det som ble snakket frem. Et intervju innehar mer data om mening i det som fortelles enn det som kan fanges opp i en tekst (Fagermoen 2003). Forskeren må derfor vurdere om språkets funksjon også kan berike forskningsspørsmålet, via en språklig analyse (ibid). En språklig analyse kunne utvilsomt utdypet min fortolkning av den underliggende meningen i erfaringene som kom frem i intervjuene. Tiden og ressursene jeg hadde til rådighet i arbeidet med masteroppgaven tillot likevel ikke å begi seg inn på en krevende språklig analyse. Imidlertid kan en innholdsanalyse også, om enn ikke på en like rik måte, avdekke underliggende mening i en intervjutekst (Polit og Beck 2008).

En fenomenologisk-hermeneutisk analysemetode åpner for at et tekstlig datamateriale kan forstås i en utvidet sammenheng (Lindseth og Norberg 2004). En fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming initierer både en forståelse av mennesket i verden, og for kritisk refleksjon og fortolkning av mellom annet kontekstuelle faktorer erfaringer beveger seg innenfor (ibid). En slik tilnærming var aktuell i min tekstanalyse, gitt forskningsspørsmålets natur. Lindseth og Norberg (2004) har med utgangspunkt i den franske filosofen Paul Ricoeur utviklet en fenomenologisk-hermeneutisk analysemodell. Modellen benyttet jeg i dataanalysen av tekstmaterialet som forelå etter intervjuene. Jeg fant at modellen balanserte de deskriptive (husserlske) og de fortolkende (ricoeurske) sidene jeg ønsket å formidle. Ricoeurs filosofi fokuserer på hvordan vi tolker det vi møter (ibid). Å fortolke en tekst betyr, i følge Ricoeur, å bevege seg i en hermeneutisk ”spiral” mellom naiv lesning av tekstmaterialet, strukturanalyse, og en fortolket overgripende helhet. Tolkning, forklaring og forståelse er sammenflettet med hverandre i en dialektisk prosess; en bevegelse fra forståelse til forklaring, fra forklaring til ny forståelse (ibid). Analysen av tekstmaterialet mitt var en slik dialektisk

hermeneutisk prosess. Det var altså et filosofisk resonnement om fortolkning som var utgangspunkt for den metodologiske analyseprosessen av tekstmaterialet jeg innhentet.

3.3 DATASAMLING

3.3.1 Forskningsfelt

Jeg vurderte nøye hva slags tjenestested(er) som var hensiktsmessig å invitere inn som forskningsfelt til studien for å sikre bredde i datasettet. For å avdekke mangefasetterte forståelser, erfaringer, opplevelser, orienteringsmønstre og referanserammer omkring det studerte fenomenet bør et datasett ha bredde (Staunæs og Søndergaard 2005). Jeg antok at en kombinasjon av informanter med hyppig kontakt med rusmiddelmissbrukere og informanter med mindre hyppig kontakt med rusmiddelmissbrukere, altså informanter med variert erfaringsgrunnlag, sikret slik bredde. Derfor var datavariasjon utgangspunktet mitt når jeg søkte etter forskningsfelt til studien. Urbane populasjoner kjennetegnes ved kulturelt mangfold og høyt nivå av sosiale problemer (Bourdieu 1984). Det var likevel ukjent for meg om hjemmesykepleiere som yter omsorg for urbane populasjoner har mer og andre typer erfaringer med rusmiddelmissbrukere enn hjemmesykepleiere som yter omsorg for mer ruralt befolkede populasjoner. Søket foregikk derfor ved at jeg ringte til seksjonsledere/enhetsledere i flere hjemmesykepleiedistrikt i ulikt befolkede kommuner. Telefonsamtalene hadde til hensikt: (1) Å bekrefte eller avkrefte at det ble ytt omsorg til rusmiddelmissbrukere av sykepleiere på tjenestestedet. (2) Å få en kort innføring i organiseringsformen på hvert enkelt sted. Og (3) Å teste hvordan en invitasjon til å delta i studien ble mottatt.

Av telefonrunden fremkom det at omsorg for rusmiddelmissbrukere var alt fra fraværende til høyaktuelt i ulike hjemmesykepleiedistrikt, uavhengig av populasjonen. Deltagelse i studien ble i varierende grad varmt ønsket velkomment. En bykommune fanget min interesse spesielt. Kommunen hadde to hjemmesykepleieavdelinger organisert parallelt. I den ene avdelingen (A1) ble det ytt omsorg for relativt mange rusmiddelmissbrukere, mens i den andre avdelingen (A2) var rusmiddelproblematikk en heller marginal problematikk. Ulikhetene i pasientproblematikk i de to avdelingene hadde sin forklaring i at i det området som A1 betjente med hjemmesykepleietjenester var det flere hospitser og andre tilrettelagte kommunale og private botilbud som mellom annet ble bebodd av rusmiddelmissbrukere. I området var det også mange ordinære kommunale boliger. Området til A2 hadde færre slike bosteder. I tillegg hadde A1 og A2 vært organisert på forskjellige måter de siste årene, slik at

sykepleierne som arbeidet i kommunens hjemmesykepleie på datainnsamlingstidspunktet (november 2012) hadde møtt rusmiddelmissbrukere mer eller mindre hyppig, ettersom hvilken avdeling de hadde vært tilknyttet i de ulike organisasjonsfasene. Tilgang på informanter fra både A1 og A2 formodet jeg kunne møte ønsket om datavariasjon, og kommunen anslo jeg til godt egnet som forskningsfelt. Jeg rettet en formell søknad om tilgang til hjemmesykepleieavdelingene som forskningsfelt for studien til den aktuelle kommunens administrasjon (vedlegg 1). Søknaden ble innvilget.

3.3.2 Utvalg

Kvalitative studiers fokus er dybdekunnskap. Derfor kan kvalitative studiers utvalg bestå av få personer (Patton 2002). Utvalget utses formålstjenlig (purposefull); forskeren vurderer hvilket utvalg som gir rike og nyanserte beskrivelser om forskningstema (ibid). Et relevant utvalg bidrar til at studien utforsker det den har satt seg fore å utforske (Kvale og Brinkmann 2009). I følge Staunæs og Søndergaard (2005) er det strategisk å søke variasjon i kjønn, etnisitet, alder, erfaringshorisont og lignende i kvalitative utvalg, for å få rike beskrivelser. Uensartete blikk på problemstillingen møter grunnlaget for analyse av mønster, brudd og bevegelser i erfaringer og orienteringsformer (ibid). Jeg ønsket å fange opp et bredt spekter av erfaringer sykepleiere som er ansatt i ordinær hjemmesykepleietjeneste har gjort seg i møter med rusmiddelmissbrukere. For å fange opp erfaringsspekteret jeg var ute etter, ble deltagelse i studien underlagt noen inklusjonskriterier. Kriteriene var: (1) Informanten var ansatt i ordinær kommunal hjemmesykepleie, ikke i spesialavdeling for psykiatrisk hjemmesykepleie. (2) Informanten hadde jobbet som hjemmesykepleier i minst ett år. (3) Informanten var ansatt i stilling som innebar stor grad av direkte pasientkontakt. Og (4) Informantene varierte i kjønn, alder, og om mulig etnisitet. Hensikten med kriteriene var å sikre relevante, varierte og rike data.

Det endelige utvalget besto av n=10 personer med grunnutdanning som sykepleier. Av hensyn til aidentifisering beskriver jeg utvalget kun med tekst, ikke i tabellformat:

*Informantene varierte i alder fra 31år til 52 år

*Fire av informantene var menn

*Utvalget hadde 8 etniske, norske informanter og to med annen etnisk bakgrunn

*Alle sykepleierne hadde vært ansatt i hjemmesykepleie i størsteparten sin yrkeskarriere som sykepleier, som varierte mellom 3 år og 22 år

Informantene tildelte jeg, med hensyn til aidentifisering, fiktive navn som presenteres her. Alle fikk kvinnenavn til tross for at utvalget besto av fire menn. Det var for å holde en skriftlig fremstillingsstil der jeg konsekvent refererer til ”sykepleier” som ”henne”. Seks informanter: Anne, Bente, Cecilie, Dagmar, Eva og Frida jobbet på intervjutidspunktet i avdeling A1. Anne, Bente og Cecilie hadde møtt rusmiddelmissbrukere hyppig hele perioden de hadde vært ansatt i hjemmesykepleie. Dagmar, Eva og Frida hadde vært ansatt i en mellomavdeling der de ikke møtte rusmiddelmissbrukere så hyppig i tiden mellom 2009 og 2011. Før 2009 og i 2012 hadde de imidlertid også møtt rusmiddelmissbrukere relativt ofte. I avdeling A2 ble det rekruttert fire informanter: Gunn, Hanne, Inger og Janne. Hanne, Inger og Janne hadde ikke møtt rusmiddelmissbrukere hyppig på noe tidspunkt av sin ansettelse i kommunen. Gunn hadde møtt rusmiddelmissbrukere hyppig i perioden før 2009, siden sjelden. Legg merke til at relativt sett har informantene møtt rusmiddelmissbrukere hyppigere jo tidligere i alfabetet forbokstaven i ”navnet” deres starter på (A - J).

3.3.3 Rekruttering

Etter at den formelle søknaden om forskningsfelt ble innvilget tok jeg kontakt med avdelingslederene ved A1 og A2. De to avdelingslederene ble mine døråpnere til feltet. De var behjelpelige med rekruttering av sykepleiere som ønsket å delta i forskningsintervju. Avdelingslederene informerte om studien og distribuerte informasjonsskriv (vedlegg 2) på diverse møter i avdelingene. Slik ble de første sykepleierne rekruttert. Jeg traff flere sykepleiere som møtte studiens inklusjonskriterier når jeg var innom arbeidsstedet for å gjøre de første intervjuene. De rekrutterte jeg på egen hånd ved hjelp av muntlig informasjon om studien.

3.3.4 Gjennomføring av dybdeintervjuene

Intervjuene hadde som mål å fange opp erfaringer med å arbeide med rusmiddelmissbrukere i hjemmesykepleie. Før intervjuet startet, oppfordret jeg informantene om så åpent som mulig å fortelle om erfaringer de har gjort seg i og med slike møter. Semistrukturerte intervju anvendes når forskere vil være sikre på at bestemte temaer blir tatt opp i intervjuene, men hvor det er ønskelig at de som intervjues kan snakke fritt om temaer de får oppgitt (Kvale og Brinkmann 2009). I studien min ville jeg være forsiktig med å definere temaer på forhånd. Målet var å få fram informantenes spontane, åpne beskrivelser av og refleksjoner over å yte omsorg for rusmiddelmissbrukere. Ikke deres mer eller mindre overveide svar. Likevel

forberedte jeg en intervjuguide (vedlegg 3). Siden jeg var interessert i alle slags erfaringer informantene hadde gjort seg i møte med rusmiddelmissbrukere, utarbeidet jeg ikke guiden ved hjelp av teori eller tidligere forskning. Målet med intervjuguiden var ikke å begrense temaer for intervjuene. Hensikten var å hjelpe informanter som hadde vanskeligheter med å formidle erfaringene sine. Jeg antok at: (1) Erfaringene til informantene ville ligge i de oppgavene og vurderingene de gjorde i møtene. (2) Det ville ligge noen erfaringer i det informantene fant faglig og/eller menneskelig utfordrende eller utviklende i slike møter. Og (3) Informantene var kanskje spesielt opptatt av ett eller flere tema når de møtte rusmiddelmissbrukere i sykepleiepraksis. Guiden ble utformet med disse tre antagelsene lagt til grunn. Intervjuguiden brukte informantene og jeg som et felles redskap. Guiden ble printet ut i stor skrift og var tilgjengelig for oss begge. Guiden var et hjelpemiddel for noen informanter når det oppsto en pause, og det var vanskelig for dem uanstrengt å komme videre i formidlingen.

Min rolle under intervjuet var å oppmuntre til rik refleksjon over og videreutvikling av det som først ble sagt. Jeg ba om utdypninger og eksempler og spurte spørsmål i hensikt å oppklare at jeg hadde forstått det som ble sagt riktig. Jeg stilte også noen direkte spørsmål i forhold til det informanten fortalte, alltid i hensikt å få mer informasjon om fenomenet/erfaringen det ble snakket om. De fleste informantene hadde mye å formidle. Mitt inntrykk var at de fleste hadde tenkt ut hva de ville fortelle i forkant av intervjuet. Informantene var forberedt til intervjuet i den forstand at de hadde leste den skriftlige informasjonen om studien senest dagen innen intervjuet ble gjennomført. Intervjuene foregikk i et dertil egnet møtelokale på sykepleiernes arbeidssted. Intervjuene varte fra 30 til 60 minutter. Jeg intervjuet hver informant en gang. Intervjuene spilte jeg inn på digitale lydfiler.

3.4 MIN FORFORSTÅELSE

I studien var det utfordringer knyttet til min forforståelse på flere nivåer. Jeg er selv sykepleier. I min yrkesaktive karriere har jeg jobbet med rusomsorg både innenfor kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, uten at jeg kan si at jeg har lang og omfattende erfaring med rusomsorg. Som sykepleier er jeg spesielt interessert i samhandling mellom pasient og helsepersonell. Rusomsorg har gjennom de siste 5-6 årene vært et av mine interessefelt. Kanskje nettopp fordi erfaringen min er at samhandling er, eller kan være, utfordrende innenfor rusomsorg. Som tilfelle er når man har et interessefelt har jeg satt meg inn i noen rusteoretiske perspektiver og har fulgt litt med på rusforskningsfeltet. Spesielt det

feltet som retter seg mot helsetjenesteforskning. Jeg har dermed både noen kunnskaper, synspunkter, erfaringer og meninger om rushelsetjeneste. I yrkessammenheng har erfaringene mine i stor grad sammenfalt med funn i tidligere forskning (Kap 1.2): (1) Jeg har erfart at rusmiddelmissbruk ofte møtes med strenge moralske sanksjoner av helsepersonell. Og (2) Jeg har erfart at helsepersonell som møter rusmiddelmissbrukere ikke alltid har relevante kunnskaper som optimaliserer samhandling i møtene.

Jeg er sykepleieutdannet innen en tidsepoke som i stor grad fokuserte på evidensbasert kunnskap (midten av 2000-tallet). For nokså mange år siden studerte jeg sosialantropologi og sosiologi på universitetsnivå. På den tiden var strukturfunksjonalismen en sterk tradisjon i humanvitenskapene (begynnelsen av 1990-tallet). Tradisjonene min samlede utdanning bygger på gjør at jeg har en tendens til å teoretisere og strukturere det jeg møter. I arbeidet med studien måtte jeg være påpasselig på at jeg ikke gjorde studien til et forum for å belyse mine egne erfaringer og mitt teoretiske byggverk nærmere. Det innebar at jeg etter beste evne unnlot å trekke slutninger og bestemme meg for hvordan ting *er* i forkant av undersøkelsen. Jeg satt til side antagelsene jeg har om rushelsetjeneste fra før, for å åpne meg for det informantene beskrev.

Å sette til side antagelser kaller Lindseth og Norberg (2004) ”bracketing”. Det er ikke forforståelsen som settes i parentes, men antagelser av hva som er faktiske sannheter (ibid). Det var informantenes formidling av sin ”sannhet” som var viktige og interessante for meg å få tak i. I analysen forsøkte jeg ikke å la noen faser styres av min forforståelse og mine oppfatninger av rusomsorg. Jeg var opptatt av ikke å gå glipp av informantens ”verden” og forsøkte å ”tøyle” min forforståelse (”bridling”) (Dahlberg, Dahlberg og Nyström 2008). Men at en fortolker nærmer seg en tekst ut fra sin forforståelse er uunngåelig (Kvale og Brinkmann 2009). Forskerens forforståelse både stenger og åpner; gir tilgang til noen former for innsikt og utelukker fra andre (ibid).

3.5 DATAANALYSE

Tekstdataene analyserte jeg ved hjelp av den tidligere beskrevne fenomenologisk-hermeneutiske metoden for tekstfortolkning, utviklet fra Ricoeur av Lindseth og Norberg (2004). Analysen omfattet tre steg: (1) Naiv lesning. (2) Strukturanalyse. Og (3) Overgripende tolkning. Faseinndelingen er kun et analytisk verktøy (ibid). I virkeligheten glir fasene i hverandre i analyseprosessen.

3.5.1 Naiv lesning

Analysearbeidet mitt startet egentlig i selve intervjuene. I og i etterkant av hvert intervju gjorde jeg en intuitiv og ”naiv” analyse av hva det som ble sagt kunne handle om. Under transkriberingen, som jeg foretok i sin helhet selv, ble min intuitive analyse ytterligere forfulgt. Etter transkriberingen leste jeg så teksten nøye og repeterende. Jeg fikk etter hvert en naiv forståelse for teksten som helhet, og en følelse for studiens variabel (erfaringer). Siden jeg også hadde lyttet flere ganger på hvert intervju, hørte jeg stemmene til informantene når jeg leste teksten; artikulasjon, dialekt og rytmen i språket. I fortolkningen fikk jeg hjelp av stemmene. Det gjaldt også i den første lesningen. Det betyr ikke at jeg tilnærmet meg teksten med en språklig analyse. Analysen var en innholdsanalyse. Imidlertid var språkbruken til informantene i noen grad med på å understøtte min fortolkning av meningsinnholdet i det de fortalte. Språkbruken fremhevet ofte det informantene mente var viktig og mindre viktig. Den første naive forståelsen formulerte jeg tekstlig, slik som er anbefalt av Lindseth og Norberg (2004).

3.5.2 Strukturanalyse

I det andre steget i analyseprosessen, den strukturelle analysen, leste jeg all tekst igjen med fokus på å identifisere meningsbærende enheter. Hver meningsbærende enhet fanget en avgrenset meningskonstruksjon av det hver informant hadde sagt. Enhetene besto av en eller flere setninger og tekstavsnitt der meningen som kom frem uttrykte kun en mening. Siden gjennomførte jeg en systematisk og strukturert dekontekstualisering (Kvale og Brinkmann 2009) av hele teksten, hvilket konkret innebar at jeg flyttet alle meningsbærende enheter til et eget dokument for siden å kondensere dem. Kondenseringen innebar å belyse kjernen av innholdet i meningsenhetene. Så å si alle delene av teksten berørte studiens fenomen. Jeg inkluderte all tekst i dekontekstualiseringen.

Meningsinnholdet i hvert kondensat fikk så en eller flere koder knyttet til seg som kunne si noe om hvilken erfaring/hvilke erfaringer kondensatet uttrykte.

Etter kodeprosessen delte jeg kodene i ulike subtemaer. Prosessen besto i at jeg samlet koder som uttrykte samme eller lignende meningsinnhold i grupper/klusters. Etter at alle kodene var

Figur 1: Fra meningsbærende enhet til tema

Meningsbærende enhet	Kondensering av innholdet	Kode	Subtema	Tema
<p>Det største problemet er i forhold til å holde avtaler. Tidspunkt. Klokka. Være tilstede på rett tid, til rett sted. Nei alt det der, det synes jeg er veldig vanskelig. Å ha en avtale.</p> <p><i>Kunne du fortelle litt om hva det innebærer for deg?</i></p> <p>Det har jo veldig stor innvirkning, for du har jo flere på lista di. Som du skal til. Det påvirker jo hele arbeidsdagen. At du må bruke mye tid på det. Du må dra tilbake igjen, også får du kanskje en telefon om at nå er vedkommende kommet hjem og sitter å venter på medisin. Sant. Så det går utover andre brukere. Akkurat for meg personlig.. Jeg er jo på jobb, så jeg skal jo bruke dagen til det åkkesom. Men det blir jo stressende (Gunn)</p>	<p>Veldig vanskelig å ha avtale/ følge klokka; *Må bruke mye tid/blir stressende/dra tilbake/får telefon når de er kommet hjem *Flere på lista jeg skal til *Går utover andre brukere *Går ikke utover meg personlig</p>	<p>Merarbeid når avtaler ikke holdes</p> <p>Merarbeid hos noen som går utover andre</p>	<p>Man må ha en god porsjon tålmodighet</p>	<p>De ustabile pasientene</p>
<p>Behandlingsopplegget og alt rundt, er så fragmentert. Det er så mange ulike instanser og så lite som holder det sammen. Det er så lite sammenheng i det. Synes jeg. Tilbudene de har. Helsetjenestene deres. Så det er ikke så enkelt for oss heller å komme inn. Vi skal ofte gå inn å eventuelt gi metadon, eventuelt sårstell eller sånne ting. Andre ting skal vi liksom ikke vi bry oss med. Så selv om jeg ser at det er ulike ting som jeg ville gjort, så er det ikke så mye jeg får gjort (Anne)</p>	<p>Ikke så enkelt/ting jeg ville gjort/ting jeg ikke får gjort; *Fragmentert behandlingsopplegg *Ulike instanser *Lite sammenheng i det *Andre ting skal jeg ikke bry meg med</p>	<p>Å være fanget i fragmenterte tjenester som gjør at man ikke skal bry seg med alt</p>	<p>De fragmenterte tjenestene</p>	<p>En komplisert praksis</p>
<p>Jeg er opptatt av at jeg ser mennesket bak. Bak diagnosen. Og jeg opplever at jeg får fort kontakt med pasienter. Jeg spør de hvor gamle de er, hvor de kommer fra.. Bare sånne enkle spørsmål. Om de har jobbet. Hva de har jobbet med. Og, hva de skal den dagen. Altså bare sånn vanlig. Ikke rus og ikke sykdom. Ha sånne samtaler som man har med venner og kolleger. Slik at de føler seg menneskeliggjort. Man ser det jo spesielt godt på eldre. Med en gang man spør de om hva de gjorde før de ble pensjonister så blir de litt rakere i ryggen, og får verdi.. Mer enn en gamling. Og i dette tilfellet, de er mer enn bare en rusmisbruker. De har jo interesser. Man ser jo som regel der de bor hva de har holdt på med, eller om de har noen hobbyer. Hva de kan og er flinke til (Bente)</p>	<p>De er noe og kan noe; *Få kontakt med vanlige/hverdagslige samtaler *Se mennesket bak diagnosen *Føle seg menneskeliggjort/få verdi/rakere i ryggen/mer enn en rusmisbruker *Har interesser/hobbyer/er flinke til noe</p>	<p>Å få kontakt med</p> <p>Å tillegge mennesket verdi. Er noe og kan noe</p>	<p>Å skape en kontakt</p> <p>Å bry seg om</p>	<p>Å "se" mennesket</p>

samlet i grupper som var så distinkte og gjensidig utelukkende som mulig var det overkommelig for meg å formulere 13 subtemaer.

Neste steg i strukturanalysen var å fortolke subtemaene til et høyre abstraksjonsnivå i en prosess som ikke var ulik prosessen fra koder til subtemaer. Men denne gangen fra subtema til tema. Etter en nøye granskning utkrystalliserte det seg tre temaer. Granskningen var en kontinuerlig frem og tilbakegang mellom den naive forståelsen, de meningsbærende enhetene og subtemaene. Jeg formulerte et tema når et teoretisk meningsinnhold gjennomtrengte flere enn ett subtema. Ett tema anså jeg som overordnet de to andre temaene.

Kondenseringen, kodingen, samt formuleringen av subtemaer og temaer gjorde jeg så nært som mulig opp til intervjueteksten i tråd med fenomenologisk tilnærming (Lindseth og Norberg 2004). Det innebar at jeg beholdt ord, uttrykk og fraser informantene brukte, så langt som mulig. Mennesker har en tendens til å uttrykke seg poetisk (Ricoeur 1991). Ord, metaforer og uttrykk man benytter, viser den dype måten man tilhører virkeligheten. De brukte ordene skaper en teksts stemning (ibid). Jeg antok at bruk av uttrykkene informantene anvendte, holdt strukturanalysen så tett som mulig opp til intervjueteksten.

Temaene kom til ”induktivt” (Tjora 2010). I strukturanalysen arbeidet jeg meg ut av tekstmaterialet og ”oppover” med hensyn til å plassere hver kode i ”riktig” subtema og hvert subtema i ”riktig” tema.

Figur 1 presenterer et skjematisk eksempel på hvordan jeg arbeidet med den strukturelle analysen.

3.5.3 Overgripende tolkning

Når strukturanalysen lå klar i sin endelige form, gikk arbeidet inn i fase tre; å utarbeide en overgripende tolkning. Prosessen med å fortolke teksten som en overgripende helhet innebar at jeg igjen forsøkte å komme nær teksten og rekontekstualisere den (Kvale og Brinkmann 2009). Etter flere forsøk på å få strukturen til å henge sammen på en måte som var logisk og fikk frem hva det empiriske materialet handlet om, kom et hovedtema til slutt på plass. Hovedtemaet representerte min overordnede tolkning og forståelse av meningen av det studerte fenomen, som alle data var relatert til og alle intervjuene kunne sammenfattes under. Det var ikke mulig å belyse alle forhold, fenomener og sammenhenger som trådte frem i

strukturanalysen. Poenget var å presentere og reflektere over de mest betydningsfulle områdene i sykepleiepraksis som informantene brakte på bane. Den overgripende tolkningen etablerte et teoretisk blikk på materialet.

3.5 ETISKE OVERVEIELSER

Etiske overveielser i studien dreide seg om å ivareta informert samtykke, risiko og anonymitet (Ruyter 2003). Alle informantene fikk informasjon om studiens hensikt, gjennomføring og behandling av data. De fikk også informasjon om at det var frivillig å delta, og at å trekke deltagelsen sin var mulig når som helst, til og med etter at intervjuet var gjennomført. Jeg innhentet muntlig og skriftlig informert samtykke fra samtlige informanter innen intervjuene startet. Samtykkeerklæringene oppbevarer jeg i låsbart skap i min private bolig.

Informantene, rusmiddelmissbrukerne og samarbeidspartnerne (3. person) informantene fortalte om, samt stedsnavn, aidentifiserte jeg fra og med transkriberingsprosessen. Det var for øvrig ingen av informantene som snakket om 3. person på en måte som kunne avsløre 3. persons identitet. Informantene tildelte jeg fiktive navn som en del av prosessen med å aidentifisere dem. Lydfilene fra intervjuene slettet jeg 1. mars 2013. Det aidentifiserte tekstmaterialet oppbevarer jeg som utskrevet tekst og på ”minnepinne” sammen med samtykkeerklæringene.

Jeg meldte prosjektet til Personvernforbundet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) før jeg startet på datasamlingen. NSD godkjente datasamling uten vesentlige bemerkninger. Det innebærer at personvernet av alle involverte i studien er ivaretatt (vedlegg 4).

Jeg har ingen grunn til å tro at noen av deltagerne i studien løper noen risiko ved å ha deltatt i undersøkelsen.

4. RESULTATER

I resultatkapittelet presenterer jeg først den formulerte naive forståelsen av tekstmaterialet. Deretter legger jeg frem de tre temaene jeg identifiserte i strukturanalysen, med sine respektive subtemaer. Til sist i kapittelet kommer min overordnede tolkning av tekstmaterialet som helhet.

4.1 NAIV FORSTÅELSE

Den første naive lesningen tekstanalysen startet med, ga meg en forståelse for at hjemmesykepleierne erfarer møtene med rusmiddelmisbrukere som uforutsigbare.

4.1.1 Møtene er uforutsigbare

Rusmiddelmisbrukere ikke alltid er en enkel pasientgruppe å møte og hjelpe. Pasientgruppen har som regel omfattende behov for helsehjelp som overskrider rusmiddelmisbruket. Det være seg psykiske helseproblemer så vel som somatiske. Hverdagene til rusmiddelmisbrukere er svært opp og ned. Dermed er behovene deres også varierende fra dag til dag. Det er ikke mulig for hjemmesykepleierne å være helt forberedt på hva som vil utspille seg i møtene.

Rusmiddelmisbrukere er ulike mennesker med forskjellige behov og problemer. Men et fellestrekk er at de kan forandre sinnsstemning hyppig, og ofte har en spesiell type adferd. For eksempel kan de faktisk bli aggressive når de blir tilbudt den hjelpen de er tildelt og har behov for. Berusede og aggressive mennesker kan det være vanskelig å kommunisere med.

Hjemmesykepleierne kan bli usikre og noen ganger engstelige i møtene.

Hjemme hos rusmiddelmisbrukeren er det et ”mess”. Han bor i en rotete og dårlig utstyrt leilighet eller hybel der det treffes på flere rusmiddelmisbrukere i ulike tilstander inne eller i

oppgangen. Det er utfordrende å få kartlagt alle problemområder og få en god oversikt i møtene.

I møtet er det mange hensyn og vanskelige vurderinger å ta stilling til i løpet av kort tid, og som regel er hjemmesykepleierne alene på jobb.

Det er frustrerende for hjemmesykepleierne å stå i og se på behov som de verken har ansvar for eller får gjort noe med. Samarbeidet med andre tjenesteytere er lite utviklet, og er ikke til god nok hjelp for sykepleierne eller rusmiddelmissbrukeren. Samarbeidet er i stor grad knyttet til sykepleiernes rapportering eller varsling av det de observerer i møtene sine. Kontinuitet er vanskelig å få til, og krever mer ressurser enn de man har til rådighet.

Sykepleierne ønsker stort sett å få god kontakt og samhandle med rusmiddelmissbrukeren. Mangel på kontinuitet hemmer den gode kontakten. Egen innstilling til og oppfatning av rusmiddelbrukere generelt kan også være et hinder for den gode kontakten.

Hjemmesykepleierne mener det er nødvendig å tenke over, og å kjenne på hva det innebærer å være sykepleier som skal hjelpe en pasient. De har en forestilling av hva som er viktig i omsorgsarbeid og hva de forventer av seg selv. Det er viktig å "se" mennesket bak rusmiddelmissbrukeren. Å "se" mennesket kan være utfordrende når møtene er uforutsigbare.

4.2 STRUKTURANALYSENS TEMAER

Temaene som kom frem av strukturanalysen er basert på hjemmesykepleiernes erfaringer slik de ble formidlet under intervjuene, og på min strukturering av erfaringene. De tre temaene strukturanalysen resulterte i var: (1) De ustabile pasientene. (2) En komplisert praksis. Og (3) Å "se" mennesket.

4.2.1 De ustabile pasientene

Temaet handler om hvordan hjemmesykepleierne erfarer at rusmiddelbrukeren *er*, eller *kan være*, og hvordan omgivelsene hans fortøner seg for dem og påvirker arbeidet deres. De ustabile pasientene gir sykepleierne tanker om hvem som kan møte dem, hva de må være oppmerksomme på og hvordan de skal få oversikt i møtene. Slike tanker dannes i lys av erfaringer de har fra lignende møter, eller fra tidligere møter på samme adresse.

De ustabile pasientene har fem subtemaer:

1. ”Jeg er generelt ikke redd for mennesker”

Rusmiddelmissbrukere kan være ustabile i humør, sinnsstemning og fremferd. I tillegg til at bruk av rusmidler i seg selv ofte fører med seg en utagerende type adferd, møter hjemmesykepleierne mange rusmiddelmissbrukere som er psykisk syke eller ustabile. Når sykepleierne kommer i kontakt med rusmiddelmissbrukeren kan han være aggressiv:

Du kan jo stå i situasjoner hvor de kommer i affekt. Altså uten egentlig noe som man kan si skulle trigge det. Men på grunn av at de kanskje har en forverring av en psykose, kanskje økt rusmisbruk, så kan adferden endre seg veldig. Aggresjon kan du se, og du kan også se adferd hvor du føler at endringen i adferd kan virke truende da (Dagmar)

Dagsformen kan være så utrolig variabel (...) Så har jeg opplevd at de kan være veldig oppfarende. Plutselig kan ting komme ut fra det blå (Cecilie)

Aggressiv adferd kan påføre hjemmesykepleierne engstelse eller usikkerhet. Flere sykepleiere har opplevd trusler, provokasjoner og farer i møtene. Sykepleierne kan møte situasjoner som er ampre, spente eller nervøse. Det er ikke alltid situasjonen er dramatisk eller farlig, men ofte er det en nerve i situasjoner sykepleierne blir involvert i. Sykepleierne forholder seg til sin opplevelse av ubehag på ulike måter. Det er først og fremst de uerfarne sykepleierne som uttrykker direkte frykt. Janne opplever å utsette seg selv for risiko hvor hennes liv og helse står på spill i møtene. Hun har en forestilling om at særlig mannlige rusmiddelmissbrukere kan være farlige og voldelige. Hanne har også en forestilling om rusmiddelmissbrukere:

Når jeg får beskjed om å gå til en pasient som har rusproblemer, så blir jeg litt urolig på forhånd. Litt redd. Selv om jeg aldri har vært der, og ikke har hilst på han eller henne (...) Disse bildene jeg har i hodet.. Det jeg ser på tv, eller får høre om. Det er så mange skrekkehistorier

Hanne forteller videre at engstelse og usikkerhet gjør at hun kan ha et ønske om å slippe å møte rusmiddelmissbrukere:

Jeg gruet meg til å gå dit alene (...) Ja, tenkte nesten at det var bedre at han ikke var hjemme når jeg kom. Når han ikke var hjemme tenkte jeg; bra. Fordi da slapp jeg å møte ham. Det er ikke slik at jeg liker eller ikke liker, men jeg føler meg utrygg og stresset

Hanne erfarer at hun ikke er på høyde med situasjonen når hun møter rusmiddelmissbrukere, og føler et behov for å trekke seg unna. Det betyr ikke at hun misliker rusmiddelmissbrukere.

De erfarne hjemmesykepleierne gir ikke samme uttrykk for frykt og ubehag som de uerfarne. Når det er rimelig grunn til å føle seg utrygg eller usikker har de erfarne sykepleierne som regel en tanke om hvorfor rusmiddelmissbrukeren kommer med trusler eller er aggressiv. De uttrykker en forståelse for at han befinner seg i en vanskelig livssituasjon og har noen utfordringer i livet. Han kan være dårlig og ha abstinenser for eksempel. Det er ofte en rimelig forklaring på at han kommer med trusler. Bente sier at når rusmiddelmissbrukere er aggressive, er ikke aggressiviteten rettet mot henne:

Når de er ganske rusa og ganske aggressiv og sint; sint på verden.. Altså så skjønner jeg jo at det ikke er meg de er sint på

De erfarne hjemmesykepleierne har ofte tatt med seg noen erfaringer med å skaffe seg selv en slags sikkerhet fra de mer eller mindre kritiske situasjonene de tidligere har kommet opp i:

Når jeg kommer inn, at jeg vet at jeg har døren bak meg. At jeg alltid har en liten sikkerhet i settingen der. Slik at jeg ikke føler meg så ukomfortabel da, men har litt kontroll over situasjonen. Og kan gå ut av situasjonen hvis det blir nødvendig (Dagmar)

Enkelte situasjoner kan være risikable. Men det hjelper å ha gjort seg noen erfaringer. Frida forteller:

En gang ble jeg ble presset opp i et hjørne, med en mann som sto med en kniv. Men den gangen så var jeg ikke så redd. Jeg kjente den personen ganske godt, og jeg skjønnte at han egentlig ville teste meg ut. Og se om jeg ble redd. Jeg visste historien bak og at han kunne være redd selv. Jeg visste hva jeg skulle si til ham. Så jeg ble ikke så redd i den situasjonen fordi jeg kjente ham så godt. Men det er jo litt fra person til person hvordan man opplever det da

Frida har gjort seg erfaringer i møte med rusmiddelmissbrukeren, som gjør at hun ikke er redd selv om situasjonen kan fremstå som kritisk. Hun forteller videre:

Jeg har opplevd en del, men jeg kan ikke si at jeg går og er redd (...) Men jeg er veldig oppmerksom på hva som skjer rundt meg. De ser oss, og vet at vi går med metadon. Det ryktes ganske fort. Vi går ute i gata med det som de da vil ha tak i, så de kan jo bare komme å rane oss. Det har jeg aldri hørt har skjedd. Men jeg kjenner at det er litt ubehagelig når jeg går ute på kvelden alene

Mange av de erfarne hjemmesykepleierne legger samme innstilling som Frida for dagen. De går ikke rundt og er redde. De forstår at det er noe med rusmiddelmissbrukerens vanskelige liv som kan utløse truende og/eller aggressiv adferd. Men de kan kjenne på en ubehagelig følelse. Og de må være oppmerksomme:

Men ja, uredd. Jeg er generelt ikke redd for mennesker. Men så har det vært noen episoder her (...) Så jeg har skjønt at for mitt eget beste så må jeg følge prosedyrer da (...) Personlig så har ikke jeg behov for det føler jeg, men når det da kommer et vedtak på det så er jeg veldig sånn at jeg følger det (Bente)

Når de erfarne sykepleierne føler seg utrygge og usikre i møtet med rusmiddelmissbrukeren, er de svært ofte opptatt av ikke å vise frem følelsene sine. Når usikkerhet og redsel skinner gjennom, er de foruroliget av at rusmiddelmissbrukeren skal tro at de er fordomsfulle.

2. ”De kan være litt manipulerende”

Et ustabilt trekk ved rusmiddelmissbrukere er at de ikke bestandig er til å stole på. Rusmiddelet har overtaket og styrer rusmiddelbrukerens hverdag. Han kan ha en manipulerende type adferd i hensikt å skaffe til veie potensielle rusfremkallende legemidler. Han kan for eksempel påstå at han har kastet opp medikamentet hjemmesykepleieren har gitt ham, og be om en ny dose. Han kan også ønske å administrere legemiddelet hjemmesykepleieren leverer ut på en annen måte en foreskrevet. Flere hjemmesykepleiere har erfart at rusmiddelmissbrukere forsøker å teste personalet, og setter dem i pressede situasjoner:

De kan teste en faktisk. Hvis man kan si det sånn. I forhold til personalet. Ja, oss personale imellom. For å se om det er noen som gir mer, eller etterkommer mer enn andre (Dagmar)

Uerfarne sykepleiere utsettes vanligvis mer for manipulasjon og press enn erfarne.

Rusmiddelmissbrukeren vet hva han kan forvente av en hjemmesykepleier han har truffet

mange ganger, og ”prøver seg” helst på de som er nye. Det er få sykepleiere som lar seg provosere eller vippe av pinnen når de blir underlagt press:

Det er egentlig ikke et problem. For jeg er så vant til det. Det ligger sånn i bakhodet. Jeg blir ikke skuffa da, hvis jeg føler at de har snakket usant eller noen sånne ting. Det er det ikke noe vits i. Det er sånn, for sånn er det. Så det må man ta med (Anne)

Manipulasjon og press får sjelden særlige konsekvenser for hjemmesykepleierne, verken følelsesmessig eller praktisk. Slik adferd går ikke så mye ut over dem eller jobben deres på annen måte enn at de kanskje må bruke ekstra tid eller inngå i argumentasjon.

Bente sier at det ikke er alt som lett kan oppfattes som manipulasjon som virkelig er manipulasjon. Rusmiddelmissbrukeren kan også tillegges egenskaper det ikke er grunnlag for å tillegge ham:

Det er jo ofte en manipulerende brukergruppe. Det er det. Men ikke alltid. Og noen ganger så er det jo vanskelig da. For noen ganger så har de jo kastet opp, ikke sant

3. ”Man må ha en god porsjon tålmodighet”

Rusmiddelmissbrukerens ustabile livsførsel og prioriteringer fører til at det er problematisk å ha en avtale med ham. Avtaler er sentralt for hjemmesykepleierne. De skal møte pasienten hjemme parallelt med at han lever ut livet sitt som han pleier. Rusmiddelmissbrukerens prioritering i det daglige er ikke helsehjelp, men å anskaffe rusmidler. Ofte er han ikke å treffe hjemme. Da får hjemmesykepleierne merarbeid:

De er aldri hjemme og vi må jage dem rundt i hele byen (...) Vi ringer og ringer men får ikke svar. Vi gjør alt fra vår side (Hanne)

En pasient hjemmesykepleierne ikke får tak i er problematisk fordi tjenesten har et visst ansvar for å finne ut hva som kan ha skjedd pasienten:

Brukeren er innskrevet i systemet så det er ditt ansvar også. Hvis noe skjer, at du liksom ikke bare; ok, han var ikke hjemme.. Du må finne ut litt (Eva)

Er ikke rusmiddelmissbrukeren å få tak i, kan sykepleierne spekulere i om han har tatt overdose og ligger inne i leiligheten uten å være i stand til å åpne. Men sykepleierne har ikke mulighet til å sjekke status med en gang. De kan ikke uten videre bryte seg inn i leiligheten hans.

Dagmar har bedre erfaringer med å gjøre avtaler med rusmiddelmissbrukere enn mange av de andre sykepleierne:

Jeg avtaler at denne tiden har jeg nå. Den kan vi bruke. Det er din tid. Jeg gjør en avklaring i forkant. Veldig ofte ser jeg at det legger en sånn ramme for det

Dagmar antyder at måten man inngår en avtale på også har betydning i forhold til om rusmiddelmissbrukeren motiveres til å holde den. Anne sier at hun må være tålmodig og gi rusmiddelmissbrukeren flere sjanser:

Man gjør avtaler, også skjer det ikke likevel. Også ok; da gikk det ikke denne gangen, da prøver vi neste gang så kanskje det går bra. Så man må ha en god porsjon tålmodighet

4. ”Det ser ut som et rottereir”

Det er ikke bare rusmiddelmissbrukerens adferd som er ustabil. Boformen og -evnen hans er også ustabil. Rusmiddelmissbrukere bor som regel i hospitser eller i andre tilrettelagte kommunale eller private botilbud. ”De blir samla på ett punkt” sier Eva. Boformene har ugunstig effekt på, og forsterker rusmiddelmissbruket. Hjemmene har ofte mangler i forhold til hva som er forventet standard i et hjem. Å møte rusmiddelmissbrukere som bor på hospits kan være utfordrende. Gunn beskriver sin opplevelse av hospisset slik:

Himmel og hav, det er litt av en hverdag i hospitsene. For det er jo en del roping og kjefting og det er ganske høyrøsta stemning. Og det handler ofte om at de har abstinenser og er litt paranoide og mener at noen har stjålet fra dem. Jeg bare overhørte liksom når jeg gikk der i gangene; det og det er borte, og det er du og du.. Beskylder hverandre. Ja, og så kan det smelle i noen dører

Når hjemmesykepleierne møter rusmiddelmissbrukere på hospits kan de havne opp i dramatiske hendelser. Det er mye bråk på hospitsene. Det skjer ofte hendelser der som utløser politiutrykninger. Dramatiske hendelser kan være spesielt vanskelig å stå i når man er alene på jobb.

Rusmiddelmissbrukere som bor i egne hjem bor også ofte på adresser som har noen utfordringer knyttet til seg:

Det er som regel litt skittent der. Heisen går ikke og det er veldig dårlig. Eller det er som på en skrekfilm nesten. Også er det mørkt, og ingen navn på ringeklokkene. Det er så mye som gjør meg enda mer usikker (Hanne)

Rusmiddelmissbrukere er forskjellige med hvordan de har det rundt seg, men mange har hjemmeforhold som nesten gjør det uforsvarlig å gå inn. Det handler ofte om at det er svært rotete i hjemmet:

Enkelte plasser så ser det ut som et rottereir. Det er vanvittig hvor mye de kan rote
(Bente)

Rotet eller *kaoset*, går på at andre sider i liver går over styr for rusmiddelmissbrukeren. *Kaoset* avspeiler rusmiddelmissbrukernes ustabile liv. Kaotiske hjem innebærer en risiko i forhold til smitteoverføring for hjemmesykepleierne. Risikoen er lite kartlagt:

Jeg vet jo ikke hva han er smittet med. Om han er HIV - positiv. Og det er jo masse sprøyter og sprøytespisser overalt der. På gulvet. Så jeg må jo bare bane meg vei når jeg skal gå inn der til han (Anne)

Hjemmet til rusmiddelmissbrukeren er i det hele tatt sjelden tilstrekkelig tilrettelagt for oppgavene hjemmesykepleierne skal utføre. Tilrettelagte arbeidsforhold dreier seg om mulighetene hjemmesykepleierne har til å gjøre oppgavene sine etter en faglig forsvarlig standard:

Spesielt når jeg skal inn å gjøre praktiske oppgaver synes jeg det er vanskelig. Jeg tenker på de med sår. Det er vanskelig å hjelpe dem med det [sårstell] i hjemmet. Det er vanskelig å holde oversikt over utstyret og hvordan jeg skal gjøre det hygienisk (...) Jeg har jo opplevd at jeg har kommet til brukere og legger igjen utstyret, så kommer jeg tilbake og da finnes det ikke der lenger. Det er brukt opp eller det er skittent. Jeg føler at jeg ikke får gjort det ordentlig rent. Og det ikke er noe sted jeg kan legge fra meg ting eller sitte ned for å gjøre oppgaven (Frida)

På hospits eller på andre tilrettelagte bosteder, har sykepleierne mulighet til å gjøre oppgavene sine i egnet lokale:

Det sprøyterommet som de kaller det da, på hospisset, er rent og tilrettelagt. Med sprøytebokser og skikkelig utstyr. Stille og rolig er det også der. Det er kjempebra (Gunn)

Bor rusmiddelmissbrukeren i egen bolig har ikke hjemmesykepleierne samme mulighet. Da må de improvisere:

Det har vært flere ganger at jeg bare har måttet improvisere og prøve å legge til rette så godt som mulig for å ivareta forsvarlig sårstell (Dagmar)

5. ”Massivt å få oversikt”

Hverdagene til rusmiddelmissbrukere er så opp og ned. Derfor er det vanskelig for hjemmesykepleierne å få oversikt over problemene deres. Sykepleierne vet ikke hva som er behovet til rusmiddelmissbrukeren i det aktuelle møtet. Rusmiddelmissbrukere strever med så mye:

For det første så har de ikke bare den rusproblematikken. De har også ofte andre grunnleggende behov som trengs å dekket. De har jo mange andre problemer som følge av at de lever dårlige liv. De er dårlig ernært. Mange av dem har dårlig tannstatus som følge av medikamentmisbruk. Ofte er det sosial nød. De har ikke noen penger og de har dårlig med klær. Altså er det hele spekteret. Så man tenker: hvor skal man begynne? For å hjelpe dem, og sortere litt. Det er ganske massivt å få oversikt over alle behovene (Dagmar)

Manglende oversikt handler om vansker med å få kartlagt og møtt alle problemene. Men det handler også om mangel på informasjon:

I perioder så føler jeg at jeg må ”slåss” litt med søknadskontoret, for å få mer opplysninger. Og det er ikke sikkert de får innhentet så mye opplysninger heller. Det føler jeg kan være litt vanskelig. Særlig i starten når jeg ikke kjenner brukerne, og jeg bare skal gå inn der (Eva)

Hjemme hos rusmiddelmissbrukeren kan det oppholde seg mange mennesker. Ofte har han besøk av andre rusmiddelmissbrukere. Når det er andre til stede er det ekstra utfordrende å få oversikt:

Man skal ikke bare ta hånd om den man har fått i oppgave å møte og hjelpe, men ofte så blir man satt i en situasjon der man blir involvert i andre som er til stede også sin situasjon (...) Er det folk til stede så blir de avsporet og man får ikke den direkte dialogen og den oppfølgingen og muligheten til å spørre spørsmål og ja, få litt mer ut av møtet med bruker (Dagmar)

Det skjer ofte uforutsette hendelser hjemme hos rusmiddelmissbrukeren. Hendelser som kan forårsake at sykepleierne må ”hive” seg ut i andre oppgaver enn de initialt kom for å utføre. De kan for eksempel møte mennesker i overdose hjemme hos rusmiddelmissbrukeren. På vei til besøket engasjeres hjemmesykepleierne ofte i tanker om rusmiddelmissbrukerens ustabilitet. De tenker på hva som kan møte dem, hvordan situasjonen er der hjemme nå og om det er mange berusede mennesker der når de kommer dit.

4.2.2 En komplisert praksis

Temaet refererer til praksisen hjemmesykepleierne beveger seg innenfor når de møter rusmiddelmissbrukere. Det er noen betingelser som må være på plass i praksis. Det kan være erfaring og kompetanse, eller det kan være bestemte holdninger og væremåter hos hjemmesykepleierne eller annet helsepersonell. Kvaliteten på helsehjelpen som gis rusmiddelmissbrukere er også avhengig av organisering i avdelingene og andre rammevilkår. Det skal for eksempel samarbeides tverrfaglig med andre faggrupper.

En komplisert praksis har fem subtemaer:

1. "De vanskelige vurderingene"

Hjemmesykepleierne har oppgaver de skal gjøre i møtet med rusmiddelmissbrukeren. Det kan være en utfordring å ivareta de konkrete sykepleieoppgavene og samtidig ivareta rusmiddelmissbrukeren. Sykepleiernes vurderinger er svært ofte knyttet til aspekter ved medikamenthåndtering og rusvurderinger:

Det vanskelig å vurdere. Jeg føler at jeg ikke har nok erfaring med akkurat det. Å vurdere om jeg skal gi eller ikke metadon for eksempel. Hvor rusa de er i utgangspunktet (...) Jeg har jo opplevd at de bare ligger, og jeg nesten ikke får kontakt med dem. Og likevel skal jeg vurdere om de skal få metadon eller ikke. Og man står ganske alene når man er i et hjem (Frida)

Mange hjemmesykepleiere har samme erfaring som Frida. Vurderingene kan være svært kompliserte. Bente forteller at hun ikke har noen retningslinjer å forholde seg til når hun vurderer:

Det jeg savner, er direkte guidelines på når man skal gi og når man ikke skal gi medisin. For det er ikke noe gøy å stå i den situasjonen hvis de virkelig vil ha medisiner, å si; nei det får du ikke (...) Så igjen det der med å ha klare rammer og prosedyrer rundt sånne spørsmål, det savner jeg. At jeg på en måte har en oppskrift å følge. For da kan jeg også lene meg på det når jeg sier de avgjørelsene jeg tar til brukerne. At; det er ikke jeg som bestemmer. Det står skrevet. Eller, det er sånn vi gjør det

Bente setter fingeren på en annen vanskelig vurdering; hvordan informere rusmiddelmissbrukeren om at et medikament holdes tilbake uten å fremstå som vrangvillig?

Cecilie peker på andre utfordringer i en innfløkt rusvurdering hun var involvert i:

Han hadde snudd døgnnet på hodet sånn at han kunne fremstå litt sløv (...) Det var veldig vanskelig å avgjøre om han var veldig, veldig, veldig trett eller om han virkelig hadde tatt noe. Altså hvis jeg gir noe som vedkommende ikke tåler, kan han jo gå i koma

Cecilie gjør oppmerksom på at det er flere grunner enn rus som kan forårsake at en rusmiddelmissbruker fremstår som sløv. Dersom hun vurderer feil kan det få alvorlige konsekvenser som hun blir ansvarlig for. Cecilie søkte hjelp av behandler i denne vurderingen. ”De mente han ikke hadde tatt noe” fortalte hun. En vurdering har altså ikke noen innlysende svar. Det kan være ulike syn på hva som er fornuftig eller rett å gjøre.

Hjemmesykepleierne vurderer ulikt. En ureflektert vurdering av en sykepleier kan få konsekvenser for andre sykepleiere. Bente understreker at når kollegaer ikke følger instruksjonen i forhold til metadonutlevering, blir hun stemplet som ”den kjipe” av rusmiddelmissbrukeren når hun velger å følge instruksjonen:

Det er viktig at alle mine kollegaer gjør det samme, sånn at ikke jeg blir den kjipe eller den slemme. Man skal være grei, men det blir misforstått snillhet

Bente forteller at man skal være grei mot rusmiddelmissbrukeren, men på et annet nivå enn å vike fra instruksjonen. Flere av hjemmesykepleierne legger frem at det er viktig å ha en omforent holdning til hvordan vurderinger skal håndteres.

2. ”Learning by doing”

I sine møter med rusmiddelmissbrukere mangler hjemmesykepleierne noen kunnskaper.

Kunnskapsmangler kan gjøre møtene utfordrende:

Jeg synes at vi kunne fått litt tettere oppfølging når vi skal ha denne type [pasienter]. Jeg føler meg utrygg i forhold til vurderinger. Jeg synes ikke jeg får hjulpet de godt nok. Jeg kjenner ikke så godt til hvilken hjelp de kan få (Frida)

Det er liten tid og anledning til faglig oppdatering innenfor rammene hjemmesykepleierne jobber i. Både i hverdagen og i spesielle fora:

For på morgenen når du kommer på jobb så får du en arbeidsliste. Den er kanskje ganske fullstappa. Får jeg nye brukere har jeg ikke tid og mulighet til å sette meg inn i så mye (Eva)

Møter for faglig oppdatering tar jo tid fra den tiden vi skal bruke ute hos brukerne
(Frida)

Det er først og fremst å vite hvordan de kan imøtekomme rusmiddelmissbrukere best mulig
hjemmesykepleierne har behov for mer kunnskap om. Cecilie forteller om hvilke kunnskaper
hun tenker man må ha for å møte pasienter i affekt:

*Det finnes jo mange gode teknikker. Avledningsteknikker. Jeg tenker også at de vil jo
bare bli sett på som vanlige mennesker. Selvfølgelig vil de det. Og det er jo det som er
poenget også, de er jo som meg og deg*

Cecilie snakker om mer enn en type kunnskap. Først nevner hun gode teknikker. Så snakker
hun om kunnskaper om mennesket. Hun har med andre ord erfart at det er av betydning å ha
kunnskaper om mennesket for å møte affekt.

Å møte affekt eller annen utfordrende adferd på en god måte, knytter hjemmesykepleierne
ofte til å handle profesjonelt som helsepersonell:

*Da sitter jeg bare der og observerer og er til stede uten å si noe, og venter til
situasjonen roer seg selv. For det gjør den stort sett. Det er i hvert fall min erfaring (...) Hvis
man på en måte hiver seg med da, så kan man fort bli stående og rope til hverandre. Og da
føler man seg fullstendig uproff etterpå* (Bente)

Bente har en erfaringskunnskap som dreier seg om å være tålmodig og avventende når hun
møter affekt. Selv om kunnskapsmangler uttrykkes eksplisitt, er det helt tydelig at mange av
sykepleierne har rik erfaringskunnskap. Mange har møtt rusmiddelmissbrukere hyppig, og har
lært seg måter å håndtere ulike situasjoner som oppstår. Cecilie uttrykker grunnlaget for
erfaringskunnskapen sin helt tydelig når hun sier: ”*Det blir litt slik learning by doing*”. Hun
sier også:

*Man lærer underveis. Når man har lært seg å håndtere en situasjon, så har man en
byggekloss.. å bygge det på*

Hjemmesykepleierne har også en annen sentral kilde til kunnskap; de har hverandre. De
bruker aktivt kunnskapen som finnes i arbeidsfellesskapet:

*Jeg bruker mine kollegaer masse! Det de kan. Det er det jeg bruker. For å si det slik
da; når jeg møter situasjoner ute som er vanskelige så ringer jeg og spør: hva gjør jeg nå?
Da tenker vi høyt* (Cecilie)

Hjemmesykepleierne bruker hverandres erfaringskunnskaper og ressurser. Eva forteller om hvilken virkning sykepleiermøtene som ble arrangert tidligere hadde på henne:

Vi satt sammen og diskuterte og fant løsninger og delte opplevelser. Det var veldig nyttig. Å kunne prate sammen med kollegaer, om brukerne, det gjør noe med deg. Du kan lære. Få ideer som gjør deg tryggere

Mulighetene til å reflektere frem gode løsninger er en kunnskapskilde som gjør praksis i møte med rusmiddelmissbrukere god. Det er viktig å reflektere for å lære, men det er også viktig å reflektere for å komme på høyde med sine egne følelser etter vanskelige opplevelser:

Jeg har opplevd flere slike situasjoner hvor jeg måtte gjøre ting som jeg ikke er vant til. Da må du bare gå rett ut og utføre oppgavene dine på lista resten av dagen, uten at du egentlig får snakke med noen om det. Jeg har kommet inn på kontoret da, og da er det ingen som.. Jeg får liksom ikke diskutert det med noen (Frida)

Å ha noen å reflektere sammen med gir en type læring om hvordan møtene kan håndteres med tanke på belastninger. Sykepleiere som har vært involvert i alvorlige hendelser, tilbys krisehåndtering. Det kan være samtale med psykiatrisk helsepersonell. Anne forteller at hun heller foretrekker å reflektere med sine kolleger:

Når det har skjedd noen helt spesielle episoder, som har vært veldig tøffe for enkelte personale, har de kunnet fått oppfølging i ettertid. Hos psykiatrisk sykepleier eller sånne ting. Sønn som jeg ser det, så er det bedre å ta dette fortløpende. At man har satt av fora. At vi kan ta opp sånne ting. Med hverandre. I refleksjon. Refleksjon er jo absolutt den beste læringen

Det er tvilsomt at Annes intensjon med uttalelsen er å bagatellisere behovet for krisehåndtering. Det kan hende at det Anne formidler heller dreier seg om en skepsis til at grensene for det som det er nødvendig å reflektere over, og å lære av, forskyves til kun ”kritiske” situasjoner.

De komplekse situasjonene hjemmesykepleierne involveres i krever ofte at de må handle på intuisjon. Rusmiddelmissbrukeren har ofte ”kjørt seg fast i livet”. Som sykepleier er det ikke alltid tid eller anledning til å lete i et ”teoretisk arkiv” etter en forklaring på situasjonen som vil ”gi” løsningen. I møtene handler det ofte om å gjøre det beste i situasjonen og prøve å legge til rette for å utøve så god omsorg som mulig ut fra hvordan situasjonen fremstår og hjemmeforholdet er. Rusmiddelmissbrukere er pasienter som må bli møtt der de er og slik de

er. Hjemmesykepleierne kommer i kontakt med rusmiddelmissbrukere i ulike livssituasjoner. Noen er i psykisk uballanse. De kan være psykotiske eller paranoide, til og med suicidale. I situasjonene som oppstår må sykepleierne føle seg frem. De er som regel alene på jobb og skal gjøre flere vurderinger der og da. Kritiske situasjoner må hjemmesykepleierne møte sensitivt. Anne forteller om et møte med en rusmiddelmissbruker som er psykotisk og vil ta livet av seg:

Du må føle deg litt frem. Det blir en annen tilnærming. Det blir å få ham til å forholde seg rolig til han blir innlagt. Jeg klarer nesten ikke å erindre hva jeg snakker om med ham da. I hvert fall bruker jeg ikke ord som er provoserende. Jeg bare sitter der. Med ham. Forholder meg rolig (...) Jeg prøver jo å spørre da. Da prøver jeg å være konkret egentlig. Og direkte. Og spørre om hvordan han egentlig har tenkt det, om det er noe han har tenkt på lenge, og hvilken måte han eventuelt har tenkt å gjøre det på. Sånne ting. Prøver jeg da. Og tilby hjelp videre. Jeg pleier ofte å sitte der. Bruke tid. Prioritere tid

Anne må gi av seg selv og være direkte orientert mot situasjonen om hun skal forhindre at rusmiddelmissbrukeren skader seg selv. Slike møter krever ikke teoretiske forklaringer, men at Anne først og fremst viser forståelse for rusmiddelmissbrukerens situasjon og handler ut fra hva hun forstår er viktig der og da. Gunns fortelling illustrerer på en god måte at hun har sett hva en situasjon krever av henne:

En dag hadde jeg med meg en student (...) Og studenten bruker jo selvfølgelig litt lang tid på å trekke opp [injeksjon]. Ville gjøre det skikkelig. Og det tar jo tid. Da så jeg. Jeg så på brukeren det at dette er ikke helt heldig. Og der, schmukk, så bare snudde han ryggen til og beina av gårde og sprang ut. Så da stakk han av. Men jeg tror faktisk han ble redd. Eller usikker på hva som skjer nå, hvorfor bruker hun så lang tid.. Ja, det var noe som lå der. Det taklet han ikke (...) Jeg vil bare ha alt [utstyr] klart. Det tror jeg er bedre for ham også. At det går "fort og gæli"

Gunn bruker sin intuisjon. Hun har sett hva som er best for akkurat denne rusmiddelmissbrukeren i akkurat denne situasjonen.

3. "Det er ikke bare å gå og sette en sprøyte eller å stelle et sår"

Rusmiddelmissbrukere har komplekse helse- og livssituasjoner, og varierende behov for hjelp. Kompleksitet krever fleksibilitet i møtene. Hjemmesykepleierne er svært ofte selv fleksible,

men innenfor tjenesten er det ikke rom for å være så fleksibel som sykepleierne mener det er behov for. Dagmar uttrykker behovet for å være fleksibel svært treffende:

Ofte kan du komme til en bruker og skal for eksempel levere metadon. Andre medikamenter. Vedtaket tilsier det. Men du kan fort komme opp i en situasjon hvor du ser at pasienten har veldig angst, er tydelig redd eller hører stemmer. Da får du straks en annen utfordring. Andre ting å sette i gang tiltak i forhold til (...) Et vedtak som sier 10 minutter, kan fort bli en time eller to

Denne timen eller to har ikke hjemmesykepleierne til rådighet:

Vi har kanskje bare 10 minutters vedtakstid når vi er hos dem. Det kan være vanskelig når det er litt helhetlig. Mange har jo eventuelt sår. Så det er ting vi må få vedtak på ofte
(Anne)

Å få utvidet vedtaket er ikke alltid så enkelt, det heller:

Man må argumentere og argumentere. Slik at jeg føler det er en evig kamp for å få nok vedtak (Eva)

Eva sier også at hun har erfart at det ikke er fleksibelt nok å jobbe med rusmiddelmissbrukere på vedtak:

Et vedtak sier kun det du skal gjøre. Og det skal du utføre på en viss tid. Det er veldig vanskelig å bare se på vedtaket. Det er ikke bare å gå og sette en sprøyte eller å stelle et sår. Ofte så er det så mye annet rundt brukeren også. Det skjer noe. Jeg lurer på noe. Og det tar tid

Manglende fleksibilitet synes alltid å være knyttet til knapp tid og knappe ressurser. Å ha liten tid gjør jobben med rusmiddelmissbrukere krevende og stressende. Sykepleierne har behov for mer tid i møtene med rusmiddelmissbrukere enn de har i møte med mange andre pasienter de møter:

De forventer en annen type hjelp enn det vi kan tilby (...) Sånne type ting som ikke er vårt område egentlig. Veldig ofte forventer de mye mer tid enn det vi har. Det er vanskelig å finne en bra løsning for begge parter, synes jeg (Inger)

Hjemmesykepleierne forsøker å jobbe effektivt og prioritere viktige omsorgsoppgaver, også oppgaver som går utenfor vedtaket. Men tiden strekker ikke til. Stresset ødelegger for møtet med rusmiddelmissbrukeren. Sykepleierne må alltid ta hensyn til at det er andre pasienter som

venter på dem. Det er knyttet en form for frustrasjon til det hjemmesykepleierne ikke har tid til å gå inn i:

Det kan være vondt å bare gå fra brukeren og si; vet du at det kan jeg ikke hjelpe deg med. Jeg ser at han så inderlig trenger mer hjelp (...) Det er ikke noen god følelse (Eva)

4. ”De fragmenterte tjenestene”

Hjemmesykepleierne søker å forholde seg til verdier som de mener praksis må bestå av. De har ofte en ærekjær holdning til arbeidet sitt og utøver praksis i tråd med sine refleksjoner om hva som er god sykepleie. De er på en måte sin egen referanse for god praksisutførelse. Når praksisutførelsen ikke kan stå i forhold til sykepleiernes verdier blir de frustrerte eller føler seg hjelpeløse. Det er ikke alt rusmiddelmissbrukeren strever med som faller innunder hjemmesykepleierens ansvarsområde. Noen ting er det vanskelig å stå i og se på:

Andre ting skal vi liksom ikke bry oss med. Så selv om jeg ser at det er ulike ting som jeg ville gjort, så er det ikke så mye jeg får gjort (...) Det er klart at å se folk gå til grunne på en måte.. De får kanskje plass på avrusning, og er borte noen måneder (...) Så kommer de rett hjem og har ikke noe oppfølging. Da er det rett ut på gata igjen. Alt helt bortkasta. Så å si. Mange får de nedturene. Og det er noe du bare må stå i. Og se på (Anne)

Janne uttrykker en generell skepsis overfor rusmiddelmissbrukere. Hun tilkjenner likevel at rusmiddelmissbrukere har behov for samme helhetlige omsorg som andre pasienter:

Som sykepleier så må jeg kunne se hele mennesket. Se alle behov. Vanligvis med andre brukere så er det spørsmål. Vi må inn og snakke med dem. Sette oss ned. Men det gjør vi ikke med pasientene med rusmisbruk. Vi setter oss ikke ned. Vi hører ikke på dem (...) Det kan være at systemet er gjort sånn. At hjemmesykepleien ikke skal ta så stort ansvar for dem. Jeg tror de som er ansvarlige for tjenesten, de som lager systemet, har skjønt det. At man ikke kan blande seg opp i deres ting. Det er sånn jeg har opplevd det da. Vi gjør ikke ordentlig sykepleiejobb

Det er noe ved ”systemet” som hindrer Janne å gi rusmiddelmissbrukere helhetlig omsorg. Men flere av de erfarne sykepleierne strekker seg lengre enn Janne for å møte rusmiddelmissbrukeres komplekse behov. Det er dog noen hinder på veien. For det første er hjemmesykepleietjenesten fragmentert innenfra:

Ofte så har vi ikke mulighet til å få fulgt opp bruker. Kontinuiteten burde vært bedre. Det går for mange forskjellige til brukeren. Det gjør at man ikke får etablert tillit og ikke får

mulighet til å kartlegge alt. Og det gjør også at det kan bli vanskeligere å observere symptomer på endring (Dagmar)

Cecilie sier at hun føler seg på ”gyngende grunn” når møtene bare er ”i dann og wann”. Hjemmesykepleierne imøteser større kontinuitet i tjenestene, men sier det er vanskelig å få til. Indre diskontinuitet er ofte en følge av krevende planlegging og allokering av tilgjengelig personell:

Sykepleierne blir ofte prioritert til sykepleieoppgaver. Også er det forskjellige ting som skal gjøres til forskjellige dager, slik at ingen dag er lik. Sånn at den kabalen som skal gå opp er jo kjempevanskelig for de som sitter og lager lister (Bente)

Tjenestene er også fragmentert utenfra. Rusmiddelmissbrukeren mottar ikke kun tjenester fra hjemmesykepleien. Hjemmesykepleietjenesten inngår i et overgripende tjenestetilbud, og ”overlapper” andre faggrupper. Det overgripende tjenestetilbudet er også fragmentert:

Behandlingsopplegget og alt rundt, er så fragmentert. Det er så mange ulike instanser og så lite som holder det sammen. Det er så lite sammenheng i det. Synes jeg. Tilbudene de har. Helsetjenestene deres (Anne)

De erfarne hjemmesykepleierne gjør selv noen grep når de har mulighet for å forbedre både den indre og den ytre diskontinuiteten:

Selv om vi har bare vedtak på at vi skal gi medisin, så gjør jeg en helhetsvurdering (Anne)

Bente bytter ofte oppdrag med kollegaer for å få fulgt opp enkelte pasienter daglig. Her forklarer hun hvorfor hun gjør byttene:

Hvis jeg kunne gått til han unge jeg snakket om, nesten daglig, så kunne jeg jo blitt bedre kjent med ham. Og jeg kunne blitt bedre kjent med de andre tjenestene rundt ham. Kanskje involvert meg mer i opplegget han har. Det blir jo veldig hva du vil gjøre det til selv. Eller hvor mye tid du har ekstra til å ta de telefonene

5. ”Vi jobber så solo alle sammen”

Rusmiddelmissbrukerens komplekse livssituasjon krever et vidt hjelpetilbud som involverer flere faggrupper og aktører. Det tverrfaglige samarbeidet med det øvrige helse- og sosialfaglige hjelpeapparatet som er i kontakt med rusmiddelmissbrukerne hjemmesykepleierne møter, er lite utviklet. Instansene jobber i ulike retninger.

Samarbeidsproblemene rammer først og fremst rusmiddelmissbrukeren. Hjemmesykepleierne har som mål å heve livskvaliteten til rusmiddelmissbrukeren, slik at han kan få en mer ordnet tilværelse. Å møte den enkeltes behov kan være utfordrende når det tverrfaglige samarbeidet ikke er på plass:

Det er ofte oppfølging fra psykisk helse, sosionom eller andre. Fagpersoner. Og i det, midt i dette, står denne brukeren. Det som man savner da, som jeg i hvert fall opplever, er at man har for få fagmøter rundt brukeren. Vi jobber så solo alle sammen (...) Jeg savner disse tverrfaglige møtene for å løfte opp bruker og sette bruker i sentrum (Dagmar)

Samarbeidsproblemene får også konsekvenser for hjemmesykepleierne, og gjør jobben deres mer krevende enn hva nødvendig er:

Jeg føler at det er en stor mølge med instanser som jobber med bruker. Men hvem tar ansvar, og hvem har ansvar for hva? (...) Spesielt i helgene hvis det har vært noe. La oss si at jeg lurert på om brukeren skal få metadon fordi han ikke har vært hjemme på så og så lang tid, så føler jeg meg ofte alene. Hva skal jeg gjøre, og hvem kan svare? (Eva)

Når samarbeidet ikke fungerer optimalt peker også Anne på at den individuelle pasienttilnærmingen står på spill:

Det er jo ikke alle som har som mål å bli rusfri. Å prøve å hindre at de kjører seg helt ned er også viktig. Det er min erfaring da (...) Vi har jo masse tilleggsmissbruk, og det kan være helt akseptert. Legene vet også om det. Og det er jo jeg enig i, at man skal få fortsette på subutex eller metadon. Jeg føler at selv om de har tilleggsmissbruk så har de en bedre hverdag da. Selv om de har sprekker

Uttalelsen til Anne krever en utdypning. Anne gir uttrykk for at det er ulike forventninger og resultater av behandling med metadon eller buprenorfin. Rusmiddelmissbrukere har individuelle målsetninger med slik behandling. Hjemmesykepleierne forteller mye og detaljert om administrasjon av substitusjonsmedikamenter. Administreringen innebærer et samarbeid med rekvirerende behandler. Samarbeidet består for det meste i at hjemmesykepleierne varsler eventuelle "sprekker" og tilleggsmissbruk:

Selv om de går på metadon så er det noen som har sidemissbruk. Og de kan bli ganske dårlige. Men likevel, så forekommer det at de bruker rusmidler ved siden av. Og det innrømmer de ofte selv også. Dette har vi jo plikt på oss til å melde videre til behandler (Dagmar)

Anne har erfart at når det ikke samarbeides godt nok med behandler og ikke er kjent hva som er målet med den enkeltes behandling, kan varslerrollen føre til en urettmessig mistenksomhet overfor rusmiddelmissbrukerens tilleggsmissbruk.

Hjemmesykepleierne gjør arbeidsoppgavene sine ulikt, og vurderer det de møter ulikt:

Det er ikke bare å gi brukeren metadon i døren. Det har jeg hørt at noen har gjort. Også løper de av gårde. Men det skal faktisk observeres, og man har plikt på seg til å se om det blir endringer eller reaksjoner på inntak (Dagmar)

Instruksen for substitusjonsbehandling følges ikke alltid, eller følges ulikt. Da er varslerrollen avhengig av hvilken sykepleier som har observert hva, og hva den enkelte sykepleier varsler. Gunn sier at varslerrollen er forbundet med at rusmiddelmissbrukeren og sykepleieren settes i et "ord mot ord" forhold. Rusmiddelmissbrukeren kan være redd for å miste behandlingen og nekte for tilleggsmissbruk. Det er ikke så enkelt for sykepleierne å ta stilling til om de skal varsle eller ikke.

4.2.3 Å "se" mennesket

I dette temaet kommer hjemmesykepleiernes erfaringer med relasjonen til rusmiddelmissbrukeren til syne som en forutsetning for å gi god omsorg. Å "se" mennesket er en viktig verdi som mellom annet handler om å akseptere andres sårbarhet og ukrenkbarhet. Temaet ligger et abstraksjonsnivå over de to andre temaene som kommer frem av strukturanalysen: Hjemmesykepleierne har erfart at rusmiddelmissbrukere de møter er ustabile pasienter. De inngår i en komplisert praksis når de møter rusmiddelmissbrukere. Disse to forholdene fører i sin tur til at relasjonsarbeidet kan være ekstra utfordrende.

Å "se" mennesket har tre subtemaer:

1. "Å bry seg om"

Rusmiddelmissbruk er en tragedie som har rammet et menneske. Sykepleierens jobb er å være en støtte også for "kriserammede mennesker" og mennesker som ikke roper så høyt om hjelp. Hjemmesykepleierne har forventninger til seg selv i møtene. Å være et medmenneske er en viktig arbeidsoppgave på linje med de øvrige, praktiske oppgavene hjemmesykepleierne skal utføre:

For at vi skal gi omsorg så må vi bryr oss. Hvis ikke vi bryr oss, så er det ikke omsorg (...) Og jeg tror som pasient så oppfatter du det veldig fort, om vedkommende bryr seg eller ikke (...) At jeg bryr meg er en viktig bit i det å jobbe i det yrket her. Det er like essensielt som å gi medisiner (...) Å være i en situasjon der du må ha hjelp fra noen, er ikke noen god situasjon. I seg selv. Da vil det avhjelpe litt, hvis man opplever at de som hjelper bryr seg. Og vil en vel (Anne)

Mange hjemmesykepleiere, og spesielt de erfarne, evner å være orientert mot rusmiddelmissbrukerne de møter. Gjennom orienteringen sin viser disse sykepleierne et genuint omsorgselement. Det er avgjørende for sykepleierne å nå frem til mennesket, dersom omsorgen skal være god. Sykepleierne er oppmerksomme på at de møter mennesker når de møter rusmiddelmissbrukere, og hva som er viktig når man møter mennesker:

Jeg er opptatt av at jeg ser mennesket bak. Bak diagnosen (...) Slik at de føler seg menneskeligjort (...) Mer enn bare en rusmisbruker. De har jo interesser. Man ser jo som regel der de bor hva de har holdt på med, eller om de har noen hobbyer. Hva de kan og er flinke til (Bente)

Det gir mening å komme under.. Det blir liksom ikke bare et casus av en narkotikamisbruker da (Cecilie)

Rusmiddelmissbrukere er mennesker som er noe og kan noe. Å bryr seg om handler om ikke å krenke mennesket:

[Jeg er opptatt av] at de skal føle seg verdsatt. At du snakker til dem og ikke blir... Behandle dem med respekt da. Selv om de ofte kan prøve å lure deg og lyve litt (Frida)

Frida forteller at mennesker må møtes med respekt. Også de som lyver litt og lurer litt. Hun fremlegger at det ikke er noen betingelser for verdig behandling. De erfarne hjemmesykepleierne erfaringer med relasjonsarbeid i møte med rusmiddelmissbrukere handler gjerne om en erkjennelse av at livet er sårbart. Erkjennelsen bidrar til forståelsen av rusmiddelmissbrukeren. Noen av hjemmesykepleierne identifiserer seg med rusmiddelmissbrukere de møter i tjenesten på et visst nivå. ”De er jo som deg og meg” sier Cecilie. Å være i stand til å identifisere seg med pasienten anser mange av sykepleierne som essensielt i omsorgstjeneste. Omsorgstjeneste handler om å bryr seg; gi av seg selv, by på seg selv og å bruke seg selv for å styrke selvbildet til den andre.

2. ”Å skape en god kontakt”

Hjemmesykepleierne går som regel inn i møtet med mål om å få til et godt samarbeid og bli kjent med rusmiddelmissbrukeren. Alt blir lettere når man er har fått god kontakt, og kontakten må opprettes fra starten for at samarbeidet skal få gode vilkår. Det er vanskelig å skape den gode kontakten dersom man har kommet skjevt ut fra begynnelsen. Det er et sprik i beskrivelsene av å skape en god kontakt med rusmiddelmissbrukeren mellom de erfarne og de uerfarne sykepleierne. Spriket er knyttet til opplevelsen av usikkerhet eller utrygghet. Janne og Hanne er redde og usikre i møtene. De oppnår ikke god kontakt med rusmiddelmissbrukere. Ideelt sett mener imidlertid begge at det er viktig å ha god kontakt med alle pasienter.

De erfarne sykepleierne tar større initiativ til å skape en god kontakt:

Jeg går inn og snakker med dem og spør dem hvordan de har det. Prøver å finne litt ut. Noe annet enn akkurat bare å gi medisiner og gå ut igjen (...) Jeg tar meg litt tid og setter meg ned (Frida)

Dialog er viktig. Kommunikasjonen er nøkkelen til rusmiddelmissbrukerens ”rom”:

Man må opparbeide tillit. For det må jo ligge i bunnen her (...) Og det betyr jo alt i forhold til hvor fortrolige de er og hvor åpne de er og hva de kan fortelle om (Dagmar)

Det finnes imidlertid noen hinder når den gode kontakten skapes, også for de erfarne sykepleierne. Eva uttrykker initiativ, men legger frem tiden hun har til rådighet som en barriere:

Jeg lar brukeren komme med sine behov og ønsker. Jeg prater litt og skaper en kontakt. I starten. Det er viktig. Når jeg først har fått en relasjon og en tillit til brukeren så er alt mye lettere senere. Derfor er det viktig at man får litt mer tid. I hvert fall i starten

Bente sier at hyppigheten av møtene spiller inn på hvor god kontakt hun klarer å skape:

For å bli kjent så må man jo få gå dit et visst antall ganger. Det er noe med det

Når hjemmesykepleierne har bedre tid og treffer rusmiddelmissbrukeren hyppigere, blir kontakten mer personlig. Gunn fortalte om en rusmiddelmissbruker hun møtte ofte en periode. Hun hadde relativt god tid i møtet. Da opplevde Gunn at kontakten ble mer personlig. Hun fikk medfølelse med rusmiddelmissbrukeren når han fikk anledning til å snakke om livssituasjonen sin:

Han hadde en datter. Hun var vel en 10 år. Han fortalte om hvordan det var i forhold til henne og mammaen hennes (...) Den var veldig lei, situasjonen hans. Det er den jo selvfølgelig for alle. Men han fortalte så mye og det ble litt mer personlig. Bildet av den datteren på veggen og...

Den gode kontakten gjør sykepleierne i stand til å gjøre gode vurderinger. De kan tolke signalene han sender ut; hvordan han har det. Den gode kontakten er også avgjørende for ikke å mistolke rusmiddelmissbrukerens signaler eller ilegge han urettmessige egenskaper:

Hvis jeg vet at en er veldig bardus, så kan andre oppleve eller si at han var sint den dagen hvis de aldri har vært der før. Men, fordi jeg kjenner han, så vet jeg at det er sånn han er (...) Når de er rusa på heroin kan de virke helt fjerne. Altså, de stopper jo i en bevegelse. Så tror du gjerne de er helt borte vekk. Men så når du sier noe så plukker de faktisk opp tråden igjen (Bente)

Initiativet til å skape god kontakt må heller ikke overdrives. Grenser må respekteres. Det er ikke alle rusmiddelmissbrukere som har like stort behov for kontakt med hjemmesykepleierne i møtet. Det er nødvendig med en felles forståelse for hva som er ”det felles beste”:

Noen vil jo ikke ha så mye kontakt med deg heller. Uansett om jeg prøver å invitere til det så setter jo mange sine grenser. All respekt for det (Anne)

3. ”Å ballansere en relasjon”

Hver enkel rusmiddelmissbruker har sine behov som hjemmesykepleierne må møte gjennom å skape en god kontakt, eller en gjensidig forståelse for hvordan kontakten skal være. Samtidig er hjemmesykepleierne bundet opp av krav til tjenestens effektivitet. Av den grunn står de i mange sammenhenger i spenningsforhold i relasjonsarbeidet.

Det er ikke alltid slik at rusmiddelmissbrukeren ønsker hjelpen som hjemmesykepleierne tilbyr. Rusmiddelmissbrukeren kan være misfornøyd med hjelpen, ønske en annen type hjelp eller motsette seg hjelp. Hjemmesykepleierne kan bli avvist når de forsøker å skape god kontakt. Når hjemmesykepleierne møter den ”misfornøyde” rusmiddelmissbrukeren er de representanter for kommunens hjemmesykepleietjeneste. Da kan sykepleierne oppleve at tjenestens begrensninger og krav påvirker deres mulighet til å skape god kontakt. Hanne fortalte at hennes kontakt med en rusmiddelmissbruker var preget av at hun ikke kunne gå inn i det han var misfornøyd med:

Jeg kan dessverre ikke hjelpe deg med det du er misfornøyd med. Ikke i det hele tatt. Jeg kan gi beskjed til kommunen. Men jeg har ikke makt nok og ikke mulighet til å gjøre noe med akkurat det

Det oppsto en avstand mellom Hanne og rusmiddelmissbrukeren helt fra det første møtet.

Spenningsfeltet mellom nærhet og avstand trekker hjemmesykepleierne hyppig frem. Eva beskriver nærhet/avstandsproblematikk svært godt:

Får brukeren god tillit til deg er det selvfølgelig bra. Men samtidig kan det bli litt for mye også. Så du må ballansere det der. Med en gang du har kommet godt inn på brukeren, så får du nye oppgaver [merarbeid]. Du må være litt forsiktig med å involvere deg for mye. For å kunne overleve i jobben, så må du det. Og sånne ting krever masse erfaring. Det er en ballansegang

Tjenestene sine begrensninger gjør at Eva noen ganger må holde en avstand til rusmiddelmissbrukeren. Hun må ballansere mellom kravet til effektivitet og sin egen oppfatning av den relasjonelle fordringen i omsorgsarbeid.

Å ballansere en relasjon handler også om spenninger mellom rusmiddelmissbrukerens og sykepleierens oppfatninger:

Selv om deres livskvalitet med våre øyne ikke er så bra, så er besøkene med på å heve den opp på et bedre nivå. Til et mer akseptabelt nivå, slik at de kan fungere så godt de kan
(Anne)

De lever på en annen måte enn det en tenker at de skulle gjøre (Frida)

Anne og Fridas uttalelser viser at det ikke behøver å være samsvar mellom hva rusmiddelmissbrukeren oppfatter som god livskvalitet og hva sykepleiere oppfatter som god livskvalitet. Da står sykepleieren og rusmiddelmissbrukeren i et spenningsforhold i relasjonsarbeidet.

Rusmiddelmissbrukere kan være rådville, syke eller beruset og makter ikke alltid å ta avgjørelser med hensyn til sitt eget beste. I noen slike møter kommer det til syne en form for paternalisme. Sykepleierne tar styringen eller definerer ”hva som er best for rusmiddelmissbrukeren”:

Men det er jo alltid det der med å lære dem å kjenne for å vite hvilken innfallsvinkel man skal ha. For å få dem til å gjøre det som er til det beste for dem. Som jo blir å manipulere dem. Det er jo det vi holder på med (Bente)

4.3 OVERGRIPENDE TOLKNING

Strukturanalysens temaer gir først og fremst en beskrivelse av hvordan møter mellom hjemmesykepleiere og rusmiddelmissbrukere fortoner seg i konteksten til hjemmesykepleietjenesten jeg har undersøkt. Min strukturering av erfaringene til sykepleierne gir et blikk for hva som kan tenkes å stå på spill i hjemmesykepleieres møter med rusmiddelmissbrukere. I presentasjonen av den overgripende tolkningen skal jeg utdype blikket for hva som kan tenkes å stå på spill nærmere. Tolkningen min er kun basert på erfaringene til hjemmesykepleierne som deltok i studien. Figur 2 gir en oversikt over alle resultatene som fremkom i studien, og de teoretiske nivåforholdene dem i mellom.

4.3.1 Å gi den gode omsorgen

Det er noen utfordringer med å møte rusmiddelmissbrukere i hjemmesykepleiepraksis. Utfordringene er i stor grad knyttet til rusmiddelmissbrukeres ustabilitet og til en komplisert omsorgspraksis. Slik ustabilitet og kompleksitet påvirker i mange tilfeller mulighetene hjemmesykepleierne har til å ”se” mennesket og dermed lykkes i relasjonsarbeidet. Møtene kan bli uforutsigbare og vanskelige. Hjemmesykepleierne kan erfare at omsorgen ikke strekker til, hverken på individ- eller systemnivå; den gode omsorgen kan stå på spill.

Å gi god omsorg, til alle pasienter, er en målsetning med sykepleiepraksis i seg selv sier hjemmesykepleierne. Når hjemmesykepleierne ikke lykkes med omsorgsoppgavene sine handler det ikke alltid om riktige eller uriktige vurderinger eller handlinger, men svært ofte om forventninger til sykepleiepraksis som en selvsagt arena for god omsorg som ikke blir innfridd. Hjemmesykepleierne løfter fram ulike dilemmaer knyttet til verdier i de konstante valgene de må gjøre i møtene med rusmiddelmissbrukere. Samtidig styres vurderinger de gjør i møtene i stor grad av krav til handling som de opplever ligger i føringer og rammeverk. Det er noen spenningsfelt mellom relasjonsetiske vurderinger på den ene siden og systemorienterte handlinger på den andre siden. For å gi god omsorg i møte med rusmiddelmissbrukere må hjemmesykepleierne være beredt til å gå inn i møter der ”ordningen” er forstyrret, for å utfolde sin betydning som sykepleier der. Å gå inn i møtene innebærer ikke bare at

hjemmesykepleierne må være åpne for møtenes praktiske sider, men også åpen for rusmiddelmissbrukeren som menneske. På systemnivå veier de praktiske sidene tyngst. Men det er i relasjonen, på individnivå, det er mulig å komme på høyde med rusmiddelmissbrukerens situasjon slik at oppgaven med å gi god omsorg kan oppfylles. Relasjonen er viktig med hensyn til erkjennelsen av hva det innebærer å være sykepleier. Hjemmesykepleierne rykkes ut av sin orden, og får en følelse av ikke å være på plass i seg selv og praksis når de erfarer at relasjonen ikke får spillerom. Det er en god relasjon som gjør det mulig å møte rusmiddelmissbrukerens ustabilitet på en sensitiv måte og gjøre en kompleks praksis til en omsorgsfull praksis.

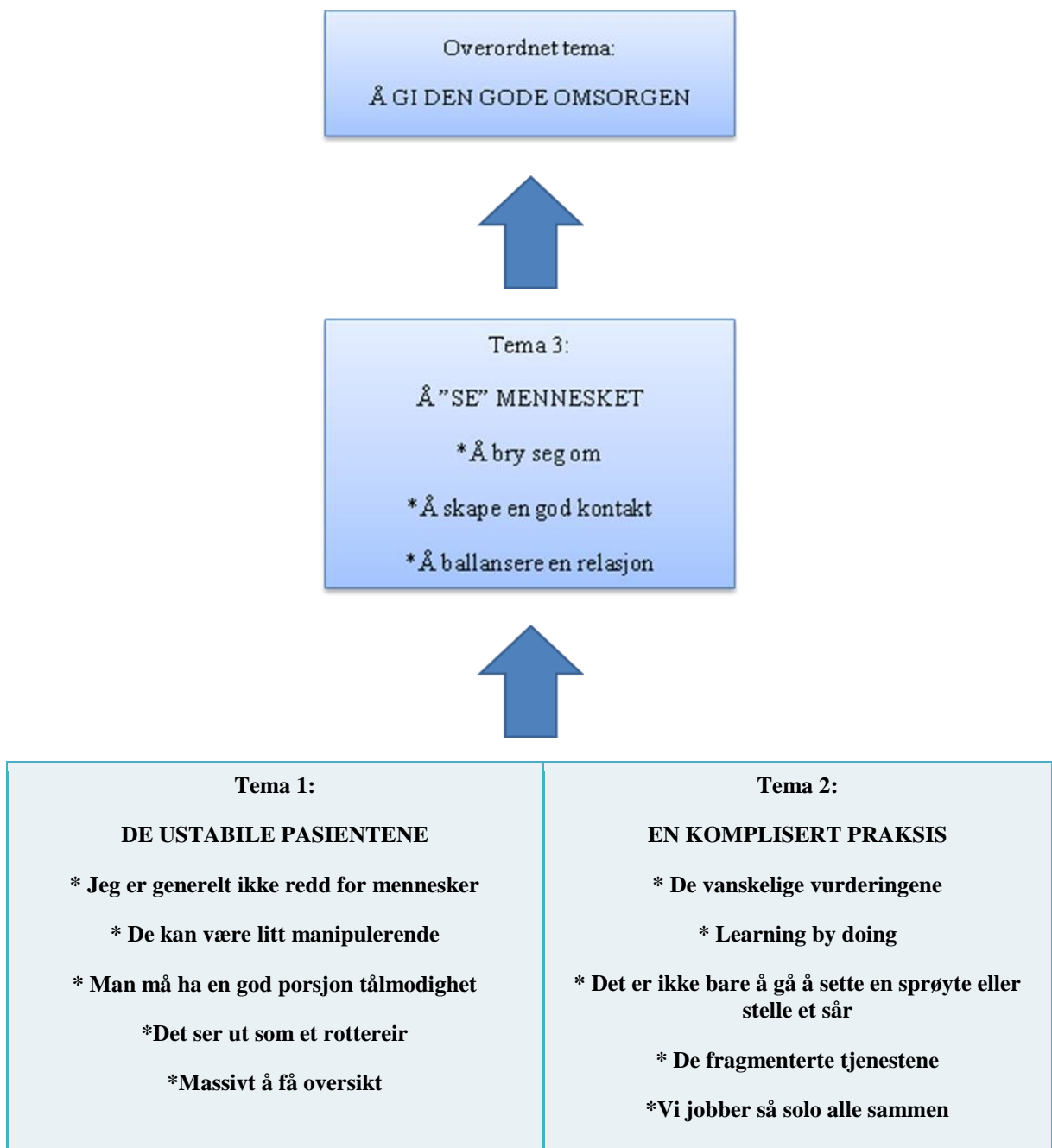
Hjemmesykepleierne kan sjelden planlegge hva de skal si og gjøre i møte med en rusmiddelmissbruker som er i en sårbar og kritisk situasjon. Men når den relasjonelle oppgaven svarer til forventningene til godt omsorgsarbeid oppleves møtene med rusmiddelmissbrukere som meningsfulle møter. Samtalene med rusmiddelmissbrukere blir ikke bare er tomt og uforpliktende snakk. Uten gjensidig dialog er ikke omsorgen god. Hjemmesykepleierne blir ukomfortable når dialogen mangler eller er av en slik karakter at den stenger av for rusmiddelmissbrukerens oppfatninger og uttrykk.

Det er viktig for mange av hjemmesykepleierne å komme bak eksisterende forestillinger i møte med rusmiddelmissbrukere. Når hjemmesykepleierne kommer bak forestillinger møter de utfordringen med å "se" mennesket og hva rusmiddelmissbrukerens uorden handler om. Å "se" er mer enn å se i ren empirisk forstand. Å "se" kan være å fornemme hva rusmiddelmissbrukeren uttrykker, og forstå hva uttrykket handler om. Å forstå uttrykket hans er å fortolke rusmiddelmissbrukerens situasjon. Når hjemmesykepleierne gjenkjenner rusmiddelmissbrukerens uttrykk, har de tatt en omvei om seg selv. De har erkjent at sårbarhet er noe som gjelder for de fleste mennesker i de fleste situasjoner. Noen ganger kan hjemmesykepleiernes fortolkninger være gode, mens andre ganger kan fortolkningene være mindre gode. Når fortolkningene ikke er gode, står relasjonen og den gode omsorgen på spill.

Å gi god omsorg til rusmiddelmissbrukere er å gå inn i engasjerende relasjoner også med mennesker som har falt utenfor fellesskapet, eller den gode ordning. Mange av hjemmesykepleierne prøver etter beste evne å virke i sin praksis for at fellesskapet skal være et felles ordnet rom for alle mennesker.

Erfaringene til hjemmesykepleierne som deltok i denne studien mener jeg gir grunnlag for å oppsummere hva som står på spill i hjemmesykepleieres møter med rusmiddelmissbrukere under begrepet: ”Å gi den gode omsorgen”. Begrepet refererer til et identifisert og uttalt ønske og mål blant hjemmesykepleierne som deltok i studien om å møte rusmiddelmissbrukeren med et godt omsorgsarbeid.

Figur 2: Teoretisk nivåforhold mellom resultatene



5. DISKUSJON

5.1 DISKUSJON AV RESULTATENE

Fundamentet for diskusjonene jeg presenterer i dette avsnittet, er begrepet ”Å gi den gode omsorgen” som kom frem av den overgripende tolkningen av resultatene. Å gi god omsorg i møte med rusmiddelmissbrukere kan handle om å ”komme på plass” i praksis, både på individ- og systemnivå. For å utføre godt omsorgsarbeid må en struktur eller en orden som gir den enkelte sykepleier mulighet til å ha verdisettet sitt med seg inn i omsorgen ha et spillerom i sykepleiepraksis. Samtidig kan situasjoner og inntrykk i møte med rusmiddelmissbrukeren være så utfordrende at den enkelte sykepleier kan ha individuelle og personlige vansker med å omsette verdiene sine i praksis i møte med rusmiddelmissbrukeren. Hjemmesykepleiernes handlinger er ofte på en eller annen måte knyttet til skjønnsmessige vurderinger. I diskusjonene som følger skal jeg gå nærmere inn på dette med skjønnsutøvelse, og hvordan skjønnsutøvelse er knyttet opp til ”å gi den gode omsorgen”.

Jeg presenterer fire områder til diskusjon som kan kaste lys over elementer ved ”rommet” som hjemmesykepleierne beveger seg innenfor i omsorgsarbeidet: (1) Møtets tema, (2) Å kategorisere mennesker, (3) Å se det allmenne i det gitte, og (4) Tillit og makt i hjelperelasjoner.

5.1.1 Møtets tema

Hjemmesykepleiernes oppgaver i møte med rusmiddelmissbrukeren inneholder ulike aspekter. Noen ganger må sykepleierne være direkte og bestemte. Andre ganger må de være medfølende og nær. Skjervheim (2002) sine betraktninger om treleddede relasjoner er betraktninger om å være deltager i hverandres tema i en samtale eller et møte, i motsetning til å være tilskuere til hverandre som objektiverte faktum. En treleddet relasjon er en relasjon

der to subjekter forholder seg til et felles saksforhold (ibid). Jeg forstår Skjervheim (2002) dit hen at en treleddet relasjon kan oppnås gjennom å fortolke hva et møte spør etter; å identifisere hva som er temaet i møtet. Møtet mellom hjemmesykepleierne og rusmiddelmissbrukeren er ikke et tilfeldig møte. Det er et saklig og faglig formidlet møte (Christoffersen 2011). Møtet er kommet i stand på grunn av et behov for helsetjenester som rusmiddelmissbrukeren har (ibid). Møtet er basert på et vedtak om hjemmesykepleietjenester fra kommunen. Møtet skal lede til tiltak/oppgaver (ibid). Hva kan temaet i møtet mellom hjemmesykepleierne og rusmiddelmissbrukeren tenkes å være, og hvilken betydning har temaet for den gode omsorgen?

Hjemmesykepleierne beskriver rusmiddelmissbrukeren som en ustabil pasient i en ansent livssituasjon. Han står på randen av fellesskapet i samfunnet. For mange rusmiddelmissbrukere er en orden som skal holde livet sammen oppløst, eller er i ferd med å oppløses. Oppløsningen kan bringe frem fysisk, psykisk og sosialt kaos, samt affektiv eller manipulerende adferd. Hjemmesykepleierne går inn på rusmiddelmissbrukeren sitt personlige territorium i møtet, og må tilpasse seg hans private sfære (Öresland et al 2011). Rusmiddelmissbrukerens sfære er kaotisk. Å tilpasse seg et kaotisk hjem kan være utfordrende. Ofte må sykepleierne improvisere for å tilpasse seg. Men hjemmesykepleierne erfarer at de ofte lykkes med å gi god omsorg, også innenfor det "uordnede" rommet. Spesielt de erfarne sykepleierne. Å lykkes synes å handle om å være på høyde med rusmiddelmissbrukerens situasjon, å møte uttrykket hans, og å være tålmodig for problemene hans som kommer til uttrykk i møtet. For eksempel må sykepleierne være tålmodige med det kaotiske hjemmet. Kaoset har sin forklaring i at han ikke makter å ivareta andre sider i livet sitt. Å lykkes med å gi god omsorg kan også dreie seg om ikke å opptre mistenksomt, eller tillegge rusmiddelmissbrukeren egenskaper det ikke er grunnlag for å tillegge ham.

Å bli mistenkt og bære en rolle som avviker i omgang med helsetjenestene, og i omgang med samfunnet ellers, er en del av mange rusmiddelmissbrukeres hverdag (Fekjær 2004). De erfarne hjemmesykepleierne har erfart at når rusmiddelmissbrukeren blir mistrodd og avvist er forutsetningene for en god relasjon neppe til stede. Uten en god relasjon er det noe som mangler i omsorgsarbeidet. For at omsorgen skal være god må hjemmesykepleierne være oppmerksomme på rusmiddelmissbrukeren; de må løse oppgavene sine sammen med ham. De må opptre på en anerkjennende måte og bry seg. Noen av hjemmesykepleierne fremhever at å styrke rusmiddelmissbrukerens selvbilde er et viktig tiltak i møtet. Disse sykepleiernes erfaring

er tankevekkende med hensyn til et funn i Gray (2005) sin studie; rusmiddelmissbrukeren ser etter hvert på seg selv gjennom øynene til de som betrakter ham. Oppgaven med å styrke rusmiddelmissbrukerens selvbylde kan da ligge i det anerkjennende uttrykket til sykepleierne i møtet.

Rusmiddelmissbrukere lever i ulike livssituasjoner, og det er selvsagt ingen pasienter eller situasjoner som er like. Det er likevel noe som er felles uansett hvilke situasjoner og pasienter hjemmesykepleierne møter. De må ”få god kontakt” med pasienten. Det gode samarbeidet er ikke der gitt av seg selv; det må skapes. Hjemmesykepleierne må slå an tonen i relasjonen. I tiltalen til sykepleierne, blir det slått an en bestemt tone som sykepleierne går inn i (Løgstrup 2000). Det første møtet kan dreie seg om å gjøre rusmiddelmissbrukeren trygg nok til at han kan samhandle med sykepleieren. Rusmiddelmissbrukere er sårbare pasienter (Wiklund et al 2006, Wiklund 2008b). Det er avgjørende for sykepleierne å uttrykke en tilstedeværelse og en forståelse for rusmiddelmissbrukerens sårbare situasjon slik at de når frem til ham, når de setter tonen i møtet. Å slå an en god tone ved sin tiltale gir hjemmesykepleierne mulighet til å være til stede som medmennesker (Løgstrup 2000). Men det er ikke alltid sykepleierne slår an tonen, og de kan også sette an feil tone. Dersom en god relasjon ikke etableres, øker sannsynligheten for at hjemmesykepleierne vil oppleve møtet som mer utfordrende og vanskelig. De ustabile sidene ved rusmiddelmissbrukeren blir til uoverkommelige ustabile trekk som hindrer ”den gode kontakten”. Hjemmesykepleierne slipper ikke til ”bak kulissene” (Hegerstrøm 2002) i rusmiddelmissbrukerens hjem og liv.

Når hjemmesykepleierne vurderer hvilken tone de skal sette, og hvordan tonen bør settes, kan det virke som om det er temaet i møtet (Skjervheim 2002) de forsøker å fortolke.

Hjemmesykepleierne fremhever at rusmiddelmissbrukeren har et tema som står på spill som ofte dreier seg om at han er sårbar. De må sette tonen med omtanke for det som er i ”uorden”. Når de slår an en tone som treffer rusmiddelmissbrukerens tema, åpner de opp for den gode relasjonen, og dermed for godt omsorgsarbeid. Skjervheim (2002) fremlegger det som et felles anliggende for de to subjektene som er involvert å identifisere temaet i møtet. Levinas (1991) fremhever at ansvaret kun går i en retning; fra sykepleieren til rusmiddelmissbrukeren. De erfarne sykepleierne synes å ha en innstilling som vitner om at ansvaret ligger i deres hender, spesielt når mennesket de møter er sårbart. De er ofte innstilte på å forstå og møte rusmiddelmissbrukerens tema, og fortolke det sårbare uttrykket hans. Anne fortalte om en rusmiddelmissbruker i psykisk uballanse som ville ta livet av seg. Anne kjente til

rusmiddelmissbrukerens historie og hadde møtt ham hyppig. Anne sa at hun måtte handle sensitivt i møtet. Hun forsøkte å hindre rusmiddelmissbrukeren i å skade seg. Anne uttrykte noe i møtet. Hun avviste ikke. Tvert i mot fornemmet hun at rusmiddelmissbrukeren uttrykte noe og våget seg frem på med hensyn til hva temaet hans var. I forsøket på å nå frem var hun orientert mot det hun forsto ble uttrykt der og da. Hun lyktes i oppgaven med å gi god omsorg ved å tilnærme seg situasjonen gjennom det hun forsto sto på spill for rusmiddelmissbrukeren. Det innebar at hun måtte veksle mellom å være konfronterende og nær. Hun forsto hva rusmiddelmissbrukeren uttrykte, og ut i fra hva hun forsto, satte hun an riktig tone i møtet. Hun gjorde seg fortolkninger for å slå an tonen som traff møtets tema.

Hjemmesykepleierne kan ikke vite med sikkerhet hva rusmiddelmissbrukerens tema er i et hvert møte, og hvilken tone som skal settes. Men det synes som at hjemmesykepleierne blir tryggere i sin erfaring med å treffe tonen jo mer erfarne de er. Det kan tyde på at erfaringen av å fortolke et tema bidrar til å treffe tonen. Travelbee (1971) sier at å gjøre seg stadig nye erfaringer i pasientrelasjoner styrker menneske-til menneske-forholdet som godt omsorgsarbeid er betinget av. Erfaringer kan medvirke til at sykepleiere endrer mening og får beviser på at tidligere antagelser ikke holdt mål (ibid). Når hjemmesykepleierne treffer tonen kan det være på bakgrunn av erfaringer de har gjort seg i tidligere møter. Å fornemme en sammenheng i det man gjør og hvordan man gjør det, handler om en fornemmelse i erfaringen (Løgstrup 2000). Hjemmesykepleierne kan kjenne på en ”ubehagelig” følelse i og etter møter med rusmiddelmissbrukere. Den ubehagelige følelsen synes ofte å handle om en uoverensstemmelse mellom den saklige og faglige håndteringen av oppgavene og tiltakene som møtet initialt kom i stand for (Christoffersen 2011), og ivaretagelsen av rusmiddelmissbrukeren som menneske. Det er en uoverensstemmelse i sykepleierne fordi de fornemmer at det er noe som mangler i utførelsen av omsorgsoppgaven. De har kanskje fornemmet at rusmiddelmissbrukerens tema ikke er møtt, men kun saken?

5.1.2 Å kategorisere mennesker

Det er ikke alltid så lett å se, fornemme eller fortolke rusmiddelmissbrukerens uttrykk og sette tonen som slår an temaet. Kanskje spesielt fordi rusmiddelmissbrukeren er ”annerledes”? ”Ethvert individ er unikt, men når vi står overfor et individ som er markert annerledes, kan forskjellene bli undervurdert, ignorert eller bagatellisert” (Travelbee 1999:190). Det er lett å stereotypifisere mennesker og trekke forhastede konklusjoner med hensyn til hva en sak

gjelder. Noen av de uerfarne sykepleierne har ideer og vyer; dominerende forestillinger om rusmiddelmissbrukeren. De kan kategorisere rusmiddelmissbrukeren de møter som farlig, ufin, skitten, narkoman osv. Forestillingene gjør det vanskelig, i noen tilfeller umulig, for dem å nå inn til ham. En stereotypi er et forenklet, klisjéaktig bilde man danner seg av et menneske eller en gruppe mennesker (ibid). Sykepleiere som kategoriserer eller klassifiserer, oppfatter ikke pasienten som et unikt menneske (ibid). Når hjemmesykepleierne forholder seg til rusmiddelmissbrukeren først og fremst som en kategori, ser det ut til at de utøver oppgavene sine mest i lys av lovverk og instruksjoner. De er ikke så opptatt av temaet i møtet, kun oppgavene eller saken. Rusmiddelmissbrukeren blir fratatt sin individualitet i slike møter (ibid). Men også de uerfarne sykepleierne ønsker imidlertid å yte den gode omsorgen. De er svært oppmerksomme på at kategoriseringer hindrer god omsorg. Så hvorfor er de kategoriske forestillingene så fremherskende hos de uerfarne sykepleierne?

Fekjær (2004) er opptatt av å formidle at de fleste mennesker har begrenset kunnskap om rusmidler og forhold knyttet til bruk av rusmidler. Kunnskapene folk flest har er tuftet på myter og forestillinger. Rusmiddelmissbruk er et fenomen som historisk sett har vært mest utbredt i lavere samfunnsklasser. Mennesker i lavere samfunnsklasser er et større "offer" for mytologiseringer i samfunnet enn mennesker i andre samfunnsklasser (ibid). Det er en gjengs oppfatning at rusmiddelmissbrukere er personer med tvilsom moral, og en byrde for samfunnet (ibid). Fekjær (2004) vil avmytologisere forhold omkring rusmiddelmissbruk, og legger vekt på at rusmiddelmissbrukere er vanlige mennesker. Mange illegale rusmidler kan rent teknisk sett være mindre farlige for kroppens organer enn det legale rusmidlet alkohol (ibid).

Imidlertid er det sterke markedskrefter som ønsker å opprettholde alkoholens legalitet. Vi kan ikke se bort fra at markedskrefter er med på å påvirke opinionens kunnskaper om, oppfatninger av og holdninger til brukere av illegale rusmidler for å styrke egen sak (ibid).

Olsen og Skretting (2006) slutter seg til Fekjær (2004) sin argumentasjon, og hevder også at media har en tendens til å fremstille rusmiddelmissbrukere på en sensasjonell og feilaktig måte. Formidlingen påvirker kunnskap folk flest får tilgang på, og for mange er media den eneste kilden de har til informasjon. Det kan tenkes av de uerfarne sykepleierne er påvirket av fremtredende myter, holdninger og (manglende) kunnskaper som eksisterer i samfunnet. "Det er ikke bare jeg som er redd, hele samfunnet er redd rusmisbrukere" sier Janne. Utsagnet hennes kan tyde på at det en samfunnsdiskurs som ligger til grunn for hennes oppfatning av rusmiddelmissbrukere.

Til forskjell fra de uerfarne sykepleierne, snakker mange av de erfarne sykepleierne om rusmiddelmissbrukere først og fremst som mennesker, ikke som kategorier. Det betyr ikke at de ikke har noen forestillinger om rusmiddelmissbrukere. Men forestillingene de erfarne sykepleierne legger for dagen synes ikke å være rettet mot rusmiddelmissbrukerens egenskaper. Gunn fremstår som erfarne sykepleier, til tross for at flesteparten av erfaringene hennes ligger noe tilbake i tid. Det kommer til syne noen forestillinger bak Gunn sitt utsagn når hun sier at omsorgen hun yter kan føre til at rusmiddelmissbrukeren "får et tilnærma normalt liv". Hvorfor sier ikke Gunn "et normalt liv"? Frida sier at rusmiddelmissbrukere lever på en annen måte enn den måten man tenker at mennesker skal leve på. Uttalelsen hennes er heller ikke fri for forestillinger. Likevel fremstår forestillingene til de erfarne hjemmesykepleierne som annerledes enn de uerfarnes. Forestillingene er ikke forestillinger som uttrykker sterk arroganse eller som fullstendig fratrar rusmiddelmissbrukeren integritet og verdi som menneske. De erfarne hjemmesykepleierne tar større initiativ til å slå an en tone som bringer dem på innsiden av et "rom" der omsorg kan utøves i sine møter med rusmiddelmissbrukere. De "dømmer" sjelden rusmiddelmissbrukerens egenskaper slik de uerfarne kan gjøre, men de vurderer dem. Stort sett dømmer vi andre mennesker ut fra adferd (Travelbee 1971). Det er ikke alle mennesker som har ressursene som trengs for å takle å bli oversett, avskydd eller "satt i bås" slik mange rusmiddelmissbrukere tilsynelatende opplever å bli (Fekjær 2004). Den vanligste måten å reagere når man blir oversett, er med sinne og aggresjon (Travelbee 1971).

Å mestre utfordrende, dramatiske, uforutsigbare, komplekse og sågar farlige situasjoner, synes å være en sentral side ved sykepleiernes praksis med hensyn til å være på høyde med rusmiddelmissbrukerens situasjon. Når hjemmesykepleierne ikke er på høyde med rusmiddelmissbrukeren i slike utfordrende situasjoner, kan avstanden bli påtakelig og møtene dramatiske. Situasjoner og inntrykk varierer fra møte til møte. De erfarne sykepleierne klarer likevel ofte å være på høyde med rusmiddelmissbrukeren i utfordrende situasjoner, slik at også mennesket i affekt blir sett og ivaretatt. De har erfaringer å spille på. De har erfart hva rusmiddelmissbrukerens uforutsigbare adferd kan dreie seg om. Affektiv adferd er svært ofte knyttet til nederlag rusmiddelmissbrukeren har lidd (Moffitt og Caspi 2001). I tillegg gir rusmiddelmissbruket han fysiske og psykiske utfordringer. Det er ikke å undres over at han reagerer med affekt. Han er et lidende menneske. De erfarne sykepleierne har sett, forstått

eller fornemmet hvordan nederlagsuttrykk kan møtes med å gi god, tilpasset omsorg der og da.

Når sykepleierne ser og møter rusmiddelmissbrukeren som et unikt og lidende menneske (Travelbee 1971), er de i bedre stand til å bedømme måten oppgavene skal utføres på og står i en bedre posisjon. Gjør sykepleierne derimot kategoriseringer og konkluderer kan de erfare at de er utenfor orden i sin egen praksis; en omsorgspraksis. Janne for eksempel, kategoriserer rusmiddelmissbrukere som ”farlige”. Innstillingen hennes gjør at hun holder en tilbørlig avstand til rusmiddelmissbrukeren i møtet. Men det er noe som ”skurrer” i Janne i avstanden; hun føler at hun bringes på utsiden av omsorgsarbeidet. Hun får ikke omsatt verdiene som hun mener sykepleiepraksis skal bestå av i møtet med rusmiddelmissbrukeren. Det synes som om det er ”bildet” av rusmiddelmissbrukeren som gjør omsorgspraksisen problematisk for Janne i møtet.

Å være oppmerksomme på at rusmiddelmissbrukeren er et unikt menneske (ibid), bringer derimot sykepleierne på innsiden av omsorgsarbeidet. Når sykepleierne kommer på innsiden, åpner mulighetene til å engasjere seg i rusmiddelmissbrukerens uorden seg. De får mulighet til å spørre hvordan han har det, får pratet, informert og lyttet. Å være tilstede for rusmiddelmissbrukeren har likevel ofte en grense. Å holde avstand kan være en måte å gjøre en krevende arbeidsdag levelig på. Avstand handler ikke alltid om kategorisering, men om begrensninger i hjemmesykepleiepraksis. Enkelte hjemmesykepleiere erfarer dog at avstand kan gi dem en opplevelse av maktesløshet. Den gode omsorgen lar seg vanskelig erobre i kraft av avstand. Kanskje fordi kategorisering og avstand som sykepleierne bringer på bane i møtet gjør noe med måten rusmiddelmissbrukeren ser på seg selv (Gray 2005)? Flere av de erfarne sykepleierne er opptatt av ”det som skinner gjennom” av forestillinger og fordommer i møtet, og forsøker å skjule følelsesregisteret sitt overfor rusmiddelmissbrukeren. Det er kanskje et forsøk på å verne om rusmiddelmissbrukerens selvbylde?

Løgstrup (2000) sier at i sympatien oppstår det ikke behov for å danne seg et bilde av den andres karakter. Har man et bilde av den andre, vil bildet skjule den andres uttrykk. Vi danner oss ikke et detaljert bilde av den andres karakter når det er personer vi er glade i, liker, og er fortrolige med (ibid). Men dersom hjemmesykepleierne er usikre på rusmiddelmissbrukeren og står i et spenningsforhold; de har en misnøye eller antipati mot ham, kan det være annerledes. De kan bli på vakt overfor rusmiddelmissbrukeren. Da blir bildet mer detaljert. Bildet går

normalt i oppløsning når man får personlig kontakt. Den andre personens nærvær utsletter bildet (ibid). Når hjemmesykepleierne får personlig kontakt med rusmiddelmissbrukeren og oppfatter ham som et menneske som er noe og kan noe, på lik linje med andre mennesker, ser det ofte ut til at bildet må vike. Den personlige kontakten fører med seg medfølelse og sympati for rusmiddelmissbrukerens tristesse. Det som skjer i relasjonen når sykepleierne får personlig kontakt med rusmiddelmissbrukeren, fremstår som en form for avmytologisering av forestillinger. Travelbee (1999:189) sier at ”når en sykepleier reagerer som om vedkommende [pasient] er en annen enn den han er, så oppfatter hun han ikke slik han er”. Når hjemmesykepleierne oppfatter rusmiddelmissbrukeren som et unikt menneske, oppfatter de ham ikke som representant for en gruppe mennesker som har forutbestemte egenskaper, men som et enkeltindivid.

5.1.3 Å se det allmenne i det gitte

Sykepleieres oppfatninger og holdninger påvirker handlingene de gjør i møte med pasienter (Nortvedt 2008). En handling kan fortolkes på to måter (Skjervheim 2002). Handlingen kan være pragmatisk eller praktisk. Pragmatiske handlinger er handlinger utført på bakgrunn av mer eller mindre godt verifisert kunnskap som gir retningslinjer for hvordan man når et satt mål. Praktiske handlinger er derimot handlinger i det sosiale feltet, der rettesnoeren er allmenngyldige normer (ibid). Praktiske handlinger er å se det allmenne i det gitte, kriteriet Gadamer (2010) tillegger den sunne fornuften. Sunn fornuft krever ingen bestemt metode og fortolkningsregler, men forutsetter at man lar seg bevege og at følelsene er med; at man er intuitiv (ibid). Hjemmesykepleierne bruker sunn fornuft i sine møter med rusmiddelmissbrukere. Gunn fortalte for eksempel at rusmiddelmissbrukere kan være engstelig for å bli avslørt i forhold til tilleggsmisbruk når de er under legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Gunn peker mot et allment tema i det gitte; frykt for å bli avslørt. Hun anerkjenner at frykten for å bli avslørt er et uttrykk for at mennesker ikke alltid strekker til som mennesker. Når hjemmesykepleierne møter rusmiddelmissbrukere, krever temaene som gjør seg gjeldende ofte bruk den ”uprofesjonelle dømmekraften” som Wyller (2011:47) snakker om. Når sykepleierne er i stand til å kjenne igjen konkrete hendelser, handlinger og reaksjoner som temaer som ”alltid” gjør seg gjeldende i menneskelivet, kan de sette an tonen i møtet i overensstemmelse med verdier som omsorgsarbeidet skal bestå av.

Hjemmesykepleierne forteller om å møte rusmiddelmissbrukere som er i sårbare og kritiske livssituasjoner. Mennesker som ”har kjørt seg helt ned” og uttrykker nederlag, fortvilelse og aggresjon. Noen hjemmesykepleiere uttrykker at de på et nivå kan identifisere seg med rusmiddelmissbrukerne de møter. Det er ikke en direkte identifisering det snakkes om. Identifiseringen dreier seg nok heller om å være i stand til å kjenne igjen allmenne temaer i konkrete situasjoner. Sykepleierne som gir til kjenne et nivå av identifisering uttrykker en forståelse for at på samme måte som rusmiddelmissbrukerens liv er sårbart, er også deres liv sårbart. Når Cecilie sier at ”de er jo som deg og meg”, skiller hun ikke mellom sitt liv og rusmiddelmissbrukerens liv med hensyn til sårbarhet. Cecilie har ikke bare en fornemmelse av, men også en innsikt i at de konkrete situasjonene hun møter er gitt av livets allmenne, sårbare dimensjon (Løgstrup 2000). For å møte rusmiddelmissbrukere på en god måte, sier Cecilie at hun må ha menneskekunnskaper. Men hva slags kunnskaper er menneskekunnskapene Cecilie snakker om?

Hjemmesykepleierne trenger åpenbart noen kunnskaper som de ikke kan tilegne seg ved hjelp teoretisk rasjonalitet. Kunnskapene de synes å ha behov for, er om dimensjoner ved det menneskelige livet som ikke kan gripes empirisk og defineres, men som må erfares (Gadamer 2010). Slik kunnskap er ofte uuttalt eller taus, og må skapes i en vekselvirkning mellom sykepleieren og fellesskapet der det ”høyeste gode” viser seg mens sykepleierne er på veien i omsorgsarbeidet (ibid). Schön (1983) har konstruert de tre begrepene: “knowing-in-action”, “reflection-in-action” og “reflection-on-reflection-in-action”. Begrepene refererer til at kunnskaper vises i handling. Man reflekterer mens man handler. Handling og tanke påvirkes gjensidig av hverandre under handlingen. Kunnskapsutvikling kan skje ved at man så reflekterer over sine handlinger i ettertid (ibid). Schön (1983) sine begreper viser hvor vanskelig det er å begrepsfeste praktisk kunnskap. Men poenget hans synes å være at praktisk handlingskunst ikke er taus, men til en viss grad kan gis verbale uttrykk og læres bort gjennom det han kaller et reflekterende praktikum (ibid). Menneskekunnskapene som Cecilie snakker om kan være kunnskaper om menneskelig sensitivitet *i* handling, som er frembrakt av erfaringer og refleksjoner over erfaringer i møte med mennesker. Det er kanskje sensitivitet som mangles når sykepleierne ikke er i stand til å kjenne igjen det allmenne i rusmiddelmissbrukerens uttrykk? Når sykepleierne ikke har erfaringskunnskaper er de ikke i stand til å gjøre sine vurderinger i sensitiv nærkontakt med hver enkelt pasient, slik som Nortvedt (1993:136) beskriver at et godt omsorgsarbeid fordrer: ”Å kunne vite eller resonnerer

seg frem i det aktuelle tilfellet til hva som vil være best for pasienten, ville ikke vært mulig uten den sensitive og følelsesmessige forståelsen i utgangspunktet”.

Forståelsen for at livet er sårbart, synes å være en reflektert erfaringskunnskap hos Cecilie. Forståelsen hennes bidrar til at hun kommer på plass i praksis og kan gi god omsorg. Cecilies erfaring kaster lys over Gadamer (2010) sine tanker om at et innblikk i menneskers livssituasjon gir livet et perspektiv med hensyn til hvilke erfaringer som er viktige i livet. Det allment gitte har utviklet Cecilies sans for å kunne identifisere hva som er viktig i møte med mennesker. Fornuften hennes er retningsgivende. Hjemmesykepleierne handler ut fra situasjonen de står i når de møter rusmiddelmissbrukere. Hva sykepleierne mener er det rette å gjøre, synes å være koblet til hvordan de forvalter empati med rusmiddelmissbrukeren i møtet. Å ha empati kan beskrives som å ”gå i det andre menneskets tårn og se utsikten derfra, og så går man tilbake til sitt eget tårn og gjør det man synes er greit” (Dored 2011:92).

Sykepleiernes forståelse for hva det kan bety å være i en sårbar posisjon, kan gjøre dem i stand til å sette an en god tone. Forståelsen for det allmenne i det gitte betinges muligens av det Cecilie kaller menneskekunnskap. Men det er ikke sikkert at menneskekunnskap er noe som direkte kan læres i ”reflekterende praktikum”. Ingen mennesker og situasjoner er like eller uskiftelige. For å komme i posisjon til å møte mennesker på en god måte, forutsetter det skjønn (Løgstrup 2000). Skjønnheten kan være sykepleiernes rettesnor for å se det allmenne i det gitte.

For å kunne møte den sykepleiefaglige utfordringen som ligger i å lindre pasienters lidelse må sykepleierne ha ulike kunnskaper (Travelbee 1971). Christoffersen (2011) anvender begrepet dømmekraftens kilder. Det er mange kilder til vår dømmekraft; det kan være faglig kunnskap, konvensjoner og rutiner, yrkeserfaring, praktisk erfaring, personlig erfaring, forbilder, verdier m.m. Men langt på vei holder det at sykepleiere ”ser” pasienten som et lidende menneske som trenger omsorg, og føler en etisk forpliktelse til å gi av seg selv (Travelbee 1971). For å vite hva som er rett å gjøre, hevder Christoffersen (2011) at sykepleieren må ha etiske fagkunnskaper. Bente fortalte at hennes mål i møtet med rusmiddelmissbrukeren var å ”se” mennesket bak diagnosen. For å komme til ”bak” kulissene, inviterer Bente til dagligdagse og uformelle samtaler med rusmiddelmissbrukere hun møter. Bente uttrykker med utsagnet sitt og med handlingene sine en holdning eller en dyd, en moralsk evne. Hun tar ”ansiktets appell” (Levinas 1991) på alvor. En dyd er en holdning som innebærer ”et grunnleggende ja til mennesker som medmennesker” (Asheim 1997: 296). Vetlesen (1998) legger frem at når

sykepleiere har dyder med seg i sin dømmekraft, er handlingene deres modige. Er Bente en modig sykepleier? I følge Christoffersen (2011) befinner en sykepleier med utviklet dømmekraft seg på et postkonvensjonelt stadium. Hun vurderer selvstendig hva som er rett og galt, ved hjelp av sammensatte kunnskaper. Travelbee (1971) sier at mange sykepleiere ønsker å tilegne seg godtatte og normerte holdninger som kan forsvares overfor kollegaer, arbeidsgiver og samfunnet for øvrig. Sykepleiere som forsøker å "tilpasse" seg, har mindre forutsetninger for å lykkes med å se pasienten som et unikt menneske (ibid). Å tilpasse seg, kan tenkes å være en måte å få dekket viktige behov for sykepleieren, for eksempel i henhold til en helsefaglig profil, og unngå å skille seg ut. Men den postkonvensjonelle sykepleieren som Christoffersen (2011) snakker om, er opptatt av den etisk forsvarlige praksisen, ikke av seg selv og sine egne behov. Når Bente "ser mennesket bak" fremstår hun som en postkonvensjonell sykepleier som er selvstendig og strekker seg mot en etisk forsvarlig praksis; hun fremstår som modig.

Å "se" pasienten krever at den etiske persepsjonen som går forut en handling er reflektert (Nortvedt 1993). Hjemmesykepleie er en komplisert praksis. Når hjemmesykepleiere møter pasienter skal de kartlegge og vurdere, samt utføre- og evaluere oppgaver. I hjemmesykepleiepraksis overfor rusmiddelmissbrukere er ikke rammebetingelsene som fremmer etisk persepsjon forut for handlinger uten videre til stede. Individuelle tilnærminger kan være vanskelig å få til. Da kan det være vanskelig å få gitt god omsorg. Mulighetene for kunnskapsinnhenting og holdningsskapende arbeid er begrenset og påvirker vurderingene sykepleierne skal gjøre. Krav til effektivitet og måloppnåelse hindrer kontinuitet i tjenestene og samarbeid med eksterne fagpersoner. Det er ikke satt av et formelt forum for tverrfaglig samarbeid. Derfor er det ofte et personlig initiativ som viser seg når hjemmesykepleierne "ser" og er på høyde med rusmiddelmissbrukerens uttrykk og situasjon. Initiativet handler om at hjemmesykepleierne prioriterer sine egne oppfatninger av hva god omsorg er og på en måte beveger seg utenfor rammebetingelsene eller forsøker å bedre betingelsene. De gjør noen grep for at den komplekse praksisen ikke forblir en statisk, kompleks praksis men en praksis som god omsorg kan utøves innenfor. Slike grep er det de erfarne sykepleierne som tar initiativ til. I mangel på, og i tillegg til, formell kunnskapsformidling reflekterer de over aktuelle problemstillinger og bruker hverandres ressurser. De kan være opptatt av hva som står på spill for sårbare mennesker og hvordan menneskets verdighet opprettholdes og styrkes. Når det

ikke er tilstrekkelige tidsrammer gir de seg likevel tid til å møte åpenbare og kritiske omsorgsbehov, til tross for at resten av arbeidsdagen blir svært stressende.

Gadamer (2010) sier at skjønnnet er en dyd, med hjertet som kilde fremfor hodet. De erfarne hjemmesykepleierne viser med det de forteller, at til tross for at de har ulike forventninger til hva som er godt omsorgsarbeid, har de skjønnnet med seg inn i møtet med rusmiddelmissbrukeren. Skjønnnet er en forutsetning for å skjelle mellom hva som er rett og galt (ibid). Et etisk par er plikt versus konsekvens (Nortvedt 2008). Er en handlingen riktig fordi den er rett (plikt) eller er en handling riktig fordi den er god (konsekvens)? Hensynet til rusmiddelmissbrukerens situasjon går for mange av de erfarne hjemmesykepleierne foran spørsmålet om rett. Det betyr ikke at sykepleierne er på kant med regelverket eller synes at instruksjoner er overflødige. Instruksjoner gjør både vurderinger og informasjonsarbeid i møtene enklere. Hjemmesykepleierne er definert som aktører innenfor en virksomhet som er underlagt en artikulert helselovgivning som definerer hva som er rett og galt i juridisk forstand (Wyller 2011). Lovgivningen skal sikre at sykepleierne utfører tjenesten i henhold til lover, regler og instruksjoner som ligger til grunn for sykepleieres tjenesteutøvelse. Samtidig skal pasienters rettssikkerhet ivaretas (ibid). Hjemmesykepleierne skal for eksempel forholde seg til et vedtak om helsehjelp rusmiddelmissbrukeren er tildelt. Men når de erfarne hjemmesykepleiere møter rusmiddelmissbrukere synes det ikke som lovverket, instruksene eller vedtaket er deres viktigste ”verktøykasse”. Lovverket kan verken fortelle sykepleierne hva omsorgsoppgaven handler om, eller hvordan den kan eller bør gjøres. Å gi god omsorg krever kunnskaper som sykepleierne ikke alltid kan lese seg til. De må bruke skjønn og sunn fornuft. Å bruke skjønn handler ikke om evnen til å tenke rasjonelt og abstrakt (Gadamer 2010). For å forstå hva som er riktig å gjøre må sykepleierne se på omstendighetene i situasjonen de står overfor.

Vetlesen (1998) sier at vi lever i et samfunn hvor spørsmålet om hva som er moralsk forsvarlig ofte overskygges av en fokusering på lovgivning. Når lovverket blir den primære instans i formidlingen av menneskers etiske forpliktelser overfor hverandre, er resultatet fremmedgjøring og nøling med å gripe inn overfor urett (ibid). Det kan være annet lovverk enn helselovgivning som rører ved hjemmesykepleiernes møter med rusmiddelmissbrukere. Rusmiddelpolitikken i Norge er relativt restriktiv. All bruk og besittelse av illegale rusmidler vurderes som kriminelle forhold (Fekjær 2004). Derfor settes sterke negative følelser i sving hos de fleste mennesker når spørsmål om rusmiddelmissbruk kommer på dagsordenen (ibid).

Når lovgivning skaper retningen for handling i en virksomhet som møter mennesker, skjer det en forskyvning fra det spesifikt moralske til det juridiske; til et spørsmål om hvorvidt handlinger er tillatte eller ulovlige (Vetlesen 1998). Har hjemmesykepleierne fokuset sitt på rusmiddelmissbrukerens ulovlige handlinger unnviker de spørsmålene om etisk ansvar i møte med ham. Skinner et al (2007) identifiserte i sin studie at sykepleiere med sterke rettsnormer som utgangspunkt for sine vurderinger, ser på rusmiddelmissbruk som en selvforskyldt lidelse som ikke utløser lik rett til god behandling som uforskyldte lidelser. De ”rettsfokusede” sykepleierne unnviker moralske spørsmål i sin praksis. Det moralske lar seg ikke oversette eller redusere til det juridiske (Vetlesen 1998). Et annet spørsmål er hva selvforskyldt lidelse er? Jeg skal ikke reise en diskusjon om det. Kun vise til at rusmiddelmissbruk svært ofte har sosiokulturelle forklaringer (Moffitt og Caspi 2001, Nehls og Sallman 2005). Det samme vil gjelde mange andre lidelser. I følge Travelbee (1971) er lidelse knyttet til menneskelivet.

Dersom sykepleierne ”går med hodet først” inn i situasjoner, og handler ut fra gitte formulerte regler eller prinsipper, står den gode omsorgen på spill. Å gi omsorg uten å ha et blikk for omstendighetene i situasjonen og fornemme hva som er naturlig å gjøre, er en instrumentell regelforfølgelse (Martinsen 2003). En regelforfølgende praksis er ikke tjenlig i møter med mennesker fordi en slik praksis setter seg over menneskene den skal tjene (ibid).

5.1.4 Makt og tillit i hjelperelasjoner

For at omsorgen skal være god når hjemmesykepleierne treffer rusmiddelmissbrukere, må sykepleierne slå an tonen i relasjonen med sin tiltale (Løgstrup 2000). De erfarne hjemmesykepleierne samtaler, lytter, og forsøker å gripe hva som står på spill for rusmiddelmissbrukeren. De mottar hans appell (Levinas 1991). Mottakelsen av den andre er en etisk fordring (Løgstrup 2000). I sykepleiefaglig sammenheng blir mottagelsen av den andre ofte møtt med tanken om at sykepleieren må ”opparbeide tillit”. Flere av hjemmesykepleierne bruker akkurat det begrepet. Dagmar sier at å opparbeide tillitt er et viktig tiltak; tillit må ligge i bunnen og betyr alt i forhold til hvor fortrolig rusmiddelmissbrukeren er. Hva betyr det at tillit må ”ligge i bunnen”? Er tillit noe sykepleierne opparbeider? Eller er tillit noe som allerede er der, og som sykepleierne understøtter når de gir den gode omsorgen?

Nøkkelen til rusmiddelmissbrukerens ”rom” er kommunikasjon. Å være i en samtale er en selvtutlevering hvor man våger seg frem på i forventning om å bli imøtekommet (Løgstrup 2000). Løgstrup (2000) hevder at mennesker i utgangspunktet møter hverandre med naturlig

tillit. Vi utleverer oss selv når vi viser tillit, og føler oss sviktet når tilliten misbrukes (ibid). Samtalene hjemmesykepleierne har med rusmiddelmissbrukeren handler sjelden så mye om hva som blir sagt, når omsorgen er god. Anne fortalte for eksempel at hun nesten ikke kan erindre hva hun snakker med rusmiddelmissbrukeren om, når hun er sensitivt rettet inn mot temaet hans. ”Jeg bare sitter der. Med ham” sier hun. Når sykepleierne slår an tonen som treffer møtets tema, er samtalen uanstrengt og samværet ikke en ”tilstivnet samværsform” (ibid). Rusmiddelmissbrukeren forventer kanskje ikke at hjemmesykepleierne møter temaet hans? Han har kanskje ikke erfart at det alltid er slik? Fekjær (2004) hevder at de fleste rusmiddelmissbrukere ikke har udelt positive erfaringer med å møte helsepersonell. Det er ikke uten videre å forvente at rusmiddelmissbrukeren har tillit til det helsefaglige hjelpeapparatet han møter når han er pasient. Påstanden til Fekjær (2004) bekreftes av empirisk forskning. Mange sykepleiere har negative eller stereotype syn på og er intolerante overfor rusmiddelmissbrukere (Lovi og Barr 2009, Peckover og Chidlaw 2007, Richmond og Foster 2003). Det er ikke alle sykepleierne i min studie heller som legger for dagen at de er innstilte mot rusmiddelmissbrukerens tema. Anne, igjen, sier at når sykepleiere ikke ”bryr seg” identifiserer og oppfatter pasientene det. Anne sitt resonnement er det samme som Nortvedt (1993) fremlegger; at det ikke er handlinger i seg selv som er viktige i sykepleiepraksis, men sykepleieres væremåte. Dersom hjemmesykepleierens formidling ikke er sensitiv nok, kan det kanskje være vanskelig for rusmiddelmissbrukeren å ha tillitt til sykepleieren; å utlevere seg. Han kan føle seg invadert av hjemmesykepleieren og få behov for å beskytte sitt private område (Lillestø 1998). Han kan holde hjemmesykepleierne på avstand for å beskytte sin egen sårbarhet.

Hjemmesykepleierne ønsker ofte å gjøre en forskjell; være medmennesker og understøtte rusmiddelmissbrukerens verdighet. Å understøtte verdigheten hans oppnår de ved å uttrykke seg som medmennesker, som igjen beror på en utlevering av sykepleierne selv (Løgstrup 2000). Utleverthet betinger at sykepleierne har en forventning om at mennesket de møter har noe å si dem (ibid). Hjemmesykepleierne åpner opp for at rusmiddelmissbrukeren har noe å si dem når de tar seg tid til å lytte og prate. Sykepleierne ”forlenger seg selv” (ibid) mot rusmiddelmissbrukeren når de tar seg tid. Å forlenge seg mot den andre er en form for utleverthet (ibid). Når hjemmesykepleierne møter ansente og ampre situasjoner, våger de seg ofte frem på i samtalen eller tier når det er behov for det. De utleverer seg ved uttrykket og holdningene sine. Rusmiddelmissbrukeren oppfatter, som Anne sier, hva sykepleierne

utleverer og mottar eller avviser ettersom han føler seg avvist eller ikke. Det er ikke alle former for utleverthet som gir en ubetinget mottakelse (ibid). Når hjemmesykepleierne slår an en tone som ikke treffer, stenger de av for rusmiddelmissbrukeren og den tilliten som naturlig sett er mellom mennesker.

Et fenomen som kan tenkes å skygge for den naturlige tilliten i møtet mellom hjemmesykepleierne og rusmiddelmissbrukeren, er oppgaven sykepleierne har med å varsle eller rapportere tilleggsmisbruk videre til andre faggrupper som er inne i tjenestebildet. Varslingstiltaket åpner for mistenksomhet rettet mot rusmiddelmissbrukeren og fremstår som en kontrollerende foranstaltning. Gunn forteller at hun og rusmiddelmissbrukeren blir satt i et ”ord mot ord” forhold som følge av hennes varslingsplikt. Kontrollerende sykepleietiltak stenger av for naturlig tillitt mellom mennesker (Nortvedt 2008). Dagmar sier at det ikke bare er å varsle; rusmiddelmissbrukeren må også være inneforstått med hva som varsles. Det er uklart hva Dagmar mener med ”inneforstått med”. Varslingen det er snakk om fremstår som et komplisert fenomen. På den ene siden kan tiltaket fremstå som overflødig dersom hensikten kun er å ”avdekke” tilleggsmisbruk. Pasienter i LAR gjennomgår laboratorieundersøkelser etter gitte avtaler med samme formål (Helsedirektoratet 2009). Tilleggsmisbruk kan være en indikator på hva det er behov for av videre psykososiale tiltak i rehabiliteringen (ibid). På den annen side kan det fremstå som likegyldig dersom sykepleierne ”overser” tilleggsmisbruk. Gray (2005) legger frem at rusmiddelmissbrukeren ofte er ambivalent til et liv uten rus. Det kan tenkes at opplevelsen av at noen bryr seg og ser utfordringen hans er betydningsfull for rusmiddelmissbrukeren når han er ambivalent. Det er et tema som gjør seg gjeldende for ham ved tilleggsmisbruk. Når Dagmar sier ”inneforstått med” peker hun kanskje på at varslingen også kan ha til hensikt å imøtekomme rusmiddelmissbrukerens ”tilleggsmisbrukstema”? Å varsle fremstår da som et omsorgstiltak som tar tak i rusmiddelmissbrukerens behov for videre oppfølging av andre faggrupper. Slik som jeg forstår Dagmar, er det ikke bare å varsle uten at temaet til rusmiddelmissbrukeren har kommet på bane og er ”utlevert” i møtet. Er hjemmesykepleierne kun ute etter å avsløre rusmiddelmissbrukeren, blir de neppe tatt i mot. Da er sykepleierne mer rettet mot plikt enn konsekvens, og stenger av for tillit og utleverthet (Nortvedt 2008). Å handle på en måte som stenger av for tillit må sies å være det som Løgstrup (2000) kaller en negativ form for utlevering, fordi å stenge av ikke fører til at hjemmesykepleierne ubetinget blir tatt i mot. Det er først når rusmiddelmissbrukeren merker at hjemmesykepleierne er på høyde med temaet hans; han merker at holdningen og uttrykket til

sykepleieren understøtter den naturlige tilliten som er mellom mennesker (ibid), at han kan anta sykepleiernes tone. Når sykepleierne møter rusmiddelmissbrukerens tema har de befestet tillit gjennom sin måte å opptre på; de har også utlevert seg selv.

Når hjemmesykepleierne går inn i en treleddet relasjon med rusmiddelmissbrukeren, har de mottatt og blitt mottatt. De kommer i posisjon til å gi den gode omsorgen. Men relasjonen mellom sykepleierne og rusmiddelmissbrukeren er en asymmetrisk relasjon (Løgstrup 2000). Sett fra et systemperspektiv, og med utgangspunkt i hvordan fagkunnskap er fordelt i relasjonen, har hjemmesykepleierne definisjonsmakt med hensyn til hvordan omsorgssituasjonen skal forstås og fortolkes (ibid).

Omsorg og makt representerer to perspektiv og posisjoner som vanligvis holdes fra hverandre. Likevel synes makt og omsorg å være nært knyttet til hverandre (Juritzen og Heggen 2006). Omsorg refererer vanligvis til å gi hjelp, tilby noe og handle godt. Men omsorg konstituerer makt; makt til å gjøre godt *eller* vondt gjennom bestemte måter å yte omsorg på (ibid). Omsorg *er* makt og makt *er* omsorg; de to betinger hverandre (ibid). Når Løgstrup (2000) sier at vi aldri har med et annet menneske å gjøre uten at vi på et eller annet vis har noe av dets liv i vår hånd, handler metaforen om makten i relasjonen, men også om omsorgsmakt. Løgstrup (2000) bruker "hånden" som metafor for å understreke at vi har omsorgsansvar for hverandre. Håndmetaforen er tankevekkende i henhold til innstillingen til Juritzen og Heggen (2006). Sykepleiere holder pasientens liv i sin hånd. Men de kan også holde pasientens liv "inni" hånden. Det er kun når sykepleieres omsorgsmakt hjelper pasienten at omsorgsmakten synes å være problemfri. Dømmekraften og skjønnet som mellom annet Gadamer (2010) snakker om fremstår derfor som helt sentralt i omsorgsarbeid når omsorgsarbeid omsettes til "maktarbeid".

Bente forteller at hun på en måte må manipulere rusmiddelmissbrukeren når han tilsynelatende ikke har innsikt i eget behov for helsehjelp. Hun må "få ham til å gjøre" det som åpenbart er best for ham. Det ligger en god tanke og ingen subtil tvang bak Bentes "manipulasjon". Likevel viser hun frem at i omsorgssituasjonen har hun en makt. Martinsen og Wærness (1991) sier at det ligger en forventning i omsorgsarbeid om at sykepleieren foretar seg noe. Enkelte ganger er det påkrevd at sykepleieren griper inn i pasienters autonomi, når hensikten er god og betimelig. Men når sykepleieren "griper inn" må hun gjøre det i tillit og selvutlevering; hun må ha en åpen og innlevende innstilling til pasientens synspunkter og

verdier (ibid). Paternalisme som utøves i tillit er *svak* paternalisme og ikke i sitt vesen en frarøving av pasientens autonomi, men en omsorgshandling (ibid). Motsatsen til ”svak” paternalisme er ”sterk” paternalisme, der sykepleierens syn på pasientens beste er ubetinget avgjørende også der pasienten er beslutningskompetent (ibid). ”Manipulasjonen” til Bente fremstår som svak paternalisme, som en omsorgshandling.

Hjemmesykepleierne sørger for at rusmiddelmissbrukerens uttrykk ikke går tapt når de gir god omsorg. De er hensynsfulle i kaotiske og ampre situasjoner. Sykepleierne synes mange ganger å være uselviske. De tar den etiske fordringen som tilhører omsorgsarbeid (Løgstrup 2000) på alvor. Uselviskheten kommer til uttrykk i situasjoner hvor det er nærliggende at sykepleierne ville tenkt på seg selv og sin egen sikkerhet; hva som ville tjent dem best, og handle deretter. Om de hadde tenkt på seg selv og handlet ut fra hva som var til deres eget personlige beste, kunne antagelig ingen ha kritisert eller sanksjonert dem på noe vis. De ville ikke nødvendigvis ha brutt verken lover eller sosiale normer for opptreden. Hjemmesykepleierne opptrer uselvvisk når de ”er i sin fulle rett til å tenke på seg selv, [men] likevel ikke gjør det” (ibid:155). Når hjemmesykepleierne er uselviske bruker de kanskje omsorgsmakten til å hjelpe; til å gjøre gode sykepleiegjerninger som samtidig gir rusmiddelmissbrukeren ”plass å røre seg på” (Løgstrup 1997) når makten råder. Kanskje den sunne fornuften beskytter sykepleierne fra å misbruke makten i omsorgen?

5.2 METODEDISKUSJON

I det følgende avsnittet diskuterer jeg noen metodologiske overveielser som kan belyse hvor ”pålitelige” resultatene jeg har presentert fremstår.

5.2.1 Hva påvirket dataene?

Datamaterialet er fremskaffet gjennom intervjuer. Samtaler mellom informanter og forskere påvirkes av posisjonering og sosiale diskursive praksiser (Alvesson og Kärreman 2005, Staunæs og Søndergaard 2005). Informanter og forskere presenterer seg selv for hverandre. Samhandlingen dem i mellom påvirker data (ibid). Å få pålitelige data om informanters erfaringer synes å være avhengig av at man bevisstgjør seg blikket man ser med, posisjoner man snakker ut fra, måter man spør på og hvordan spørsmål blir oppfattet.

Når jeg spurte hjemmesykepleierne om hvilke erfaringer de har med å møte rusmiddelmissbrukere, spurte jeg ikke etter en evaluering av sykepleietjenesten. Like fullt kan

spørsmålet ha hatt en evaluerende funksjon. Sykepleierne måtte gjøre seg vurderinger av hva som var viktig å formidle. Siden jeg også er sykepleier, kan informantene ha oppfattet intervju situasjonen som en "kunnskapstest". De kan ha vært opptatt av å formidle en type informasjon som førte til at jeg oppfattet dem som "gode" sykepleiere. Staunæs og Søndergaard (2005) sier at en intervju person kan opptre som en "performer" i møte med forskeren, og forsøke å presentere seg med tanke på å skape et bestemt inntrykk av seg selv. Det kan for øvrig også forskeren gjøre. Det er ingen garanti for at hjemmesykepleiernes erfaringer slik de kom til uttrykk "korresponderte" med "virkeligheten". Jeg informerte tydelig før intervjuene om at det ikke var de "riktige" erfaringene som kunne forsvares faglig jeg var ute etter, men erfaringer slik som de virkelig oppleves i sykepleie praksis. I ett tilfelle under datasamlingen at fikk jeg mistanke om at det informanten fortalte ikke var "egentlige" erfaringer. Informanten listet opp elementer hun var opptatt av som om det skulle vært tatt ut av en lærebok, kanskje for å imponere? I det tilfellet ble akkurat den sekvensen av datamaterialet ikke lagt vekt på i analysen.

Martinsen og Wærness (1991) sier at sykepleie preges av intuitiv handling hvor mye kunnskapen ikke kan begrepsfestes og uttales. Det er mulig å tenke seg at enkelte av hjemmesykepleiernes erfaringer kan ha blitt underkommunisert; erfaringen lot seg ikke uttale. Det er dermed usikkerhet knyttet til om alle relevante sider ved sykepleiernes faktiske erfaringer reflekteres i dataene. Sykepleierne ga imidlertid uttrykk for at det var interessant for dem å få en mulighet til å sette ord på sin praksis.

Et bestemt utvalg gir bestemte data. Utvalget besto av ti hjemmesykepleiere som ønsket, eller var motiverte til å fortelle om sin praksis. I en kvalitativ studie er det en fordel med "tykke" beskrivelser; beskrivelser som gir et rikt og nyansert bilde av fenomenet man studerer (Guba og Lincoln 2005). Sykepleierne i denne studien fremstod som engasjerte og reflekterte, og bidro med innholdsrike fortellinger og svar som jeg kunne arbeide videre med. Men hvem var sykepleierne?

I sykepleie praksis vil det være sykepleiere som sjelden stiller spørsmål til sin egen praksisutøvelse. De gjør oppgavene sine slik de alltid har gjort dem, og kanskje slik det er forventet av dem (Martinsen og Wærness 1991). Slike sykepleiere kan muligens oppleve det som ubehagelig å formidle sine erfaringer, og la være å melde seg til deltagelse i forskningsintervju? Det kan tenkes at hjemmesykepleierne som deltok kun var sykepleiere

med et utviklet kritisk blikk på rådende diskurser, og med sterke meninger om hva som er ”godt” omsorgsarbeid. Det kan jeg ikke se bort fra.

Ti målbærere for en praksis kan være et lite utvalg med tanke på å få dybdekunnskap om et fenomen. På den annen side fremsto dataene etter ti intervjuer som saturerte (Patton 2002). I de siste intervjuene kom det ikke frem betydelige nye tema. Det kan tyde på at mange vesentlige erfaringer med å møte rusmiddelmissbrukere i akkurat den hjemmesykepleietjenesten som jeg studerte kom til syne i de ti intervjuene.

Jeg gjennomførte forskningsintervjuer for første gang i datasamlingen til denne studien. Min uerfarenhet kan utvilsomt ha påvirket dataene. Enkelte ganger snublet jeg i mine forsøk på å få temaer utdypet. Informantene oppfattet ikke alltid hvor jeg ville med spørsmålsstillingen; hva jeg ville ha utdypet. Men uklare spørsmål førte likevel som regel til at jeg fikk del i en annen erfaring informantene hadde. På mange måter vil jeg påstå at til tross for noen ”nybegynnerfeil” fra min side, kom det frem ”tykke” beskrivelser i intervjuene og dermed rike data.

5.2.2 Fortolker tekstanalysen virkelig hjemmesykepleieres erfaringer?

Datamaterialet er nedskrevet og videre fortolket av meg. Et betimelig spørsmål er hvorvidt jeg søker å bekrefte min egen forforståelse i analysen. Hvordan kan jeg tro at min analyse får frem viktige og vesentlige erfaringer hjemmesykepleiere har med å møte rusmiddelmissbrukere, og ikke mine egne erfaringer med og antagelser av samme fenomen?

Vi kan ikke forlate vår egen forståelse for å komme til ”saken selv” (Gadamer 2010). Det vi derimot kan gjøre, er å avstå fra å anta noe på forhånd, før vi har tatt inn over oss andres erfaringer og vurdert dem. Våger vi å ta andres erfaringer på alvor, kan det hende at vi må ta et oppgjør med vår forforståelse. Forforståelsen vår bringes i spill, vi får et forhold til hva den leder eller forleder oss til å anta (ibid). Konsekvensen av Gadamer (2010) sine betraktninger er, slik som jeg forstår det, at selv om jeg har en forforståelse kan jeg være i beredskap for ny forståelse.

I analysen forsøkte jeg å være i beredskap for en ny forståelse. I intervjuene utfordret jeg sykepleierne på *deres* erfaringer, og brakte ikke på bane mine egne. Ut fra datamaterialet som dermed fremkom, utarbeidet jeg en strukturanalyse. Jeg håper det er mulig å følge strukturen i

analysen fra en spesifikk erfaring hele veien til et formulert tema; at strukturen fremstår som rimelig og logisk. I den overgripende tolkningen fortolket jeg hva strukturanalysen var et uttrykk for; hva den handlet om. Studien løftet frem en forståelse som gikk ut over hjemmesykepleiernes synspunkter på sin praksis. Jeg artikulerte en ny og mer abstrahert forståelse av hjemmesykepleieres erfaringer med å møte rusmiddelmissbrukere, foran (Lindseth og Norberg 2004) teksten. Presentasjonen av resultatene inneholder mange sitater. Hensikten min med å vise til mange sitater var å rimeliggjøre den overgripende og abstraherte tolkningen; at den var troverdig og ”gjennomsiktig” og bygget på erfaringer som informantene konkret la frem.

Resultatene representerer ikke den eneste sannhet om hjemmesykepleieres erfaringer med å møte rusmiddelmissbrukere. Sannheten om erfaringer med å møte rusmiddelmissbrukere i hjemmesykepleiepraksis er dynamisk og reviderbar. Den vitenskapelige verdien av analysen hadde ikke til hensikt å stemme overens med virkeligheten. Jeg forsøkte å løfte frem et teoretisk blikk på erfaringene til hjemmesykepleierne. Studien kan ikke generaliseres til å gjelde alle norske hjemmesykepleiepraksiser eller -populasjoner. Det var ingen idealtilstand jeg ville skissere. Mine referanser var for det meste filosofiske og vitenskapsteoretiske tekster. Når jeg valgte å belyse materialet mitt med slike tekster, førte det meg inn i store temaer som det ikke var mulig for meg å komme til bunns i. Det har jeg heller ikke forsøkt.

Det er likevel en mulighet for at hjemmesykepleiere (og andre) kan kjenne seg igjen i beskrivelsene i studien, og følge med i fortolkningen som er gjort. Resultatene kan kanskje appliseres på andre kontekstlike virksomheter enn den som inngikk i studien. Studien kan være med på å skape refleksjon over utfordringer med å møte rusmiddelmissbrukere i ulike praksisfelt. Ikke minst der sykepleiere opplever brist, svakhet eller utilstrekkelighet i praksis.

6. KONKLUSJON

Studien har gitt et bilde på hvordan møter mellom rusmiddelmisbrukere og hjemmesykepleiere fortøner seg i en kontekst i norsk hjemmesykepleietjeneste. Resultatene i studien gir et blikk for hva som står på spill i møter mellom rusmiddelmisbrukere og hjemmesykepleiere; å gi den gode omsorgen. Studien har vist at god omsorg i møter med rusmiddelmisbrukere forutsetter en innsats fra hjemmesykepleiere som går lenger enn hva helselovgivning og interne krav i virksomheten de er ansatt i krever. Omsorgsarbeid handler ikke i første rekke om teoretiske problemstillinger. En stor del av hjemmesykepleieres virksomhet finner sted i situasjoner som handler om spørsmål knyttet til det erfarte menneskelivet. Utøvelse av sykepleie må nødvendigvis være forankret i lover og regler, men teoretisk kunnskap er ikke tilstrekkelig til å gi rusmiddelmisbrukere god omsorg i hjemmesykepleiepraksis. Når omsorgen er god er vurderingene hjemmesykepleiere gjør en følge av å være ansvarlig overfor mennesker, det menneskelige fellesskapet, og fremfor alt omsorgsoppgaven som hører hjemme der. Når hjemmesykepleiere møter amppe situasjoner og ansente rusmiddelmisbrukere, er det ikke alltid at det er teoretisk kunnskap som ”redder” sykepleiepraksis. Det er deres vilje og evne til å se hva som står på spill for menneskene de møter, og å finne et rom der de kan møte dem med dømmekraft og klokskap. Rommet må hjemmesykepleiere ofte erobre selv. Hjemmesykepleiere må møte rusmiddelmisbrukeren med skjønn. De må bruke sine dyder; sine moralske evner dersom omsorgen skal være god. Når omsorgen er god, bruker hjemmesykepleiere skjønnet sitt til å identifisere og møte temaet til rusmiddelmisbrukeren som gjør seg gjeldende i møtet. Temaet kan identifiseres når tillit ligger i bunnen av relasjonen. Skjønnet til hjemmesykepleiere er også avgjørende med hensyn til å møte rusmiddelmisbrukeren som et unikt menneske, og ikke som en kategori. Videre kan skjønnet veilede hjemmesykepleiere til å bruke omsorgsmakten de har i møte med rusmiddelmisbrukeren til en ”makt til å hjelpe”.

6.1 IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS

Sykepleiepraksis må nødvendigvis inneholde flere kunnskapsformer. Sykepleie i seg selv er en mangesidig og kompleks praksis, som må tilpasses spesielle kontekster.

Studien viser at selve omsorgen kan ses på som målet med sykepleie når hjemmesykepleiere møter rusmiddelmissbrukere. At omsorg er målet med sykepleie, vet vi også fra før (Martinsen og Wærness 1991). God omsorg kaller på refleksjon i situasjoner (ibid). Hjemmesykepleiere må ha refleksjon med inn seg inn i møter med rusmiddelmissbrukere for å treffe de beste handlingsvalgene, slik at omsorgen blir god. Studien viser at skjønn og dømmekraft er forbundet med fortolkning av konkrete hendelser i hjemmesykepleiepraksis. Det er gjennom trening på å utøve dømmekraft i levende kontekster at sykepleiere lærer å fortolke godt (ibid). Nortvedt (1993) foreslår at handlinger som skjer i praksis må redegjøres for. Sykepleiere er mest til stede i uttrykket; gjennom sin redegjørelse oppdager og ser sykepleiere konkret hvordan pasienter best kan hjelpes.

God omsorg fordrer en bevissthet om, og en overveielse av, hva som favnes av kunnskap i praksisfeltet. Det virker sentralt å utvikle en kunnskaps- og læringsfremmende kultur i sykepleiepraksis. Kunnskapsutvikling er et ledelsesansvar. Omsorgsutøvere trenger tid og rom for å gi den gode omsorgen. Da må det tilrettelegges for faglig utvikling, mellom annet gjennom mulighetene sykepleiere har til å være refleksive *i* handling og *over* handling (Schön 1983). Samtidig må kanskje uerfarne sykepleiere konferere med erfarne kolleger når de møter utfordrende situasjoner med stor grad av tvil involvert? Erfarne sykepleiere kan med sin utviklede dømmekraft og sitt initiativ være med å skape grunnlag for gode pasientvurderinger og kontinuerlig revisjon av rutiner. Erfarne sykepleiere må være de gode eksemplene til etterfølgelse som Christoffersen (2011) snakker om.

6.2 IMPLIKASJONER FOR FORSKNING

Kunnskap *i* handling kan ses som et motstykke til begrepslig kunnskap. Begrepslig kunnskap er opptatt av det generelle og fanger ikke opp det spesielle (Molander 1997). Dersom omsorg er målet med sykepleie, må forskning være opptatt av omsorgsfenomenet slik fenomenet viser seg og bevisstheten kan tolke det. Som en konsekvens av funnene i denne studien, kan det være aktuelt å undersøke nærmere hva slags fenomener som spesielt gjør seg gjeldende når hjemmesykepleiere møter rusmiddelmissbrukere. Denne studien viser at det er den gode

omsorgen som står på spill i slike møter i kommunehelsetjenesten. Andre studier kan peke i andre retninger. Vi må vite noe om erfaringskunnskapen i praksis; vi må forstå dens logikker. I tillegg til intervjustudier kan det være behov for observasjonsstudier som kan avdekke hva som utspiller seg i interaktive kunnskapsfellesskap i praksis. Hjemmesykepleieres omsorgsarbeid påvirkes av kontekst, og i særlig grad av samarbeidet med andre yrkesgrupper. I forskning vil det derfor være relevant å inkludere andre faggruppers opplevelse av samarbeid og ansvar i praksis overfor rusmiddelmisbrukere. Ikke minst er det behov for å undersøke rusmiddelmisbrukeres oppfatning og erfaring av helsehjelpen de mottar. Det synes å være et stykke på vei før erfaringskunnskap knyttet til møter mellom hjemmesykepleiere og rusmiddelmisbrukere i primærhelsetjenesten inneholder nok perspektiver til at kunnskapen kan syntetiseres.

Å velge perspektiv i forskning er å ta valg i forhold til paradigmer; hva som gjelder som ”verifiserte” fakta (ibid). Tradisjonelt har vitenskapen validert av den begreplige kunnskapen som mer pålitelig enn beskrivelser og teoretiseringer av livsverdenen. Når forskningen skal tenke omsorg med inn i vitenskapen kan den derfor møte noen grenser (Martinsen 2003). Men vitenskapens oppgave kan også være å reflektere over, systematisere og fortolke erfaringskunnskap (Molander 1997). Vitenskapen bør derfor oppfordres til å utvikle en type forskning som ikke gjør praksis fattig, men som oppgraderer den tilgjengelige erfaringskunnskapen og visdommen som utvikles i praksis. Forskere må tilegne seg forskningsmetoder og strategier som er mer i overensstemmelse med praksisfeltets varierte kunnskapsanvendelse. Vi behøver både at omsorgsutøvere får sterkere tilknytning til forskning, og at forskere får sterkere tilknytning til praksis. Det er kanskje behov for mer praksisrettet forskning og utviklingsarbeid der partene kan møtes som forskjellige og likeverdige samarbeidspartnere?

REFERANSER

Albertin, P., Cubells, J. og Iniguez, L. (2010). The social constructions of drug users in professional interventions. *Journal of Social Work Practice* 25(2):217-232

Alvesson, M. og Kärreman, D. (2005). At arbejde med mysterier og sammenbrudd. I: M. Järvinen og N. Mik-Meyer (red). *Kvalitative metoder i et interaksjonistisk perspektiv*. København: Hanz Reizels forlag

Asheim, I. (1997). *Hva betyr holdninger? Studier i dydsetikk*. Oslo: Tano Aschehoug

Bourdieu, P. (1984). *Distinction. A social critique of the judgement of taste*. Translated by Richard Nice. London: Routledge & Kegan Paul

Brink, P. J. og Wood, M. J. (1998). Introduction. I: P. J. Brink og M. J. Wood (red). *Advanced Design in Nursing Research*. Thousand Oaks, Calif.: Sage

Brown, E. J. (2006). Good mother, bad mother : perception of mothering by rural African-American women who use cocaine. *Journal of Addictions in Nursing* 17(1):21-31

Buus, N. (2008). Negotiating clinical knowledge : a field study of psychiatric nurses' everyday communication. *Nursing Inquiry* 15(3):189-198

Chen, C., Balogh, M., Bathija, J., Howanitz, E., Plutchik, R. og Conte, H. R. (1992). Substance abuse among psychiatric inpatients. *Comprehensive Psychiatry* 33(1):60-64

Christoffersen, S. A. (2011). Profesjoner og profesjonsetikk : hva er det? og Profesjonsetikken som dømmekraft. I: S. A. Christoffersen (red). *Profesjonsetikk : om etiske perspektiver i arbeidet med mennesker*. Oslo: Universitetsforlaget

- Coombes, L. og Wratten, A. (2007). The lived experience of community mental health nurses working with people who have dual diagnosis : a phenomenological study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 14(4):382-392
- Dahlberg, K., Dahlberg, H. og Nyström, M. (2008). *Reflective Lifeworld Research*. [Lund] : Studentlitteratur
- Deans, C. og Soar, R. (2005). Caring for clients with dual diagnosis in rural communities in Australia : the experience of mental health professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 12(3):268-274
- Dixon, L. (1999). Dual diagnosis of substance abuse in schizophrenia : prevalence and impact on outcomes. *Schizophrenia Research* 35(1):93-100
- Dored, G. (2011). Et faglig blikk på empati. *Sykepleien Forskning* 1/11:92-95
- Easthope, H. (2004). "A place called home". *Housing, theory, and society* 21(3):128-138
- Ellefsen, B. (1986). "Andres hjem - vår arbeidsplass" : arbeidskrav og rolleutforming i hjemmesykepleien. Oslo: Universitetet i Oslo
- Evjen, R., Kielland, K. B. og Øiern, T. (2012). *Dobbelt opp : om psykiske lidelser og rusmisbruk*. Oslo: Universitetsforlaget
- Fagermoen, M. S. (2003). Narrativ analyse : en metodediskusjon. *Norsk tidsskrift for Sykepleieforskning* 1/03:3-19
- 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. *Contemporary Nurse. A Journal for the Australian Nursing Profession* 37(2):241-252
- Ford, R., Bammer, G. og Becker, N. (2009). Improving nurses' therapeutic attitude to patients who use illicit drugs : workplace drug and alcohol education is not enough. *International Journal of Nursing Practice* 15(2):112-118

- Ford, R., Bammer, G. og Becker, N. (2008). The determinants of nurses' therapeutic attitude to patients who use illicit drugs and implications for workforce development. *Journal of Clinical Nursing* 17(18):2452-2462
- Gadamer, H. G. (2010). *Sannhet og metode : grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk*. Oversatt av Lars Holm-Hansen. [Oslo] : Bokklubben
- Giorgi, A. (2009). *The descriptive phenomenological method in psychology : a modified Husserlian approach*. Pittsburgh, Pa.: Duquesne University Press
- Gray, M. T. (2005). The shifting sands of self : a framework for the experience of self in addiction. *Nursing Philosophy* 6(2):119-130
- Guba, E. G. og Lincoln, Y. S. (2005). Paradigmatic Controversies, Contradictions and Emerging Confluences. I: N. K. Denzin og Y. S. Lincoln (red). *The Sage handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, Calif.: Sage
- Hegerstrøm, T. (2002). *Om relasjoner i hjemmetjenestene*. Oslo: Universitetsforlaget
- Hellesø, R. og Fagermoen, M. S. (2010). Cultural diversity between hospital and community nurses : implications for continuity of care. *International Journal of Integrated Care* [serial online] 2010; 10 (Feb 18) Available from <http://www.ijic.org>.
- Hellevik, O. (2002). *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Oslo: Universitetsforlaget
- Helsedepartementet (2009). Samhandlingsreformen : Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Stortingsmelding 47, 2008-2009
- Helsedirektoratet (2009). Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet : høringsutkast
- Husserl, E. (1970). *The crisis of European sciences and transcendental phenomenology : an introduction to phenomenological philosophy*. Evanston, Ill.: Northwestern University Press
- Juritzen, T. og Heggen, K. (2006). Omsorgsmakt : relasjonsnære sonderinger mellom makt og avmakt. *Sosiologi i dag* 36(3):61-80

- Kalseth, B., Midttun, L., Paulsen, B. og Nygård, L. (2004). Utviklingstrekk i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten : oppgaveutvikling og samspill. *SINTEF rapport STF78 A045018*
- Kelleher, S. og Cotter, P. (2009). A descriptive study on emergency department doctors' and nurses' knowledge and attitudes concerning substance use and substance users. *International Emergency Nursing* 17(1):3-14
- Kothari, G., Hardy, G. og Rowse, G. (2010). The therapeutic relationship between therapists and substance-using clients : a qualitative exploration. *Journal of Substance Use* 15(4):257-271
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oversatt av Tone M. Anderssen og Johan Rygge. Oslo: Gyldendal akademisk
- Lappalainen-Lehto, R., Sepp, K. og Nordback, I. (2005). Cutting down substance abuse : present state and visions among surgeons and nurses. *Addictive Behaviors* 30(5):1013-1018
- Levinas, E. (1991). *Otherwise than being, or beyond essence*. Translated by Alphonso Lingis. Dordrecht: Kluwer
- Lie, T. og Nesvåg, S. (2006). Evaluering av rusreformen. *IRIS rapport 1227*
- Lillestø, B. (1998). Når omsorgen oppleves krenkende. *Nordlandsforskning. NF-rapport 22/98*
- Lindseth, A. og Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian journal of Caring Science* 18(2):145-153
- Lovi, R. og Barr, J. (2009). Stigma reported by nurses related to those experiencing drug and alcohol dependency : a phenomenological Giorgi study. *Contemporary Nurse* 33(2):166-178
- Lund, T. og Haugen, R. (2006). *Forskningsprosessen*. Oslo: Unipub
- Løgstrup, K. E. (1997). *System og symbol : essays*. [København] : Gyldendal
- Løgstrup, K. E. (2000). *Den etiske fordring*. Oversatt av Bodil Engen. Oslo: Cappelen

- Malterud, K. (2003). *Kvalitative forskningsmetoder innen medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget
- Martinsen, K. (2003). *Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien*. [Oslo] : Universitetsforlaget
- Marinsen, K. og Wærness, K. (1991). *Pleie uten omsorg? Norsk sykepleie mellom pasient og profesjon*. Oslo: Pax
- Maxwell, S. M. (2009). Web quests : a viable solution to meeting the continuing professional education needs of home health care nurses. *Home Health Care Management & Practice* 21(3):171-176
- McLaughlin, D., McKenna, H., Leslie, J., Robinson, J. og Moore K. (2006). Illicit drug users in Northern Ireland : perceptions and experiences of health and social care professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 13(6):682-686
- Moffitt, T. E. og Caspi, A. (2001). Childhood predictors differentiate life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways among males and females. *Development and Psychopathology* 13(2):355-375
- Molander, B. (1997). Kunnskapsmångfald och olika kunskapstraditioner. I: H. Alvsvåg, N. Anderssen, E. Gjengedal og M. Råheim (red). *Kunnskap, kropp og kultur : helsefaglige grunnlagsproblemer*. Oslo: Ad Notam Gyldendal
- Mueser, K. T., Yarnold, P. R. og Bellack A. S. (1992). Diagnostic and demographic correlates of substance abuse in schizophrenia and major affective disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 85(1):48-55
- Nehls, N. og Sallman, J. (2005). Women living with a history of physical and/or sexual abuse, substance use and mental health problems. *Qualitative Health Research* 15(3):365-381
- Nortvedt, P. (2008). *Sykepleiens grunnlag : historie, fag og etikk*. Oslo: Universitetsforlaget
- Nortvedt, P. (1993). Følelser, omsorg og fornuft. I: M. Kirkevold, F. Nortvedt og H. Alvsvåg (red). *Kari Martinsens innflytelse på norsk og dansk sykepleie*. Oslo: Ad notam Gyldendal

Olsen, H. og Skretting, A. (2006). Ingen enkle løsninger : evaluering av tiltaksplan for alternativer til rusmiljøene i Oslo sentrum. *SIRUS rapport 2/2006*

Pasientrettighetsloven (1999). LOV-1999-07-02-63 Pasientrettighetsloven - pasrl. Lov om pasientrettigheter

Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research and Evolution Methods*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications

Peckover, S. og Chidlaw, R. G. (2007). Too frightened to care? Accounts by district nurses working with clients who misuse substances. *Health and Social Care in the Community* 15(3):238-245

Polit, D. F. og Beck, C. T. (2008). *Nursing Research. Generating an Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins

Purkis, M. E. og Bjornsdottir, K. (2006). Intelligent nursing : accounting for knowledge as action in practice. *Nursing Philosophy* 7(4):247-256

Rassool, G. H. og Rawaf, S. (2008). Educational intervention of undergraduate nursing students' confidence skills with alcohol and drug misusers. *Nurse Education Today* 28(3):284-292

Ravndal, E. (2009). Behandling eller kontroll : om makt og disiplinering i den norske rushelsetjenesten. *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift* 1/09:74-79

Richmond, I. C. og Foster, J. H. (2003). Negative attitudes towards people with co-morbid mental health and substance misuse problems : an investigation of mental health professionals. *Journal of Mental Health* 12(4):393-403

Ricoeur, P. (1991). Poetry and possibility. I: M. J. Valdès (red). *A Ricoeur Reader : Reflection and imagination*. New York: Harvester Wheatsheaf

Romøren, T. I. (2007). Kommunale hjemmetjenester : fra eldreomsorg til 'yngreomsorg'? *Aldring og livsløp* 1/07:2-10

- Romøren, T. I. (2006). Yngre personer som mottar hjemmetjenester : hvem er de, hva slags hjelp får de, og hvorfor øker antallet så sterkt? *Høgskolen i Gjøviks rapportserie 8/2006*
- Ruyter, K. W. (2003). Det informerte samtykket i medisinsk forskning. I: K. W. Ruyter (red.). *Forskningsetikk : beskyttelse av enkeltpersoner og samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Ruyter, K. W. (2011). Dyder er ikke tilleggsgoder : en utfordring for profesjonsutdanningene. I: S. A. Christoffersen (red). *Profesjonsetikk : om etiske perspektiver i arbeidet med mennesker*. Oslo: Universitetsforlaget
- Schulte, S. J., Meier, P. S., Stirling, J. og Berry, M. (2010). Dual diagnosis competency among addiction treatment staff : training levels, training needs and the link to retention. *European Addiction Research 16(2):78-84*
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner : how professionals think in action*. Aldershot: Arena
- Sheridan, J., Barnard, M. og Webster, S. (2011). Influences on the provision of drug services in England : the experiences and views of front line treatment workers. *Health and Social Care in the Community 19(4):403-411*
- Skinner, N., Feather, N. T., Freeman, T. og Roche, A. (2007). Stigma and discrimination in health-care provision to drug users : the role of values, affect, and deservingness judgments. *Journal of Applied Social Psychology 37(1):163-186*
- Skjervheim, H. (2002). Det instrumentalistiske mistaket. I: J. Hellesnes og G. Skirbekk (red). *Mennesket*. Oslo: Universitetsforlaget
- Skretting, A. (2005). Fra klient til pasient. *Nordisk alkohol- og narkotikatidskrift 2/05:125-140*
- Sneltvedt, T., Odland, L-H. og Sørli, V. (2010). Standing on one's own feet : new graduate nurses' home health care challenges and work experiences. *Home Health Care Management Practice 22(4):262-268*

- Staunæs, D. og Søndergaard, D. (2005). Intervju i en tangotid. I: M. Järvinen og N. Mik-Meyer (red). *Kvalitative metoder i et interaksjonistisk perspektiv*. København: Hanz Reizels forlag
- Tjora, A. (2010). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Tran, D.T., Stone, A. M., Fernandez, R. S., Griffiths, R. D. og Johnson, M. (2009). Changes in general nurses' knowledge of alcohol and substance use and misuse after education. *Perspectives in Psychiatric Care* (45)2:129-139
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia, Pa.: Davis Company
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oversatt av Kari Marie Thorbjørnsen. Oslo: Universitetsforlaget
- Tønnessen, S., Førde, R. og Nortvedt, P. (2009). Fair nursing care when resources are limited : the role of patients and family members in Norwegian home-based services. *Policy, Politics, & Nursing Practice* 10(4):276-284
- Vabø, M. (1998). Hva er nok? Om behovsfortolkninger i hjemmetjenesten. *Novarapport* 8/98
- Vetlesen, A. J. (1998). Dydsetikk i individualiseringens og globaliseringens tid. I: A. J. Vetlesen (red). *Dydsetikk*. Oslo: Humanist forlag
- Waal, H. (2005). *Avhengighet*. [Online]. <http://www.forebygging.no/cwobjekter/studie5.pdf>
Nedlastet 10.september 2011
- Wadell, K. og Skärsäter, I. (2007). Nurses' experiences of caring for patients with a dual diagnosis of depression and alcohol abuse in a general psychiatric setting. *Issues in Mental Health Nursing* 28(10):1125-1140
- Wiklund, L., Lindström, U. A. og Lindholm, L. (2006). Suffering in addiction : a struggle with life. *Theoria, Journal of Nursing Theory* 15(2):7-16
- Wiklund, L. (2008a). Existential aspects of living with addiction – Part I : meeting challenges. *Journal of Clinical Nursing* 17(18):2426-2434

Wiklund, L. (2008b). Existential aspects of living with addiction – Part II : caring needs. A hermeneutic expansion of qualitative findings. *Journal of Clinical Nursing* 17(18):2435-2443

Wyller, T. (2011). Dydsetikk, medborgerskap og sosial praksis. I: S. A. Christoffersen (red). *Profesjonsetikk : om etiske perspektiver i arbeidet med mennesker*. Oslo: Universitetsforlaget

Wynn, R. (2007). Prior psychotic episodes among patients in a substance abuse clinic. *Journal of Substance Use* 12(2):127-132

Öresland, S., Määttä, S., Norberg, A. og Lütznén, K. (2011). Home-based nursing care : an endless journey. *Nursing Ethics* 18(3):422-431

VEDLEGG 1

SØKNAD TIL FORSKNINGSFELTET



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTET

Institutt for helse og samfunn
Seksjon for sykepleievitenskap
Postboks 1153 Blindern
N-0318 OSLO

Oslo, 19. november 2012
Deres ref.:
Saksbehandler: Sylvia Hansen
Vår ref.: Masteroppgave 2012/13

Søknad om tillatelse til å gjennomføre dybdeintervju med sykepleiere i kommunehelsetjenestens hjemmesykepleie

Jeg ønsker med dette å invitere [redacted] hjemmesykepleietjeneste som forskningsfelt i mitt masterprosjekt ved institutt for helse og samfunn ved universitetet i Oslo. Min veileder på masterprosjektet er førsteamanuensis Siren E. Kouwenhoven.

Prosjektets tittel er "Kommunehelsetjeneten i endring. Om hjemmesykepleieres erfaringer med å møte pasienter med rusmiddellidelser på hjemmebesøk. En kvalitativ studie". Jeg har til hensikt å gjennomføre dybdeintervju med sykepleiere i forskjellige hjemmesykepleiedistrikt. Hensikten er å få vite noe om sykepleieres erfaringer med å møte hjemmeboende rusavhengige pasienter: hvilke områder er sykepleiere opptatt av når de møter og behandler pasientene? Hva oppleves som faglig utfordrende eller tilfredsstillende fra sykepleiernes ståsted innenfor konteksten der de arbeider? En tematisert fremstilling av sykepleiernes erfaringer kan tenkes å gi et nyttig bidrag til kunnskapsutvikling i kommunene så vel som i forsknings- og utdanningsorganisasjonene i tiden fremover.

Dersom tillatelse blir gitt vil jeg i samarbeid med [redacted] og [redacted] rekruttere sykepleiere i Deres [redacted] til å delta i intervju. 8 -10 sykepleiere vil få tilbud om å delta, og må selv ta stilling til om deltagelse er ønskelig. Det kan være grunnutdannede sykepleiere, spesialsykepleiere, eller sykepleiere med koordinerende funksjon. Inklusjonskriteriet er at de møter pasienter med rusmiddellidelser i sin praksis og at de inngår i regulær hjemmesykepleie, ikke i spesialavdeling for [redacted]

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved UiO i tråd med UiOs reglement for elektronisk godkjenning.

psykiatrisk hjemmesykepleie. Det er ønskelig å møte sykepleierne ved deres arbeidssted og gjennomføre intervjuene der. Vedlagt finnes det informasjonsskriv/samtykkeerklæring som vil bli benyttet.

Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig Datatjeneste A/S.

Det antas at deltagere i prosjektet har faglig utbytte av å være med gjennom den refleksive prosessen deltagelsen innebærer. Dersom det er ønskelig kan tjenestestedet få tilgang til prosjektrapporten når den er ferdigstilt og sensurert. Jeg kan også holde foredrag om funnene om det er av interesse. Prosjektet er planlagt ferdigstilt i juni 2013.

Har Dere spørsmål angående prosjektet, kan Dere ta kontakt med meg på telefon 901 27 907. Jeg ser frem til Deres svar på denne henvendelsen.

Med vennlig hilsen


Sylvia Hansen

Institutt for helse og samfunn,
Seksjon for sykepleievitenskap,
Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo

Svar sendes (ja/~~nei~~)

Sylvia.hansen@studmed.uio.no

Forutsatt at våre brukere forblir anonyme.

21.11.12

adv. dir. Jørgen Jørgensen

VEDLEGG 2

INFORMASJONSSKRIV OG

SAMTYKKEERKLÆRING



UNIVERSITETET I OSLO

DET MEDISINSKE FAKULTET

Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt:

**”Kommunehelsetjenesten i endring.
Om hjemmesykepleieres erfaringer med å møte pasienter med
rusmiddellidelser på hjemmebesøk.
En kvalitativ studie”**

Kjære sykepleier!

Mitt navn er Sylvia Hansen. Jeg er sykepleier og masterstudent i sykepleievitenskap ved Universitetet i Oslo. Min veileder er førsteamanuensis, Siren E. Kouwenhoven. Jeg vil nå gi deg en kort informasjon om mitt masterprosjekt og invitere deg til å delta i det.

Jeg er interessert i hjemmesykepleieres erfaringer når de utfører pleie- og omsorgsoppgaver overfor pasienter med rusmiddellidelser som de møter på hjemmebesøk for oppdrag som medisinadministrering, støttesamtaler, tilsyn, sårstell, ernæringstiltak osv. Med pasienter med rusmiddellidelser mener jeg pasienter med skadelig bruk/avhengighet av illegale rusmidler, eller pasienter som tidligere har brukt illegale rusmidler på en slik måte at bruken har påført dem helseproblemer. Det er i dag vanlig at sykepleiere i hjemmetjeneste møter pasienter med rusmiddellidelser hyppig i sin praksis og skal sørge for at de får forsvarlig behandling og oppfølging. Mye av arbeidet synes å foregå i den regulære hjemmesykepleietjenesten. Jeg ønsker innsikt i erfaringer sykepleiere som inngår i denne type tjeneste har gjort seg. Hvordan oppleves det å møte og behandle pasienter med rusmiddellidelser på ditt arbeidssted? Hva er du opptatt av og retter din faglige oppmerksomhet mot når du møter pasientene? Jeg håper du vil dele dine erfaringer og opplevelser med meg. Du blir invitert til å delta i ett intervju med dette formål.

Hensikten med prosjektet

Målet med prosjektet er å få økt innsikt i og forståelse for hjemmesykepleieres erfaringer med denne pasientgruppen og å fange opp hvilke områder som fremstår som viktige fra sykepleiernes ståsted når de møter pasientene. Det synes sentralt at sykepleieres egne erfaringer inkluderes i fremtidig kunnskapsutvikling om rusomsorg i kommunene. Dine erfaringer og tanker vil kunne bidra til å formidle kunnskap om et viktig område innenfor helsetjenesten. Å delta kan være forbundet med tid til å reflektere over praksisen du inngår i med mulighet for faglig vekst og utvikling.

Gjennomføring av undersøkelsen

Dersom du samtykker til å delta vil intervjuet foregå på ditt arbeidssted på et tidspunkt som blir satt av i samråd med din avdelingsleder. Intervjuet vil maksimalt vare i en time. Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd og deretter skrevet ut som tekst. Dato for prosjektslutt er 1. mars 2013. Senest innen denne datoen vil lydopptak være slettet og øvrig datamateriale anonymisert. Alle data vil bli anonymisert i publikasjon, det vil si at det ikke vil være mulig å identifisere deltagere i undersøkelsen når resultatene publiseres. For at

heller ingen enkeltpersoner skal kunne gjenkjennes i publikasjon er det av betydning at du overholder din taushetsplikt. Du kan ikke oppgi opplysninger om enkeltpersoner under intervjuet.

Du velger selv

Deltagelse i prosjektet er frivillig og du kan når som helst trekke deg fra prosjektet uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg vil det ikke få noen konsekvenser for ditt arbeidsforhold.

Deltagelse

Dersom du ønsker å delta i undersøkelsen ber jeg deg om å skrive under på den vedlagte samtykkeerklæringen. Dersom du har noen spørsmål så ring meg gjerne på telefon 901 27 907.

Med vennlig hilsen

Sylvia Hansen

Institutt for helse og samfunn, avd. sykepleievitenskap og helsefag
Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo

Samtykkeerklæring

Jeg samtykker i å være med i undersøkelsen.

Jeg har lest informasjonsskrivet og er informert om at opplysninger som gis i intervjuet vil bli behandlet konfidensielt og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i publikasjon. Jeg er også innforstått med at jeg er frivillig med i undersøkelsen og kan trekke meg når som helst uten å oppgi grunn.

.....
Sted

.....
Dato

.....
Underskrift

VEDLEGG 3

INTERVJUGUIDE

INTERVJUGUIDE

HVA SLAGS ERFARINGER HAR DU MED Å
ARBEIDE MED RUSMIDDELMISBRUKEDRE PÅ
DITT ARBEIDSSTED I HJEMMESYKEPLEIEN?

*Hva slags oppgaver utfører du hos rusmiddelmissbrukere, hva slags vurderinger må du gjøre? Hva er dine erfaringer med å gjøre disse oppgavene/vurderingene?

*Hva har du erfart er faglig eller menneskelig utfordrende eller utviklende når du besøker rusmiddelmissbrukere?

*Hva er du opptatt av i dine møter med rusmiddelmissbrukere?

*Andre erfaringer?

VEDLEGG 4

PERSONVERNOMBUDETS INNSTILLING



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

Siren Eriksen Kouwenhoven
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo
Postboks 1130 Blindern
0318 OSLO

Vår dato: 12.11.2012

Vår ref:32060 / 4 / AH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 07.11.2012. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 11.11.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

32060	<i>Kommunehelsetjenesten i endring. Om hjemmesykepleieres erfaringer med å møte pasienter med rusmiddellidelser på hjemmebesøk. En kvalitativ studie</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Siren Eriksen Kouwenhoven</i>
<i>Student</i>	<i>Sylvia Hansen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstillter kravene i personopplysningsloven.


Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle 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/forsk_stud/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, 01.03.2013, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Åsne Halskau

Åsne Halskau tlf: 55 58 89 26
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Sylvia Hansen, Lovisenberggt 21 F, 0456 OSLO



Prosjektets formål er å få innsikt i erfaringer hjemmesykepleiere i klinisk praksis i kommunehelsetjenesten har gjort seg i arbeid med rusavhengige pasienter de møter på hjemmebesøk. Utvalget består av sykepleiere ansatt i kommunale hjemmesykepleietjenester. Førstegangskontakt og rekruttering går via kommuneledelse, og deretter avdelingsledere ved tjenestestedene.

Det skal gjennomføres personlige intervju og registreres opplysninger om sykepleierenes erfaringer i møte med pasientgruppen, jf. vedlagt intervjuguide. Det tas høyde for at det vil kunne framkomme indirekte personidentifiserende opplysninger om sykepleierne via bakgrunnsvariabler, som for eks. tjenestested, men navn eller andre direkte personidentifiserende opplysninger vil ikke registreres. Lydopptak lagres på PC.

Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes muntlig og skriftlig samtykke basert på muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskrivet mottatt 11.11.2012 tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår.

I meldeskjemaet var det opprinnelig oppgitt at det ville kunne bli registrert opplysninger om tredjepersoner i form av helse- og livssituasjonen til konkrete pasienter. Etter korrespondanse med ombudet skal prosjektet nå gjennomføres uten at det innhentes opplysninger om enkeltpasienter. Dette er også tatt inn i informasjonsskrivet.

Prosjektet skal avsluttes 01.03.2013 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

