



Haraldsplass
DIAKONALE HØGSKOLE
Bergen Diakonissehjem

Bacheloroppgave i sykepleie

”Å bli sett av et øye som ser”

Sykepleiers møte med den rusavhengige pasienten

“To be met by eyes that really sees”

Nurse meeting the drug addicted patient

Kandidatnummer: 709

Kull: 2013

Antall ord: 10 940

Innleveringsdato: 16 februar 2016

*Hver eneste dag står de der.
Fra tidlig morgen til sent på kveld er de i full jobb
med slitne kropper og øyne som brenner
av mangel på alt det vi andre tar for gitt.
Men de er ikke så veldig forskjellig fra deg eller meg.
Ser du godt etter, kan du bak fornedrelsen
og håpløsheten fortsatt skimte
det lille mennesket som kom til verden
med de beste hensikter.
Hver eneste dag sloss jeg
for at det lille mennesket ikke skal forsvinne
og bli helt usynlig,
for at det skal oppleve verdighet og respekt,
for at det skal bli sett.
Til syvende og sist er det det alt handler om.
Å bli sett av et øye som ser*

(Bjørnøy, u.å., referert i Auran, 2011)

Sammendrag

Denne bacheloroppgaven tar for seg hvordan sykepleieren kan møte den rusavhengige pasienten på en verdig måte, i det somatiske helsevesenet. I arbeidet med denne oppgaven har jeg fordypet meg i hva som, gjennom forskning og litteratur, anses som forutsetninger for et slikt møte.

Det kommer tydelig frem at sykepleieren skal møte alle pasienter på en verdig måte, både gjennom lovverk, i våre yrkesetiske retningslinjer, forskning og litteratur. Det anses både som et menneskelig behov, men også som sykepleierens plikt, å ivareta pasientens verdighet. Det har imidlertid vist seg at det ikke alltid er slik i praksis.

Oppgaven bygger på en litteraturstudie av både forsknings- og faglitteratur.

Ved en hermeneutisk og fenomenologisk gjennomgang av litteraturen ønskes det å avdekke viktige aspekter som kan hjelpe sykepleieren å møte den rusavhengige pasienten på en verdig måte.

Sykepleieteoretiker Joice Travelbee og hennes teori om et menneske-til-menneske-forhold, belyser viktigheten av å bygge en relasjon med pasienten, og hva som må til for å se og anerkjenne pasienten som menneske. Hennes teori presenteres og drøftes opp mot relevans til problemstillingen i denne besvarelsen. Pasient- og sykepleieperspektiver uttrykkes gjennom forskningsartikler rettet mot sykepleier-pasient-forholdet. Nøkkelfunn i den inkluderte forskningen er, blant annet, konsekvensen og viktigheten av sykepleierens kunnskap, holdninger og støttestrukturer på avdelingsnivå. Et annet viktig moment som er gjennomgående i denne oppgaven, er å evne å *se*, og dermed anerkjenne, den rusavhengige pasienten for den han er som menneske.

Verdighetsbegrepet, kunnskap, holdninger og kommunikasjon drøftes og aktualiseres opp mot problemstillingen.

Leseren må ta med i betraktningen at det alltid vil være det enkelte mennesket en må se situasjonen ut fra. Aktuelle funn gjort i denne sammenheng kan ses på som veiledende, men er ikke en fasit.

Nøkkelord: Verdighet, rusavhengighet, holdninger, sykepleie, menneske-til-menneske-forhold

Abstract

The research question of this bachelor thesis investigates how nurses can meet the drug addicted patient in a dignified manner, in the somatic health care departments.

The present study looks into what conditions must be present to achieve a meeting like this.

It is evident, from legislations, the ethical guidelines for nurses, research, and through the literature in general, that the nurse should meet all patients in a dignified manner. Moreover, it is considered as a human need, but also as the nurse's duty, to safeguard the patient's dignity. However, in my research it has been found that this is not always the case in practice.

The present study is based on a literature review of relevant research and literature. It is the aim, through a hermeneutical and phenomenological approach to the literature, to illuminate important aspects that must be present in order for the nurse to meet the addict patient in a dignified manner. Nursing theorist Joice Travelbee and her theory of a human-to-human relation will be presented and discussed, as it highlights the steps in establishing this kind of relationship with the patient, and addresses the importance of seeing and recognizing the patient as a human being.

Patient and nursing perspectives will be conveyed through presenting and discussing research papers on nurse-patient relations. Key aspects from the findings are, among other things, the impact and importance of the nurse's knowledge as well as attitudes and support structures at departmental level. An important factor that is consistent through this paper is the ability of the nurse to see, and thus recognize, the addicted patient for who he is as a human being.

Dignity, attitude, knowledge and communication are important terms that will be discussed and actualized towards the research question.

The reader should keep in mind that one must always see the situation from the perspective of the individual human being. Recent discoveries made in this context should be seen as indicative although they are not meant as concluding answers.

Keywords: Dignity, addiction, attitude, nursing, human- to-human-relation

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	III
Abstract	IV
1.0 Innledning.....	3
1.1 Begrunnelse for valg av tema.....	3
1.2 Problemstilling	4
1.3 Utdypning og avgrensing	4
1.4 Oppgavens disposisjon.....	5
2.0 Metode.....	6
1.4 Redegjørelse for etiske overveielser og retningslinjer	6
1.4.1 De fire etiske prinsipper	7
2.1 Vitenskapelig forståelse og sykepleieteoretisk grunnlag	7
2.2 Litteraturstudie	9
2.3 Litteratursøk	9
2.2 Presentasjon og begrunnelse for valg av empiri.....	10
2.2.1 Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review.....	10
2.2.2 The perceptions and aspirations illicit drug users hold toward health care and the care they receive	12
2.2.3 Dignity in care in the clinical setting: A narrative review	13
2.2.4 The Varieties of Dignity.....	14
2.3 Metode- og kildekritikk.....	14
3.0 Teori – et forståelsesgrunnlag	16
3.1 Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee.....	16
3.2.1 Rusavhengighet – når rusen får makt.....	19
3.3 Holdninger.....	20
3.3.1 Holdninger i samfunnet.....	21
3.3.2 Holdninger hos sykepleieren	22
3.4 Kommunikasjon	24
3.5 Verdighet.....	25

4.0 Drøfting	27
4.1 verdighetens plass i sykepleie	27
4.2 Holdningene - ”det er vel selvforskyldt”	29
4.4 Viktigheten av kunnskap	30
4.5 kommunikasjon	34
5.0 Avslutning	37
Litteraturliste	39
Lovverk	41

1.0 Innledning

I det følgende presenteres begrunnelse for valgt tema og en presentasjon av problemstilling. Deretter påfølger en oversikt over utdypelse og avgrensning for oppgaven. Avslutningsvis legges det frem en redegjørelse for etiske retningslinjer, samt oppgavens disposisjon.

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Temaet for oppgaven min er sykepleierens møte med den rusavhengige pasienten i det somatiske helsevesenet. Dette valget er tatt på bakgrunn av et hjerte for det rusavhengige mennesket. Jeg har et sterkt ønske om å møte denne pasientgruppen med respekt og på en verdig måte. Det er samtidig et dagsaktuelt tema, da det er kjent at rusmiddelforbruket er en samfunnsutfordring, og rusavhengighet i seg selv fører til et økt behov for helsetjenester (Boekel, mfl., 2013, s. 24; Ford, 2011, s. 241). Sykepleieren vil derfor møte denne pasientgruppen på alle arenaer for sykepleie, på lik linje med alle andre pasienter.

For å videre belyse sykepleiefaglig relevans og den juridisk forankrede viktigheten av dette temaet, kan Norsk sykepleieforbunds ([NSF], 2011, s. 7) yrkesetiske retningslinjer trekkes frem, da det her sies at ”grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og dens iboende verdighet” Videre påpekes det at Sykepleieren skal ”ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket” (2011, s. 8). I helse- og omsorgstjenesteloven stadfestes det, blant annet, at lovens formål i seg selv er å ” fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer” (1999, § 1-1). Likedan er formålet med spesialisthelseloven å ”bidra til et likeverdig tjenestetilbud” (2011, § 1-1).

Men blir virkelig alle mennesker møtt med verdighet og respekt i dagens helsevesen?

Det har vært viktig for meg å få mer kunnskap om det valgte temaet, og bli mer bevisst mine egne holdninger. Dette anses som viktig for at jeg skal kunne opptre etisk og faglig rett i møte med denne pasientgruppen, og for å bedre kunne se mennesket bak den, mer eller mindre, synlige rusavhengigheten.

Målet er å bli utrustet til å kunne bidra med empirisk begrunnede etiske refleksjoner og diskusjoner på min kommende arbeidsplass, som kan bidra til en positiv og engasjert holdning til denne pasientgruppen.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleieren møte mennesker med rusmiddelavhengighet på en verdig måte i somatisk helsevesen?

1.3 Utdypning og avgrensning

Problemstillingen jeg har valgt er forholdsvis vid, og jeg vil her presisere nærmere hva jeg ønsker å undersøke og formidle i oppgaven.

Jeg har valgt å fokusere på hva som, gjennom forskning og litteratur, anses som forutsetninger for å møte mennesker med rusavhengighet på en verdig måte. På grunn av oppgavens omfang har jeg valgt å se bort fra detaljerte intervensjoner og handlingsstrategier, selv om slike faktorer blir eksemplifisert.

Møter med pasientgruppen jeg forholder meg til i besvarelsen oppstår på flere arenaer for sykepleiere, og jeg har valgt å avgrense dette til å gjelde somatiske arenaer som for eksempel sykehus, hjemmesykepleie og sykehjem. Jeg ønsker med dette å ekskludere psykiatri og arenaer som innehar rusomsorg som fagfelt.

Opgavens fokus er rettet mot pasienten og sykepleieren, og jeg velger derfor å se bort fra det pårørende nettverket. Problemstillingen besvares med en forutsetning om at årsaker til innleggelse behandles og at andre fysiske behov som for eksempel hygiene, ernæring og

eliminasjon dekkes. Dette blir derfor ikke ytterligere vektlagt, da jeg ser det som irrelevant for besvarelsen av oppgaven.

Selv om komorbiditet er svært vanlig for rusavhengige, blir ikke dette tatt stilling til.

Jeg har valgt å bruke termen rusavhengige når jeg snakker om pasienter med en rusmiddelavhengighet. Rus- eller rusmiddelavhengighet favner min avgrensing i besvarelsen, nemlig bruk av illegale rusmidler og tilstander der diagnostiske kriterier er oppfylt. For meg fremstår dette begrepet som minst stigmatiserende. Jeg har derfor konsekvent valgt vekk ord som rusproblemer, rusmisbrukere og narkomane av hensyn til dette, i tillegg til at de ikke anses som presise nok for min avgrensing.

I møte med pasienter med rusavhengighet kan det ofte oppstå etiske dilemmaer. Yrkesetiske retningslinjer er sykepleieres viktigste verktøy i møte med disse. Besvarelsen er gjort med en grunntanke om at sykepleieren er forpliktet til å kjenne til, og kunne anvende yrkesetiske retningslinjer på en riktig og forsvarlig måte når etiske dilemmaer oppstår. Jeg har likevel valgt å ikke gå nærmere inn på aktuelle etiske dilemmaer i min besvarelse.

1.4 Oppgavens disposisjon

I det følgende kapittelet, kalt metode, gjøres det rede for den vitenskapelige forståelsen og fremgangsmåten som er benyttet for å svare på problemstillingen. Videre presenteres kunnskaps- og forståelsesgrunnlaget for besvarelsen i en litteratur- og artikkelgjennomgang. Deretter fremlegges drøftingskapittelet hvor problemstillingen drøftes i lys av den inkluderte litteraturen. Oppgaven avrundes deretter med en avslutning.

For å tydeliggjøre språket og hvem det fokuseres på til ulike tider i oppgaven, vil sykepleier innimellom betegnes som hun/henne og pasienten som han/ham og den rus- eller rusmiddelavhengige.

2.0 Metode

I dette kapitlet presenteres etiske overveielser og retningslinjer, samt metodisk tilnærming som er tatt i bruk for å besvare problemstilling. Deretter følger en kort beskrivelse av hvordan jeg har gått frem for å samle relevant data i form av litteratur og forskning, med en påfølgende presentasjon av et utvalg utslagsgivende artikler for besvarelsen. Til slutt legges det frem en kildekritikk til inkludert litteratur, på et generelt grunnlag.

1.4 Redegjørelse for etiske overveielser og retningslinjer

Det er en rekke etiske retningslinjer å ta hensyn til i all forskning, og studier av tidligere forskning.

Norsk Sykepleieforbunds yrkesetiske retningslinjer sier at sykepleieren skal holde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innenfor sitt fagområde, samt bidra til at denne kunnskapen anvendes i praksis. Sykepleieren skal også aktivt anvende de yrkesetiske retningslinjene og bidra til etisk refleksjon i hverdagen (NSF, 2011).

Taushetsplikt og anonymisering overholdes holdes når møter med mennesker trekkes frem. Jeg har søkt å følge juridiske og etiske retningslinjer for kildebruk, og ikke kopiert andres verk for å utgjøre det som mitt eget.

Jeg ber om at leseren tar med i betraktningen av oppgaven, at det alltid vil være det enkelte mennesket en må se situasjonen ut fra. Aktuelle funn gjort i denne sammenheng kan ses på som veiledende, men er ikke en fasit.

1.4.1 De fire etiske prinsipper

De etiske kravene til all vitenskapelig forskning bygger på Forente Nasjoners menneskerettighetserklæring og Helsinkideklarasjonens etiske retningslinjer. All sykepleieforskning veiledes derfor av følgende etiske prinsipper: prinsippet om autonomi, prinsippet om å gjøre godt, prinsippet om å ikke skade og prinsippet om rettferdighet (Sykepleiernes Samarbeid i Norden, 2003 s. 8).

Prinsippet om autonomi er utvidet til også å omhandle verdighet, integritet og sårbarhet, og dreier seg om det enkelte menneskes mulighet for individuell utvikling. Autonomi omhandler også en plikt til å vise diskresjon og beskyttelse av privatliv. Det gjennomføres i denne besvarelsen anonymisering når møter med mennesker blir presentert eller referert til.

Prinsippet om å gjøre godt sikter til et ønske om at det som kommer frem skal være til nytte for den eller de studien rettes mot. I dette tilfellet ønsker jeg å bidra til en positiv holdning til den aktuelle pasientgruppen, samt bidra med etiske og faglige refleksjoner på min fremtidige arbeidsplass.

Prinsippet om å ikke skade forutsetter at man evner å se konsekvensene av det arbeidet en gjør og det som produseres. I denne oppgaven tas dette hensyn til gjennom anonymisering av møter med mennesker, samt ekskludering av litteratur som ikke er velmenende.

I *prinsippet om rettferdighet* skal den granskende støtte opp under marginaliserte gruppers rettigheter, spesielt med tanke på å minimalisere sosiale forskjeller i samfunnet. En annen viktig side vedrørende rettferdighetsprinsippet er å utvikle kunnskap om hvordan alle pasientgrupper kan hjelpes (Sykepleiernes Samarbeid i Norden, 2003, s. 8).

2.1 Vitenskapelig forståelse og sykepleieteoretisk grunnlag

Besvarelsen bygger primært på en humanvitenskapelig kunnskapsgrunnlag, da mer spesifikt den fenomenologiske retningen innen den hermeneutiske tradisjonen. *Hermeneutikken*

handler om å forstå og å tolke grunnlaget for menneskelig eksistens, og vil derfor være viktig i all forberedelse av arbeid med mennesker (Dalland, 2007, s.56). Vi kan både forstå, komme nærmere og øke avstanden mellom mennesker vi møter, avhengig av hvilken bevissthetsholdning, erfaring og intuitive forståelse vi stiller med. Det vil si at vi aldri vil være forutsetningsløs, men møter den andre med en forforståelse som bygger på for eksempel kulturelle faktorer og erfaringer (Thornquist, 2003, s. 86-87).

I arbeidet med denne besvarelsen har jeg tolket, og forsøkt å gjengi, budskapet i litteratur fra forskningsartikler, fagartikler og annen relevant litteratur. Oversiktsartikler og den kvalitative forskningen som er inkludert, bygger på allerede tolkede intervjuer eller forskning gjort av andre, som igjen tolkes og gjengis av undertegnede.

(Thornquist, 2003, s. 141).

Den fenomenologiske tradisjonen har røtter i empirismen, der fornuften ikke oppfattes som like rådende som erfaringsbasert kunnskap. Fenomenologien fokuserer på å undersøke hvordan mennesker aktivt skaper sin egen verden, og søker å se verden slik den fremstår mer enn hvordan den faktisk er (Thornquist, 2003, s. 87).

I denne besvarelsen, og i lys av et fenomenologisk perspektiv, er det underliggende å forstå den enkelte ut fra dens egne premisser, og la mennesket selv få komme til uttrykk. Empirisk kunnskap trekkes inn gjennom forskning, litteratur, uttalelser fra fagpersoner, og egne erfaringer og refleksjoner.

Jeg har valgt å benytte Joyce Travelbees filosofi og mellommenneskelige sykepleietenkning i denne besvarelsen. Travelbee mener at det er først når man, i interaksjon, ser det enkelte individet som et menneske, at en reel kontakt oppstår (Joyce Travelbee 1999, s. 171). Jeg vil komme med en mer utfyllende presentasjon av Travelbees teori i kapittel tre.

2.2 Litteraturstudie

Denne besvarelsen bygger på en litteraturstudie som metodisk tilnærming, med utgangspunkt i et humanvitenskapelig perspektivet. Litteraturen som er samlet inn har derfor i all hovedsak en kvalitativ tilnærming. Imidlertid har et par av de utvalgte artiklene også benyttet en triangulert tilnærming, det vil si en kombinasjonen av flere metoder, i dette tilfellet, kvalitativ og kvantitativ metodisk tilnærming.

Utgangspunktet for min tilegnelse av kunnskap bygger hovedsakelig på primærlitteratur i form av pensumbøker, forskning og fagartikler, i tillegg har jeg benyttet sekundærlitteratur for å utfylle, og støtte opp under forståelsen av, primærlitteraturen, som for eksempel oversiktsartikler.

Det blir også inkludert en egenerfart opplevelse, der jeg presenterer et personlig møte og samtale med en rusavhengig mann, for å aktualisere og eksemplifisere temaene som drøftes i kapittel fire. Utdragene fra egen erfaring vil tydeliggjøres ved at avsnittene er satt i kursiv skrift.

2.3 Litteratursøk

Søkeprosessen i forbindelse med dette litteraturstudiet startet med et søk i databasen SveMed+. Her ble det søkt på de norske søkeordene *rusavhengig*, *verdighet*, *menneskeverd*, *holdninger*, *sykepleier-pasient-forhold*. Det ble videre søkt etter tilhørende engelske MeSH-termer både i SveMed+ og på helsebibliotekets terminologibase. Her ble de engelske MeSH-termene *drug abuse*, *drug addicts*, *value of life*, *dignity in care*, *attitude of health personnel*, *nurse-patient-relation* inkludert videre i søkeprosessen. Disse ble hovedsakelig brukt til å finne litteratur i databasene CINAHL og PubMed. De engelske MeSH-termene ble satt sammen i ulike kombinasjoner ved hjelp av de boolske operatørene OR, AND og NOT. Artikler som ikke var tilgjengelige i full tekst i CINAHL og PubMed ble søkt etter i

søkemotorer som Google Scholar og Oria for å gjøre rede for tilgjengeligheten. Jeg har også benyttet meg av søk ut fra såkalt snowballing eller nøsting fra sitater og referanselister i artikler, bøker og tidligere bachelor og masteroppgaver.

For å få et aktuelt og samfunnspreget bilde av rusavhengige og deres plass i dagens samfunn har jeg søkt i søketjenesten Google med søkeord som *rusavhengig*, *holdninger*, *verdighet*, *helsepersonell* og *helsetjenester*, i ulike kombinasjoner, for å finne fagartikler og avisartikler.

Litteraturen som er valgt ut fra disse søkene er gjort på bakgrunn av sin relevans mot problemstillingen.

2.2 Presentasjon og begrunnelse for valg av empiri

Her legges det frem et utvalg av inkluderte artikler for denne besvarelsen. For hver artikkel presenteres hensikten med artikkelen, metode og viktige funn. Hver artikkel settes også i et kritisk perspektiv, der artikkelens svakheter poengteres og vurderingen av relevans og overførbarhet belyses.

2.2.1 **Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review**

(Boekel, mfl. 2013)

Formålet med denne systematiske oversiktsartikkelen forstås å være å vurdere, og gi en oversikt over, helsepersonells holdninger til pasienter med en form for rusavhengighet eller rusproblemer og se på konsekvensene av disse holdningene i utøvelsen av helsetjenester til denne pasientgruppen. Det legges også frem forklaringer på hvorfor noen helsearbeidere innehar disse holdningene.

Artikkelen bygger på både kvalitative og kvantitative studier, noe som styrker validiteten og reliabiliteten til funnene som kom frem. Søkedatabasene Pubmed, PsycINFO og Embase ble benyttet for å finne artikler i tidsperioden 2000-2011. Artikkelen er fagfellevurdert.

28 studier fra vestlige land ble inkludert. Det kom frem at helsepersonell generelt hadde dårlige holdninger til pasienter med rusavhengighet eller rusproblemer. De oppgav vold, manipulering og lav motivasjon som hemmende faktorer i arbeidet med disse pasientene. Det kom også frem at helsepersonell manglet nødvendig kunnskap, opplæring og støttestrukturer på avdelingen. Forfatterne fant videre at helsepersonell er mindre involvert og har en mer oppgaveorientert tilnærming til pasienter med rusavhengighet, som kan resultere i redusert empati for, og involvering i, pasienten.

Artikkelen har gitt meg en bredere innsikt i dagsaktuelle holdninger hos helsepersonell til rusavhengige pasienter. Den viser til typiske holdninger som har gått igjen i undersøkelsene og hva som kan ligge til grunn for disse.

Datasamlingen ble i denne artikkelen begrenset ut fra litteratur som hadde tilgjengelig sammendrag, var tilgjengelig i full tekst og skrevet på engelsk eller tysk. Her kan relevante artikler ha blitt oversatt. I tillegg er forskningen gjort ut fra informanter fra ulike land og kulturer, noe som kan vekke spørsmål om overførbarhet. Jeg anser det imidlertid styrkende for overførbarheten at flere land er representert, da det viser at utfordringer vedrørende helsepersonells holdninger kan være sammenlignbare, på tvers av landegrensler.

Selv om det ble gjennomført et systematisk litteratursøk er det mulig at relevante studier ble oversatt.

Det foreligger alltid en viss fare for feiltolkning av andres materiale ved en oversiktsartikkel. Det er også mulig at de primære studiene er påvirket av en partisk utvelgelse, siden bare motivert helsepersonell medvirket i studiene.

2.2.2 The perceptions and aspirations illicit drug users hold toward health care and the care they receive

(McLaughlin, mfl., 2000)

Formålet med denne oversiktsartikkelen anses å være å samle data fra rusavhengiges egne oppfatninger og forventninger til deres helsetjeneste og helsepersonell, og finne frem til tilbakevendende temaer og viktige problemstillinger.

Data er samlet inn gjennom kvalitativt gruppeintervju, med en deltakelse på 20 informanter.

I denne artikkelen tydeliggjør rusavhengige pasienter blant annet behovet for en behandling og fremtoning som bygger på kunnskap og omsorg, noe som ble opplevd manglende. De rusavhengige pasientene i undersøkelsen gjenkjente også den reelle utfordringen de påførte helsepersonellet, og de var klar over at de var en mislikt pasientgruppe. Det kom også frem at de reagerte positivt på helsepersonell som var kunnskapsrike, forståelsesfulle, omsorgsfulle og dyktige i sitt arbeid.

Denne artikkelen har gitt meg et innblikk i rusavhengiges, perspektiv og opplevelser i møte med helsepersonell og deres holdninger. Dette med forbehold om at opplevelsene representerer informantene i denne undersøkelsen.

Gruppeintervjuet kunne med fordel blitt gjennomført med flere. Studien er gjennomført i Irland i 1999, noe som vekker spørsmål om kulturell relevans, og om innholdet fortsatt kan anses overførbart til i dag. Min vurdering er at disse erfaringene er aktuelle, da det er et vestlig land, ikke for ulikt vårt eget samfunn, og anses også relevant for dagens helsevesen. Artikkelen tas derfor med på bakgrunn av innsyn i pasientens opplevelse av møtet med helsepersonell. Artikkelens svakheter kommer ikke tydelig frem, noe som anses en svakhet i seg selv, da det gir inntrykk av at det ikke er tatt stilling til disse i resultatene. Dette gjør min vurdering av artikkelens troverdighet utfordrende.

Det kan videre stilles spørsmål ved om informantene som har sagt ja til å være med i undersøkelsen er representative for gruppen de representerer i forhold til for eksempel kjønn og motivasjon. Artikkelen er i midlertid fagfellevurdert og ble, på bakgrunn av dette, tema og relevante funn, valgt med.

2.2.3 Dignity in care in the clinical setting: A narrative review

(Lin, Y.P., mfl., 2012)

Denne oversiktsartikkelens formål var å undersøke, og gi en oversikt over, sykepleiefaglig litteratur og forskning på verdighet og vurdere sammenhengen mellom pleien og omsorgen pasientene fikk, og opplevelsen av verdighet. Studier på engelsk gjort mellom 2000 og 2010 ble vurdert. Søkestermer som ”patient dignity”, ”dignity in care”, ”human dignity and nursing” og ”dignity and nursing ethics” ble brukt.

I denne oversiktsartikkelen identifiseres, det som kommer frem som de viktigste faktorene som medvirker til verdighetsopplevelsen i omsorgen og sykepleien som utføres. Her belyses både pasienters og sykepleieres perspektiv. Det kom frem at verdighet i sykepleien til pasienter innlagt på sykehus, påvirkes av fysisk miljø, helsepersonells holdninger og handlinger, organisatorisk kultur og grad av autonomi.

Denne artikkelen har vært hjelpsom for min forståelse av begrepet verdighet, og verdighetens posisjon i sykepleien som utføres.

Artikkelen er ikke relatert til pasienter med rusavhengighet, men mer på et generelt grunnlag. Jeg velger allikevel å anse artikkelen som relevant, da verdighet er et viktig anliggende for pasienten, og mennesker, generelt.

Det foreligger alltid en viss fare for feiltolking av andres materiale ved en oversiktsartikkel. Videre tydeliggjøring av artikkelens svakheter kommer ikke tydelig frem, noe som anses en svakhet i seg selv.

Artikkelen er fagfellevurdert, og på bakgrunn av dette og relevans for valgt problemstilling ble den inkludert i min besvarelse.

2.2.4 The Varieties of Dignity

(Nordenfelt, 2004)

Denne artikkelen er en del av forskningsprosjektet Dignity and Older Europeans. Forfatteren utforsker her et sett av oppfatninger om menneskets verdighet. Begrepet verdighet presenteres, og blir videre spesifisert gjennom sin relasjon til begrepene rettigheter, respekt og selv-respekt. Det presenteres fire aspekter innen verdighetsbegrepet: menneskeverdet, verdighet gjennom meritter, verdighet gjennom moralsk status og den personlige identites verdighet.

Artikkelen er knyttet opp mot et forskningsprosjekt der verdighet hos eldre mennesker undersøkes. Jeg mener imidlertid at denne artikkelens presentasjon av begrepet i seg selv og de ulike aspektene er overførbare i alt arbeid med mennesker, da det er et grunnleggende behov og rettighet for hver enkelt. Artikkelen dateres til 2004, men på tross av dette anses teorien om, og forståelsen av, begrepet som aktuell og gjeldene for dagens samfunn. Artikkelens fokus på de fire aspektene sees på som særs relevante for mitt fokus, da det synliggjør rusavhengige pasienters mulig lave verdighetsopplevelse allerede før innleggelse.

2.3 Metode- og kildekritikk

I og med at jeg forstår og tolker tidligere forskningsartikler og litteratur, men samtidig ønsker å se funnene ut fra informanter, forskere og forfatteres premisser, kan min forforståelse ha påvirket retningen og fokuset i denne besvarelsen, samt ledet min tolkning og forståelse av innhold og funn. Alle inkluderte artikler er fritt oversatt fra engelsk, og åpner derfor også her for feiltolkning og forståelse av innhold.

Det må bemerkes at en mer strukturert søkeprosess kunne vært gjennomført. Det faktum at det etter hvert ble benyttet nøsting, da jeg kom over relevante bacheloroppgaver og masteroppgaver, kan tyde på at søket mitt ikke har vært dekkende nok. Samtidig gjaldt den

nye litteraturen verdighet generelt, og var ikke direkte knyttet til rusavhengige som var et inklusjonskriterie i søket.

Nøsting, anses i seg selv, som en fallgrube, da det er en stor fare for at nyere og/eller mer aktuell litteratur blir oversett (Polit og Beck, 2004, s. 309).

Den individorienterte beskrivelsen til Travelbee kan være en viktig irttesettelse til den standardiserende og generaliserende tendensen. På den andre siden tar ikke teorien tilstrekkelig hensyn til at mennesket eksisterer i en sosial og kulturell sammenheng som har en vesentlig innvirkning på individet. De ulike fasene i Travelbees menneske-til-menneskeforhold virker ikke alltid like realistiske, i og med at de tidlige fasene er forutsetninger for de senere. Travelbee hevder at empati bare oppstår dersom sykepleieren har lignende erfaringer. Dette vil si at sykepleieren ikke kan oppnå en sympati-fase, uten at hun har en empatisk erfaring med pasienten. Dette virker urimelig (Kirkevold, 2001, s. 124-125). Allikevel ser jeg teorien nyttig for å tydeliggjøre viktige faktorer som må være tilstede for å utvikle en relasjon, der det unike mennesket er i sentrum.

Jeg har i all hovedsak forsøkt å forholde meg til primærlitteratur, men har også anvendt sekundærlitteratur der det var nødvendig for å utfylle det empiriske forståelsesgrunnlag. Sekundærlitteratur ble i noen tilfeller også ansett som styrkende for funnene, her vises til de to oversiktsartiklene som er inkludert.

Flere artikler benytter en triangulert metodetilnærming, i denne sammenhengen gjaldt det kvalitative og kvantitative metoder. De ulike metodiske tilnærmelsene utfyller hverandre, og når en kombinasjon av ulike metoder viser samme funn, styrker det reliabiliteten til resultatene (Thidemann, 2015, s. 79).

Det kan stilles spørsmål til overførbarhet vedrørende utgivelsesår, da det i den inkluderte litteraturen finnes et spenn der den eldste artikkelen er datert 1998 og den nyeste er en avisartikler fra 2015. Det kan også stilles spørsmål til kulturell overførbarhet, da samtlige forskningsartikler og oversiktsartikler viser til funn eller tidligere studier gjort i andre land. Aktualitet, reliabilitet og validitet er blitt vurdert gjennom prosessen.

Samtlige artikler som er inkludert i denne besvarelsen er fagfellevurdert.

3.0 Teori – et forståelsesgrunnlag

I det følgende kapittelet presenteres sykepleieteoretiker Joyce Travelbee og termen «menneske-til-menneske-forhold». Deretter følger en gjennomgang av relevant forskning og litteratur som gjør rede for aspekter som anses sentrale for å kunne møte pasienter på en verdig måte. Det innebefatter et teoretisk forståelsesgrunnlag av rus og rusavhengighet, holdninger, kommunikasjon og en grunnforståelse av hva som ligger i begrepet verdighet.

3.1 Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee

Joyce Travelbees (1926-1973) sykepleietenkning har hatt, og har fortsatt, stor innflytelse i den norske sykepleierutdanningen. Hun mente det var et behov for en ”humanistisk revolusjon” ut fra den avhumaniseringen hun mente hadde skjedd i helsesektoren i USA etter 2. Verdenskrig. Det enkelte individ skulle stå i sentrum, som unikt, både likt og ulikt alle andre, og i stadig vekst, utvikling og endring (Travelbee 1999, Forord).

Ved å konfronteres med andres sårbarhet møter også sykepleieren sin egen sårbarhet. Travelbee mener at en må akseptere og erkjenne seg selv som menneske for å kunne akseptere andre mennesker. Hun poengterer også viktigheten av at sykepleiere samtaler rundt sine erfaringer i denne prosessen, for å drøfte og videreformidle sine opplevelser og empiriske kunnskap (Travelbee 1999, S. 22).

Travelbees teori gikk, blant annet, ut på at sykepleierens mål og hensikt bare kunne oppnås gjennom en etablering av et menneske-til-menneske-forhold. Her mente hun at roller, som sykepleier og pasient, skapte begrensninger i relasjonen, i den forstand at en ikke evner å se mennesket. For å overvinne dette stadiet, og nå et stadium hvor de ser hverandre som unike mennesker, går de involverte gjennom en interaksjonsprosess som har flere faser. Det skilles mellom fasene *det innledende møtet, fremvekst av identitet, empati og sympati og gjensidig forståelse og kontakt*. (Travelbee 1999, s.172).

Det innledende møtet, også kalt førsteinntrykk, går ut på observasjon, antakelser og å opparbeide meninger om den andre. Dette utløser følelser som legger føringer for hvordan en opptrer og reagerer overfor hverandre. Hindringer for videre utvikling kan her være ubevisste stereotypier hos sykepleier, for eksempel å kategorisere den man møter som pasient i stedet for mennesket, det unike individet, hun møter (Travelbee 1999, s. 186).

Fremvekst av identitet karakteriseres nettopp ved evnen til å verdsette den andre som et unikt menneskelig individ og ikke som en kategori eller ut fra pasientgruppen han representerer. Hindringer for videre utvikling kan være at det unike ved andre føles truende, skaper misunnelse, blir undervurdert eller ignoreres (Travelbee 1999, s. 188-1889).

I *empatifasen* tar en del i den andres sinnstilstand uten å gjøre det til sitt eget.

Hindringer for videre utvikling kan være en opplevelse av å være blottlagt, gjerne fordi en har vært for ærlig med sykepleieren. Sykepleieren kan kjenne på en avmakt i forhold til informasjonen hun har fått og mangle evne til å bruke den på en nyttig måte. Tillit er nødvendig for å føle empati. Denne tilliten kan ta skade eller ødelegges alt etter hvordan informasjonen mottas og brukes videre (Travelbee 1999, s. 193-195).

Sympatifasen er et skritt videre fra empatifasen fordi det foreligger et ønske eller en trang til å lindre den andres plager. Sympati og medfølelse kan ikke oppnås i en atmosfære fylt av fremmedgjøring og objektiv distanse. Hindringer for å nå dette stadiet kan være overidentifikasjon og tingliggjørende eller avhumaniserende medlidenhet (Travelbee, 1999, s. 200). *En nær og gjensidig forståelse* mellom sykepleieren og pasienten er den siste fasen i et menneske-til-menneskeforhold. Denne fasen er et resultat av relasjonens tidligere faser, og utvikles først når sykepleieren, gjennom sin handling, viser forståelse og et genuint ønske om å hjelpe pasienten (Travelbee, 1999, s. 200).

Travelbee utpeker kommunikasjon som et avgjørende redskap for å kunne etablere et menneske-til-menneske-forhold til pasienten. Her vil også kunnskapen sykepleieren innehar, og evnen til å anvende denne, være en forutsetning for å kunne opprettholde den hjelpende delen av relasjonen. (Travelbee, 1999, s. 22, 200).

3.2 Rus og rusmidler

For å forstå bruken av rusmidler og utviklingen av avhengighet må vi først forstå rusens mange funksjoner. Rusmidler har mennesker, stort sett, alltid hatt et forhold til. Men variasjonen i tilbudet har økt dramatisk de senere årene. Avstanden mellom mennesker og kulturer er ”mindre”, som et resultat av nye kommunikasjonsmuligheter og fremkomstmidler. På godt og vondt gir dette økt tilgjengelighet og det formidles kunnskap, erfaringer og eksperimenter i forbindelse med rusmidler. Satt på spissen, er ingen mer en et tastetrykk unna å ”sette en fot” innenfor ruskulturen (Weihe, 2004, s. 20).

For at et stoff skal kunne fungere som et rusmiddel, må det ha en effekt på signaloverføringen i deler av sentralnervesystemet der prosesser for den bevisste opplevelsen skjer. Rusmidler påvirker for eksempel områdene av hjernen som er aktive i situasjoner der vi opplever nærhet og glede i forhold til andre mennesker. Som en ytterste konsekvens kan behovet for gode relasjoner til andre mennesker bli overskygget og erstattet av rusen og familie og sosiale relasjoner kan gå tapt (Insel, 2003, referert i Lossius, 2012, s. 24).

Blant stoffer som gir rus, finner vi både lovlige handelsvarer som for eksempel alkohol og løsemidler, legemidler som morfin og benzodiazepiner, og ulovlige narkotiske stoffer som cannabis og heroin.

Virkningene av de rusgivende stoffene kan deles i tre hovedkategorier: *Dempende* effekt, for eksempel ved inntak av alkohol eller benzodiazepimer, *stimulerende* effekt, for eksempel ved bruk av amfetamin, og *hallusinogen* effekt som ved bruk av LSD eller psilocybin (fleinsopp).

Rusmidler har noen fellestrekk i forhold til virkning like etter inntak. Her kan nevnes en følelse av velvære, svekket konsentrasjon, nedsatt hukommelse og innlæring, nedsatt kritisk sans, økt impulsivitet og svekket feilkontroll, som er en hjernefunksjon som påser samsvar mellom det en tenker å gjøre og faktisk handling (Folkehelseinstituttet, 2015).

3.2.1 Rusavhengighet – når rusen får makt

Rusavhengighet rammer ikke helt tilfeldig, selv om tilfeldigheter kan føre et menneske inn i rusavhengighet. Det vil imidlertid ikke si at noen i samfunnet er immune mot å utvikle avhengighet. Det er en kompleks tilstand som inneholder miljømessige, fysiske, nevrologiske og genetiske faktorer. Barn som har alvorlig angst eller depresjoner, spiseforstyrrelser, ubehandlet AD/HD, traumer, tilknytningsproblemer og/eller relasjonsskader har vist seg å være mer utsatt for å utvikle rusproblemer enn andre.

Det finnes ingen bestemte grenser for når en persons rusinntak blir farlig eller skadelig. Man kan på en forenklet måte si at man står i fare for å utvikle en problematisk rusbruk når man ruser seg på feil tidspunkt, for eksempel når man er på jobb eller før man kjører bil, eller på feil måte, for eksempel når andre reagerer på inntaket eller når inntaket skjules for andre (Lossius, 2012, S. 25).

Den internasjonale sykdomsklassifikasjonen ICD-10 brukes for å stille diagnoser i Norge. Rusavhengighet og rus-skader klassifiseres som sykdom ut i fra medisinske tradisjoner, med et primært fokus på problemene det skaper for brukeren selv.

Avhengighet deles grovt sett inn i fysisk og psykisk avhengighet. Den kommer til syne på flere måter, og kan gjenkjennes blant annet med en sterk lyst eller trang til å ta rusmiddelet, vanskeligheter med å kontrollere inntaket og evne å stoppe før en mister kontrollen.

Toleranseutvikling er også et tegn på avhengighet, der personen stadig må øke mengden rusmiddel for å oppnå samme effekt som tidligere. Kroppen tilpasser seg etter hvert dosen som inntas, og dersom den kuttes eller reduseres kan det resultere i et sterkt ubehag, kalt abstinenser (Weihe, 2004, s. 44).

På tross av alvorlige fysiske, psykiske, sosiale og økonomiske konsekvenser av bruken av narkotiske stoffer, fortsetter personen å ruse seg (Lossius 2012, s. 26).

Det er vanskelig å se for seg at mennesker begynner å ruse seg med et ønske om å oppnå de negative konsekvensene som følger med et overforbruk av narkotiske stoffer (Lossius 2012, s. 24). Samtidig har mange en formening om hvordan rusavhengige kan gjenvinne kontrollen over problemene de står i, og det er få lidelser som vekker større interesse i samfunnet (Lossius 2012, s. 28). Noen mener rusavhengighet er en sykdom, mens andre mener det er et resultat av en svak vilje (Edmund Henden 2011, referert i Simonnes, 2011).

3.3 Holdninger

Holdningene våre gir uttrykk for hvem vi er som personer og vises gjennom våre følelsesmessige reaksjoner, meningsoppfatninger, meningsytringer og handlinger. De kan være kunnskapsbasert eller erfaringsbasert, men ofte er de relativt ukritisk overtatt fra foreldre, venner og andre grupper man identifiserer seg selv med ((Teigen, 2012). En ensartet og lite saklig forankret holdning kalles fordom og baseres ofte på gruppetilhørighet, for eksempel rusmisbrukere, og disponerer en person til å uttrykke antipati (følelse av ubehag) relatert til denne gruppen (Teigen, 2012). Når denne holdningen eller antagelsen er negativ kan det utvikles til stigma. Begrepet brukes om et uønsket kjennetegn som fører en person ut av det ”normale” fellesskapet. Stigma som, i dette tilfellet, følger rusmisbrukere kan for eksempel være at de er skitne, voldelige, har lav moral og ikke er til å stole på. Slik stigmatisering kan føre til en langvarig skamfølelse. Dette kan føre til at den stigmatiserte inntar samme oppfatning av seg selv som de som ”eier” de stigmatiserende holdningene i utgangspunktet og ser seg dermed som et utilstrekkelig menneske (Schei, 2006, s. 18).

Holdninger inngår i en sosial sammenheng og blir ofte en del av menneskers selvoppfatning. Det kan derfor være svært vanskelig å endre eller forandre holdningene da de oppleves som en del av oss selv og den man er som person (Teigen 2012).

Det er ofte en sammenheng mellom menneskers holdninger og atferd. Holdningene viser vår predisponerte atferd, de gir en indikasjon på sannsynlig handling og hva vi ikke kommer til å gjøre. Et eksempel på dette kan være hvis min holdning som sykepleier er at mennesker med en rusavhengighet er skyld i sin egen situasjon og bare er en belastning for samfunnet, vil jeg møte dem med en lukket innstilling allerede før møtet inntreffer. Dette vil være en hindring i å etablere et menneske-til-menneskeforhold (Sander, 2015).

Avhengighet har historisk blitt sett på som en moralsvikt og manglende selvkontroll i form av svak karakter og latskap. I vår tid er rusmiddelavhengighet mer sett på som en sykdom, og behandlet og akseptert som en kronisk hjernesykdom (Courtwright, 2010, referert i Bartlett, mfl., 2013).

3.3.1 Holdninger i samfunnet

For å forstå bakgrunnen til holdningene hos sykepleieren, vil det være hensiktsmessig å se på holdningene i samfunnet generelt.

Bruk av rusmidler har alltid eksistert i stort sett alle kulturer. Dette har også ført med seg at bruk og misbruk har hengt tett sammen. Hva som har blitt regnet som misbruk har imidlertid vist seg å være vanskelig å enes om. Dette har ført til at samfunnets holdninger til rusmiddelbruk har vært motstridende og tvetydige. Samtidig som brudd på samfunnets normer angående bruk av rusmidler, for eksempel bruk av rusmidler på offentlige områder, fører til sanksjoner som bøter og fengsel, settes det i verk tiltak som kan stimulere til økt bruk (Mæland et.al. 2011, s. 216). Et eksempel på dette er at stortinget tillot i 2014 en utvidelse av Vinmonopolets åpningstider, noe som ble møtt både med åpenhet og kritikk av politikere og samfunnet forøvrig (Ansari og Hirsti 2014).

Det er derimot få sykdommer eller lidelser som vekker like stor interesse i samfunnet som rusmiddelavhengige. De er synlige i bybildet og de blir hyppig eksponert i media. Som regel, med forbehold om dagsaktuelle unntak, er det de spesielle karakteristiske trekkene som er i fokus; slitne kropper, slitte og skitne klær og et uklart blikk. Det som er annerledes får mest fokus, det er "oss og dem" det handler om, de skyves ut av felleskapet og blir dermed en uønsket og marginalisert gruppe i samfunnet (Lossius, 2012, s. 28).

Sett fra samfunnets side kan rusmiddelbruk føre med seg problemer i forhold til folkehelse, da helst økt sykkelighet, skader, sykefravær og uførhet. Dette kan gi grobunn til holdninger som at de har skylden for situasjonen de er i, de må ta seg sammen og de er mer en byrde enn nytte for samfunnet (Høyer, 2012, s. 217).

3.3.2 Holdninger hos sykepleieren

Mange mener at ruspasienter fortsatt møter intervensjoner og ideologier fylt av moralisering, overtalelse, belæring, konfrontasjon og straff (Duckert mfl., 2008, referert i Lossius, 2012, s. 30).

En studie av engelske sykepleiere viste at helsepersonells holdninger fortsatt er et problem da de fleste intervjuede sykepleierne var fordømmende og hadde et negativt syn på mennesker som misbruker rusmidler (Bartlett mfl., 2013, s. 350). Holdninger som at den rusavhengige egentlig har kontroll over sin avhengighet, de ikke er til å stole på eller at de har en rusmiddelsøkende atferd der de gjerne spiller skuespill for å få rusmidler kommer frem i flere undersøkelser gjort de siste årene (Bartlett mfl., 2013, s. 350).

Studier har vist at Helsepersonell generelt har en negativ holdning til pasienter med rusavhengighet. En europeisk studie sammenlignet helsepersonells holdninger mot ulike pasientgrupper i flere ulike land i Europa. Her kom det frem at helsepersonell hadde kritiske holdninger og innstilling til arbeid med rusmisbrukere enn andre pasientgrupper, for eksempel diabetespasienter.

En annen studie viste at svært mange av helsepersonellet ikke ønsket eller evnet å ha empati med denne pasientgruppen og opplevde liten grad av tilfredsstillelse i jobben (Ford mfl., 2008, referert i Boekel, mfl., 2013). Har rusmiddelavhengige pasienter mindre akseptable symptomer enn andre pasienter og har vi større toleranse og mer forståelse for andre livssituasjoner, sykdommer og lidelser enn rusavhengighet?

Samtidig som samtlige av artiklene som omhandlet sykepleieres holdninger til rusavhengige viste tydelig at dette er et problem i dagens helsevesen, viste Boekels (mfl., 2013, s. 29,33) og McLaughlins (mfl., 2000, s. 440) studie at helsepersonell ved flere avdelinger, da spesielt der personellet hadde, i ulik grad, erfaring med rusavhengige pasienter, hadde en positiv innstilling og en ikke-stigmatiserende holdning til rusavhengige pasienter. Hva er det disse avdelingene gjør annerledes?

Det ble i flere studier funnet forklaringer på hva de negative holdningene kommer av. Det kom blant annet frem at det er emosjonelt krevende og potensielt farlig å jobbe med mennesker med rusmiddelavhengighet. Fordommer, stigmatiserende forventninger og reelle erfaringer om voldelig, manipulerende og uansvarlig atferd skaper en barriere, og flere opplevde stress, frustrasjon, sinne og avmakt i møte med disse menneskene (McGillion, mfl., 2000, referert i Boekel, mfl., 2013, s. 29; Ford, 2011, s. 241, 242; McLaughlin, mfl., 2000, s. 436). I McLaughlin (mfl., 2000, s. 440) kvalitative studie og i Fords kvalitative studie fra 2011 (s. 241) kom det frem at både de med erfaring med rusavhengige pasienter og pasientene selv anerkjente at de kunne være en krevende pasientgruppe å arbeide med. Manipulering, løgn og utagerende atferd er ofte et faktum.

I tre av fire artikler som omhandlet relasjonen mellom sykepleieren og den rusavhengige pasienten ble, blant annet, manglende kunnskap betegnet som en kilde til oppblomstring av negative holdninger hos sykepleieren og et hinder i utøvelsen av sykepleie til rusavhengige pasienter (Boekel, mfl., 2013, s. 32; Ford, 2011, s.249; McLaughlin, mfl., 2000, s. 439).

Samtidig har avdelingens innstilling generelt og kollegial støtte vist seg å være viktig for å påvirke den enkelte og redusere negative holdninger og innstilling til rusavhengige pasienter på avdelingen (Ford, 2011, s. 242; Boekel, mfl., 2013, s. 33; Bartlett, mfl. 2013, s. 350; Lin, mfl., 2012, s. 171). Boekel (mfl., 2013, s. 32) oversiktsstudie viste at slike organisatoriske faktorer myndiggjorde sykepleieren og økte selvtilliten, villigheten og tilfredsheten i arbeidet med rusavhengige pasienter.

I motsetning til de overstående funnene har det også vist seg at helsepersonell med både personlig og profesjonell erfaring, eller som er hyppig i kontakt med rusmiddelavhengige, har en mer positiv holdning til denne pasientgruppen enn andre (Boekel, mfl., 2013, s. 29; McLaughlin, mfl., 2000, s. 440). Dette er i tråd med Breners (mfl., 2007) såkalte kontakthypotese, som hevder at dersom en har mye kontakt med stigmatiserte grupper i samfunnet er en mer tolerant og har en mer positiv holdning til disse menneskene (referert i Boekel mfl., 2013, s. 33).

3.4 Kommunikasjon

Da kommunikasjon er et stort fagområde har jeg valgt å kort forklare hva kommunikasjon er, men fokuset vil være på dens betydning i relasjonen og møtet med mennesker.

Joyce Travelbee definerer kommunikasjon som en gjensidig prosess for meddelelse eller overføring av tanker og følelser. Denne overføringen foregår enten verbalt eller non-verbalt. Det er en dynamisk kraft som kan ha stor innvirkning på graden av mellommenneskelig nærhet i sykepleiesituasjoner. Den kan for eksempel føre mennesker nærmere hverandre, være avvisende, gi hjelp eller være sårende og den er et redskap til å skape forandringer i de situasjonene en står i som sykepleier (Travelbee 1999, s. 137).

I profesjonell sammenheng er det sentrale i kommunikasjonen at den er gjennomtenkt og til hjelp for pasienten. Den Profesjonelle helsefaglige kommunikasjonen, videre referert til som hjelpende kommunikasjon, bygger på yrkets verdigrunnlag. For eksempel står det i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere at grunnlaget for all sykepleie skal være respekt for menneskets iboende verdi og liv, og pleien skal baseres på barmhjertighet, respekt og omsorg for grunnleggende menneskerettigheter (Eide og Eide, 2007, s. 12; NSF, 2011, s. 7). Å respektere pasienter i den kliniske praksis vil si å tillate pasienten å ta autonome avgjørelser, behandle dem som enkeltindivider, anerkjenne verdighet, religion og kultur, og gi god informasjon som gjør pasienten i stand til å ta avgjørelser for egen helse (Lin, mfl., 2012, s.

174). Formålet med den hjelpende kommunikasjonen er å fremme helse, forebygge sykdom, gjenopprette helse og lindre lidelse (Eide og Eide, 2007, s. 12).

I relasjonen mellom den profesjonelle sykepleieren og pasienten vil det være en asymmetri, fordi den ene sitter med kunnskap og er i en profesjonell rolle, mens den andre er hjelpetrengende og møter sykepleieren med sin sårbarhet, der omsorgen blir en fremheving av personens svakhet og kan derfor oppleves krenkende (Lillestø 1998, referert i Schei 2006, s. 27). Tillit til at kommunikasjonen vil være god for pasienten er en forutsetning for hvor nært en kommer hverandre og kontakten som knyttes, altså avgjørende for å bygge en god relasjon og mulighet til å hjelpe (Eide og Eide, 2007, s. 12).

I hjelpende kommunikasjon vil det være viktig å anerkjenne den andre og møte personen med en lyttende åpenhet, som skaper trygghet og gir rom for å etablere en relasjon (Eide og Eide 2007, s. 256). Dette innebærer blant annet å søke å unngå en moraliserende holdning overfor pasienten, ved å akseptere og respektere pasienten for den han er, hele hans situasjon og tillate ham å gjøre autonome avgjørelser (Lin, mfl., 2012, s. 174; Ford, 2011, s. 246-247; McLaughlin, mfl., 2000, s. 440).

3.5 Verdighet

Respekten for menneskets iboende verdighet og det enkelte menneskets liv anses som grunnlaget for all sykepleie. Dette stadfestes blant annet i det norske lovverket og NSF's etiske retningslinjer, som nevnt innledningsvis (Lin, mfl., 2012, s. 169; NSF, 2011, s.8-9). Selv om viktigheten av å møte pasienten på en verdig måte kommer tydelig frem i litteraturen, har det vært utfordrende å få en entydig og oversiktlig forståelse av hva som legges i dette begrepet.

Verdighet er både subjektivt og objektivt, mer konkret kan det sies å handle om hvordan mennesker verdsetter seg selv og hvordan de verdsetter hverandre. Jeg vil i det følgende synliggjøre dette ytterligere, i lys av Nordenfelts forståelse av begrepet (2004, s. 71, 80).

Verdighetsbegrepet regnes å ha fire aspekter. Den første kalles *menneskeverdet*, og stammer fra et prinsipp om at alle mennesker har et umistelig, medfødt og iboende menneskeverd i kraft av det å være et menneske. Det andre kalles *verdighet gjennom meritter* (kapasitet, mektighet), og avhenger av sosial rang og formelle posisjoner. Denne typen verdighet er dynamisk og er ikke likt fordelt i samfunnet. For eksempel finnes det en vesentlig stor forskjell i sosial rang hos en sykepleier sammenliknet med en bostedsløs og rusavhengig pasient. Det tredje aspektet kalles *verdighet gjennom moralsk status* som er knyttet til selvspekt og bygger på menneskers tanker og handlinger. Avhengig av den moralske verdien i handlingen kan graden av verdighet svinge fra høy til lav og omvendt. Respekt for andre mennesker og deres rettigheter er en sentral del av den moralske verdien. En kan også respektere seg selv mindre og mindre, avhengig av den negative karakteren i ens handlinger. Det siste aspektet er den *personlige identitetens verdighet*. Dette er verdigheten vi knytter til oss selv som integrerte og selvstendige mennesker, og avhenger av vårt selvbilde, vår historie, fremtid og alle våre relasjoner til andre mennesker (Nordenfelt, 2004, s. 80).

Pasientens opplevelse av verdighet i møte med helsetjenesten påvirkes av personen selv og av menneskene rundt ham. I McLaughlin med flere sin forskningsartikkel fra 2000, gidde en av informantene et innblikk i hva som var viktig for ham: ”Det sykepleiere og leger burde gjøre er å pleie mennesker, det har virket for meg, det virker for meg. Det fikk meg til å stoppe, det fikk meg til å se på meg selv, stoppe opp og tenke, ok, jeg er verdt litt mer ...”.

Matiti og Trorey fant i 2008, gjennom en fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming, og ut fra 102 pasienter fra tre ulike sykehus i England, at kommunikasjon, valgmulighet, kontroll og pasientmedvirkning, respekt, omsorg, anstendighet og holdning overfor pasienten, var viktige komponenter for å oppleve verdighet. Det kom også frem at verdighet er et kulturelt konsept, der individuelle holdninger, verdier og oppfattelse er relatert til vedlikeholdelse av verdigheten (Matiti og Trorey, 2008, referert i Lin, m.fl. 2012, s. 171).

Artikkelen til Lin (mfl, 2012, s. 171) viste til Royal College of Nursing (RCN), som hevder at for å vedlikeholde pasientens verdighet bør det vektlegges fire faktorer: organisasjonskulturen på avdelingen, kulturen for gjennomførelsen av omsorg, holdning og handling hos helsepersonellet (Boekel, mfl., 2013, s. 32; Lin, mfl., 2012, s. 171; Ford, 2011, s. 249).

Gallager og Seedhouse indikerte at pasientens verdighet i sykepleiepraksis kan anses å ha to grunnleggende verdier, nemlig menneskerettigheter og sykepleiens kjerneverdier, her refereres til barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene (Lin, mfl., 2012, s. 171).

4.0 Drøfting

I dette kapitlet er det som drøftes basert på gjennomgått teori og forskning, Joyce Travelbees sykepleieteori og egne erfaringer og refleksjoner. Jeg har, i tillegg, valgt å ta med et personlig erfart møte med en rusavhengig mann, for å eksemplifisere og tydeliggjøre det som drøftes.

4.1 verdighetens plass i sykepleie

Som nevnt tidligere er verdighet et kjernebegrep innen sykepleien, dette stadfestes blant annet i de etiske retningslinjene for sykepleie (NSF, 2011, s.8-9). Her forstås det at verdighet anses som et viktig behov for mennesker generelt, men også at pasienten har *krav* på, og sykepleieren er ansvarlig for at pasienten mottar, en verdig omsorg. Travelbee mener at begrepene *pasient* og *sykepleier* skaper begrensninger for relasjonen og dermed utøvelsen av den hjelpende omsorgen. For meg virker det som at det bare presenteres to alternativer, enten ser man pasienten som en kategori, eller så evner man å *se* mennesket. Jeg mener imidlertid at et pasientperspektiv ikke nødvendigvis innebærer at en ikke evner å *se* mennesket. Barrieren som dannes på grunn av rolleforskjellene er ikke nødvendigvis negativ. Rollen som pasient setter relasjonen inn i en kontekst der den syke har spesielle krav i kraft av å være pasient, og sykepleieren har særegne plikter i kraft av rollen som sykepleier (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-1). Samtidig kreves det et individrettet fokus, for å finne individuelle behov og for å anerkjenne pasienten som menneske. Først da kan man møte den rusavhengige pasienten på en verdig måte, på hans premisser.

Dette krever at sykepleieren har kunnskap om hva verdighet er, og motivasjon og engasjement til å sette seg inn i hva som er viktig for det enkelte mennesket hun møter (Lin., mfl. 2012, s. 169; Shotton og Seedhouse, 1998, s. 249). Fokus på verdighetsbegrepet i seg selv, for eksempel gjennom veiledning eller undervisning på avdelingen, kan her være en nøkkel til en større forståelse og bevissthet av hva det innebærer for pasienten, og hva sykepleieren og avdelingen kan gjøre i møte med pasienten.

Den gjennomgåtte teorien antyder at pasientens opplevelse av verdighet påvirkes av personen selv og av menneskene rundt ham. Erfaringer gjennom livet gir ham en opplevelse av verdighet, gjennom det grunnleggende menneskeverdet, meritter, moralsk status og den personlige egenverdien. Disse aspektene tror jeg, i ulik grad, vil være med å påvirke pasientens opplevelse av verdighet i møte med helsevesenet. Måten han måler sin egen verdi vil gjerne påvirke hvordan han forventer, og opplever, å møtes av sykepleieren. Dersom pasienten har en lav moralsk verdighet, på grunn av handlinger av en negativ karakter og manglende moral, og/eller den personlige identitetens verdighet er lav, for eksempel, på grunn av tapte relasjoner, vil han gjerne ikke forvente noe annet enn å bli møtt med en moraliserende holdning og et kjølig blick. Det kan være fort gjort å formidle en moraliserende holdning når en ikke er enig i andres leveste; et hevet øye, et skeptisk blick, eller en kritisk kommentar kan være nok. Det blir her ekstra viktig at sykepleieren er bevisst sitt menneskesyn, sine holdninger og sin verbale og non-verbale kommunikasjonen, og søker å kommunisere, med hele sitt nærvær, at hun anerkjenner den grunnleggende verdien pasienten innehar i det å være menneske.

I møte med mennesker med et begrenset grunnlag for å bygge opp sin verdighetsopplevelse gjennom meritter, moral og identitet, mener jeg det er avgjørende at sykepleien som utøves bygger på, og tydeliggjør, menneskeverdet, den iboende og umistelige verdigheten.

Ved at sykepleieren respekterer mennesket hun møter, på tross av å være uenig i måten han lever sitt liv, og er bevisst, blant annet, de etiske retningslinjene, vil det være en kilde til å selv oppleve å ha moralsk verdi. Samtidig bygger dette opp pasientens verdighetsopplevelse, fordi hans rettigheter som menneske og pasient opprettholdes, dermed anerkjennes hans verdi som menneske. Et slikt positivt omsorgsmiljø synes å støtte både sykepleieren og pasientens verdighetsopplevelse, og utfyller hverandre. Dette krever imidlertid sykepleiere som ikke gir seg, men fortsatt har et ønske om å se mennesket, på tross av at en, som forskningen tilsier, potensielt kan møte skuffelser, løgn og utagerende atferd i møte med rusavhengige pasienter.

4.2 Holdningene - ”det er vel selvforskyldt”

”Det er vel selvforskyldt” sa han, mannen jeg møtte på Torgalmenningen en kveld, etter å ha fortalt meg om livet sitt som rusavhengig. Han så litt skrått opp på meg. Det lå en forventning om en respons på det han hadde fortalt, eller kanskje jeg bare følte at det var påkrevd i en slik situasjon. Tankene kvernet, hva skulle jeg svare? Hva var egentlig mitt synspunkt på det han akkurat hadde sagt?

Jeg opplever at utsagnet ”det er vel selvforskyldt”, og da spesifikt på grunn av valg av ordene ”det er *vel*”, viser at det er noen som har fortalt ham dette, og mener dette kan gjenspeile majoriteten i samfunnets holdninger til ham som rusavhengig: i dette eksempelet at han er skyld i sin egen situasjon. Dette underbygger Edvind Schei sitt poeng om at det stigmatiserte mennesket inntar samfunnets holdninger om seg selv og sin situasjon og dermed opplever å ikke strekke til som menneske (Schei, 2006, s. 18). Det virker som om kulturen i samfunnet mister språk og forståelse for det som ikke anses for ”riktig”. Dette gjør det enda vanskeligere å dele det ”gale” og skammelige, det privatiseres, mister sin stemme og blir taus og bortgjemt. Vårt mediasamfunn kan, satt på spissen, sees på som en nyere form for gapestokk. Enkeltindivers feilgrep og levemåte blottlegges og ”dømmes” foran alle som måtte ønske å se, og seeren blir både indirekte og direkte fortalt hva slags holdning man som samfunnsborger bør ha (Gooding, 2015). På den andre siden kan media også fungere som et innblikk i rusmisbrukerens hverdag, noe jeg tror kan gi innsikt, forståelse, medfølelse og også skape engasjement hos seeren.

Stigmatisering eller negative holdninger generelt øker sannsynligheten for at de berørte menneskene forholder seg negativt til behandling av eventuelle medisinske problemer og av den grunn unngår helsevesenet (Howard & Chung, 2000a, referert i Bartlett, mfl. 2013, s. 350; Brener mfl., 2010a, refert i Boekel, mfl. 2013, s. 32). En slik atferd hos sykepleieren samsvarer ikke med de yrkesetiske retningslinjene, der selve grunnlaget for utøvelsen av all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets iboende verdighet og liv (NSF, 2011, s. 7).

Holdninger og stereotypier hos sykepleier, for eksempel å kategorisere den man møter som en rusavhengig pasient, med fokuset rettet på ytre faktorer og kategoriseringer, i stedet for mennesket, det unike individet hun møter, vil være en hindring for utvikling av et menneske-til-menneske-forhold. Dette kan sette en stopper for empatisk engasjement og gjensidig forståelse i relasjonen (Travelbee 1999, s. 186, 189). Det kan være vanskelig både å være bevisst sine stereotypiserende holdninger og endre på dem. Sykepleieren har gjerne et ønske om å ikke fremstå fordømmende eller nedlatende, men likevel kan vi ha holdninger vi selv ikke er bevisst (Ford, 2011, s. 245). Hva kan man da gjøre, når vi ikke en gang er bevisst alle våre holdninger? Her kreves at sykepleieren *aktivt* går inn for å bli mer bevisst sitt menneskesyn og sine holdninger, og tenker over hvordan en ønsker å møte ulike mennesker i samfunnet. Dette mener jeg gjør sykepleieren bedre rustet til å kommunisere de holdningene og etiske prinsippene som skal ligge til grunn i den profesjonelle rollen en innehar.

4.4 Viktigheten av kunnskap

Viktigheten av kunnskap i møte med mennesker med rusavhengighet har blitt poengtert i fire av seks artikler jeg har tatt i bruk (Boekel, mfl., 2013, s. 32; Lin, mfl., 2012, s. 174; Ford, 2011, s. 249; McLaughlin, mfl., 2000, s. 439), Dette underbygger Travelbees tanke om at kunnskapen sykepleieren innehar og evnen til å anvende denne er forutsetninger for å kunne opprettholde en hjelpende relasjon (Travelbee, 1999, s. 22, 200). Det kom imidlertid frem, i flere av de inkluderte forskningsartiklene, at de avdelingene der de ansatte hadde erfaring med mennesker med rusmiddelavhengighet, hadde høyest nivå av positive og ikke-stigmatiserende holdninger. Dette underbygger fenomenologiens holdning til at erfaringsbasert kunnskap står sterkest, samtidig styrker funnene kontakthypotesen til Brener (mfl., 2007, referert i Boekel mfl., 2013, s. 33). Manglende erfaringsbasert kunnskap kan derimot skape en usikkerhet om hvordan en møter et menneske som lever et liv så annerledes enn sitt eget, som igjen kan skape en følelse av avmakt, hjelpeløshet og frykt hos sykepleieren (Mæland mfl., 2011, s. 234). Jeg opplever selv at manglende erfaring og kunnskap om rusavhengige påvirker min innstilling til arbeidet med disse menneskene. Selv om jeg har et sterkt ønske om å møte den

enkelte rusavhengige pasient med respekt for den de er, kjenner jeg på en frykt for å ikke mestre kommunikasjonen, frykt for å bli manipulert og lurt eller opptre naivt. Poenget med dette er å vise at selv om intensjonen min er god, ville jeg fortsatt møtt den rusavhengige pasienten med mer ubevisste forhåndsdommende holdninger og antagelser som ville laget sperrer for relasjonen og utviklingen av et menneske-til-menneske-forhold og vil kunne hindre sykepleieren i å møte pasienten på en verdig måte.

I slike situasjoner mener jeg sykepleieren må kunne anerkjenne sin sårbarhet, som Travelbee hevder sykepleieren møter når hun konfronteres med pasientens sårbarhet (Travelbee, 1999, s. 22). Dersom sykepleieren kan være ærlig, både med seg selv og pasienten, om usikre aspekter i relasjonen, som for eksempel hvor vidt hun opplever å kunne stole på pasienten, blir denne kjensgjerning noe som kan bekjempes og/eller jobbes med. Alternativt forsøkes det gjerne å undertrykke eller å skjule denne frykten, og mener her at dette kan skape følelser som, for eksempel, sinne og frustrasjon hos sykepleieren. Selv om sykepleierens sårbarhet i møte med pasienten undertrykkes, kan den like fullt kommuniseres, uintendert, til pasienten, og dermed skade relasjonen. Som Travelbee poengterer, må sykepleieren gå i seg selv og erkjenne og akseptere seg selv som menneske, for så å kunne akseptere andre (Travelbee, 1999, s. 22). En slik ærlighet tror jeg, kan være nyttig for å oppnå en gjensidig forståelse i en i utgangspunktet utfordrende relasjon. Pasienten får ta del i sykepleierens sinnstilstand og får et forståelsesgrunnlag for hennes handlinger, og dermed en mulighet til å se mennesket bak rollen som sykepleier.

Det at det ukjente og det som er annerledes får mulighet til å skape en avstand mellom pasienten og sykepleieren, slik som vist i et potensielt utfall av undertrykkede følelser som frykt, kan resultere i at sykepleieren ikke engasjerer seg like mye i pasienten, og hindrer dermed utviklingen av et menneske-til-menneske-forhold. Dette mener jeg synliggjør nødvendigheten av et helsetilbud som stadig utvikles og tilpasses, slik at sykepleieren får kjennskap til ulike grupper i samfunnet og deres behov, og gjør en dermed bedre rustet til å møte pasienten på en verdig måte, slik som hver enkelt har rett på.

Kunnskap og erfaring har som sagt vist å ha en positiv innvirkning på sykepleieres holdninger. Men dersom denne kunnskapen ikke kombineres med organisatoriske støttefunksjoner som strategier og handlingsplaner har det ikke noe særlig nytteverdi. Avdelingens innstilling generelt og verdien i den kollegiale støtten har vist seg å være viktig

for å påvirke den enkelte og redusere negative holdninger og, bidrar til å skape en positiv innstilling til rusavhengige pasienter på avdelingen (Ford, 2011, s. 242; Boekel, mfl., 2013, s. 33; Bartlett, mfl., 2013, s. 350; Lin, mfl., 2012, s. 171).

Ut fra Travelbees (1999, s. 22) synspunkt vil det å reflektere og dele erfaringer med kollegiet være viktig for å formidle kunnskap og etablere en felles holdning på avdelingsnivå. Først når sykepleieren deler sine erfaringer, er man i stand til å dele denne empiriske kunnskapen med andre.

Dette viser at innsatsen ikke bare må legges på individnivå men også på avdelingsnivå, for eksempel gjennom støttestrukturer og handlingsstrategier, for å skape gode forhold for å kunne møte den rusavhengige pasienten på en verdig måte. Det vil derfor være viktig med ledere som har etikken godt forankret i ryggmargen, og som har tenkt gjennom sitt menneskesyn og ståsted for å kunne etablere en felles holdning på avdelingen. Dersom avdelingslederen, eller en ansatt man identifiserer seg selv med, viser holdninger som ikke forfekter aksept og respekt for mennesket bak rus og rusavhengighet, vil dette lett overføres til kollegiet (Teigen, 2012).

I McLaughlin (mfl., 2000, s. 436) kvalitative studie og i Fords kvalitative studie (2011, s. 241-242) kom det frem at både de med erfaring med rusavhengige pasienter og pasientene selv er klar over at de er utfordrende å arbeide med. Manipulering, løgn og utagerende atferd er ofte et faktum. Så hvordan klarer en å fortsatt møte mennesket med respekt og møte ham på en verdig måte, når tilliten og relasjonen testes og utnyttes?

Travelbee mener kvaliteten i sykepleien til den enkelte blant annet bestemmes av sykepleierens forståelse av pasienten hun møter (Travelbee, 1999, s. 54). Min oppfattelse er at et godt kunnskapsgrunnlag gjør en bedre rustet til å, gjennom et fenomenologisk perspektiv, se forbi rusmidlenes påvirkning, og evne å se hele mennesket, prøve å forstå hvem pasienten er på hans egne premisser, og hvordan han ser verden og sin situasjon. Den andres annerledeshet vil først da oppleves mindre truende og fremmed (Travelbee 1999, s. 188-189).

Dette krever dog et menneskesyn der verdien i det å være menneske er nok i seg selv, og ikke noe som måles ut fra evner, prestasjoner eller funksjonsnivå (Travelbee, 1999, s. 229).

Det kan, som vist i inkluderte artikler, være vanskelig å la dette menneskesynet gjennomtrengre interaksjonen med andre mennesker i praksis i dagens samfunn. Det virker som at det har blitt en kultur der en jager etter å prestere mest, og gjerne også best mulig. Dersom en ikke har en spesifikk nytteverdi utover det å være menneske, er man ikke god nok, snarere en byrde for samfunnet. Denne kulturen tror jeg kan svekke menneskets personlige identitets verdi, den moralske verdigheten og verdigheten som opprettholdes gjennom meritter, som jeg har beskrevet tidligere. Dersom et menneskes fravær av en verdighetsopplevelse, da siktet til meritter, moral og personlig identitets verdighet, er større en den tilstedeværende verdighetsopplevelsen, da siktet til den iboende verdigheten som menneske, vil ikke det kunne overskygge opplevelsen av dette, i utgangspunktet, umistelige menneskeverdet, og la mennesket sitte igjen med en subjektiv opplevelse av å være verdiløs? Ønsker vi et slikt samfunn?

Hans Majestet Kong Harald minnet oss, i sin nyttårstale for noen år tilbake, om vårt *felles* ansvar for at våre medmennesker kan leve et verdig liv (Eriksen, 2008). Det mener jeg innbefatter, blant annet, av vi må inkludere og anerkjenne mennesket, ikke nødvendigvis handlingene, på tross av at en lever et liv annerledes fra det majoriteten anerkjenner som normalt og riktig.

Ved å få ta del i den andres sinnstilstand, noe Travelbee kaller empatifasen, får man en forpliktelse, eller gjerne mer en lyst, til å være en del av pasientens situasjon. Det vekkes en ekte interesse hos sykepleieren, fordi en virkelig engasjerer seg i den andre (Schei 2006, s. 26; Stensland, s. 167).

Samtidig som erfaring og kunnskap er viktig å innhente må vi også akseptere at som menneske kan vi lære å kjenne andre, men at vi aldri blir i stand til å forstå et annet menneske fullt ut (Travelbee 1999, s. 54). Å tro at en kan forstå den rusavhengige og hans behov, begrenser ham til å passe inn i ens egne kategorier, og kan føre til krenkelse og undertrykkelse. En måte å unngå dette på, tror jeg, kan være at en søker å forholde seg ydmyk og respektfull til andre mennesker, spesielt til det ved den andre en ikke forstår (Eide og Eide 2007, s. 104-105). Samtidig utfordrer dette den profesjonelle sykepleieren som hjelper og den faglige tyngden hun stiller med. Det er lett å anta at en har forstått den andres atferd eller behov, og det å ha en svakt paternalistisk formening om at en vet hva pasienten trenger og hva som er til det beste for ham anser jeg som en naturlig del av å være sykepleier. Dette må

imidlertid ikke gå på bekostning av pasientens autonomi (Sykepleiernes Samarbeid i Norden, 2003 s. 8).

4.5 kommunikasjon

I situasjonen med mannen fra Torgalmenningen, følte jeg valg av ord, i situasjonen jeg sto i, fikk en uventet stor betydning. På en måte opplevdes det som om det jeg kom til å si, ville representere noe mer enn bare meg, kanskje et større fellesskap i samfunnet. Jeg kjente i hvert fall på et ansvar.

Alle mennesker er sårbare, og kanskje det aller mest sårbare å oppleve som menneske er å bli avvist. Dette relasjonelle fenomenet kan tolkes som at man ikke er verdig, ikke riktig eller god nok. I det asymmetriske forholdet mellom den profesjonelle sykepleier og pasienten, vil omsorgen pasienten mottar fremheve hans svakhet, og det kan derfor oppleves krenkende (Lillestø 1998, referert i Schei 2006, s. 27). Her kan alt sykepleieren gjør oppleves som en avvisning, selv om dette ikke er intensjonen. Mimikk og grimaser kan oppfattes som uttrykk for ubehag eller avsky, et hevet blick kan oppfattes som uttrykk for en moraliserende holdning.

Den profesjonelle helsefaglige kommunikasjonen bygger, som nevnt tidligere, på yrkets verdigrunnlag, her forstås de yrkesetiske retningslinjene for sykepleie. Verdier som dette gjøres kun gjeldende gjennom god kommunikasjon med pasienten (Eide og Eide, 2007, s. 19). Skrevne lover, flotte ord og etiske retningslinjer mister sin verdi dersom vi ikke evner å formidle dette til menneskene vi har med å gjøre, på en overbevisende måte. Kommunikasjon blir her selve nøkkelen til å formidle respekt og interesse for den rusavhengige pasienten, og

ofte er det vårt non-verbale språk som her er mest hensiktsmessig (schei 2006, s. 25). Vi kan formidle tid og interesse gjennom å lytte, gjennom nærvær og fokus på den vi møter. Respekt kan formidles ved måten vi forholder oss til det pasienten sier, da gjerne med responderende

nikk eller blick, øyeblikkontakt og ansiktsuttrykk som viser at en lytter og er interessert, og dermed anerkjenner den andre.

Gjennom å vise respekt bekreftes pasientens verdighet som menneske, da det i bunn og grunn er gjennom god kommunikasjon at sykepleieren kan formidle en genuin interesse, engasjement, tilgjengelighet og respekt, eller det motsatte (Travelbee, 1999, s. 137). For selv om kommunikasjon anses som en nøkkel til å formidle anerkjennelse, respekt og menneskelig verdi, kan det på den annen side, også formidle det motsatte, som eksemplifisert over. Det er derfor viktig at sykepleieren er bevisst både sitt verbale og non-verbale språk, og tenker over det hun ønsker å formidle til pasienten.

Vårt velferdssamfunn der tanken om at et felles helsetjenestetilbud for alle bidrar til høy kvalitet må ikke bli en hvilepute. For å unngå en opprettholdelse av helseforskjeller må tilbudet stadig utvikles og tilpasses slik at sykepleieren får kjennskap til de ulike behovene i ulike grupper i samfunnet (Biong og Ytrehus, 2012, s. 2). Jeg ser en alvorlig konsekvens av at vi som profesjonelle hjelpere og representanter for verdiene i samfunnet, har negative, mindreverdige og ekskluderende holdninger til den rusavhengige pasienten. Jeg tror det kan skape en selvoppfyllende profeti, der vi legger våre forventninger av mennesket over på den vi møter og kan dermed være med på å forme deres *personlige identites verdighet*, og sin plass i samfunnet på en negativ måte.

Jeg tror sykepleieren kan, som en del av det offentlige, være et vindu inn i storsamfunnets holdninger til den rusavhengige. Selv om dette ikke direkte samsvarer med Travelbees individrettede fokus, anser jeg det som et viktig poeng at sykepleieren er bevisst på at hun, i sin profesjonelle rolle, kan oppleves som talsperson for noe større enn seg selv.

I møtet med mannen fra Torgalmenningen, ønsket jeg å si noe som representerte en holdning om at jeg ikke klandret han for hans situasjon. Jeg svarte at kanskje hadde det vært bevisste valg en gang, men at det uansett ikke var så enkelt som det nå. Resten ble ikke sagt med ord.

Han takket meg og gav meg en klem, deretter skilte vi lag. Jeg håper han, i dette korte møtet, opplevde å bli sett, som et fullverdig menneske.

Jeg vil være en del av et helsetjenestetilbud som ikke intensiverer frykten og en avstandtaken fra det som skiller seg ut fra majoriteten, men et helsetjenestetilbud som ser det unike i den enkelte og strekker seg, både faglig og personlig, for å møte dem på en måte som bygger opp under deres verdighetsopplevelse, henimot å bryte den ned. Jeg betrakter dette som min plikt som fremtidig sykepleier, men også som medmenneske og som samfunnsborger.

5.0 Avslutning

Hvordan kan sykepleieren møte den rusavhengige pasienten på en verdig måte, i somatisk helsevesen?

I arbeidet med denne oppgaven har jeg fordypet meg i hva som, gjennom forskning og litteratur fremstår som viktige momenter for et slikt møte.

Det kommer tydelig frem at sykepleieren skal møte alle pasienter med respekt og på en verdig måte, både gjennom lovverk, i våre yrkesetiske retningslinjer, forskning og litteratur. Det anses både som et menneskelig behov, men også som sykepleierens plikt, å ivareta pasientens verdighet. Forskning, som det tidligere i oppgaven refereres til, viser imidlertid at det ikke alltid er slik i praksis.

Litteraturstudiet og arbeidet med materialet har gjort det tydelig for meg hvor viktig sykepleierens holdninger, kunnskap og kommunikasjonsferdigheter er for å kunne møte den rusavhengige pasienten på en verdig måte. Hvordan vi oppfatter den rusavhengige, kan formidles ubevisst og non-verbalt til pasienten, selv om det ikke er intendert. Dette kan igjen få konsekvenser for prosessen med å etablere et menneske-til-menneske-forhold.

Jeg har i denne prosessen også sett viktigheten av at sykepleieren blir *bevisst* sitt menneskesyn, sine verdier og holdninger for å kunne være best mulig forberedt på å møte den rusavhengige pasienten.

Å møte den rusavhengige pasienten på en verdig måte krever både en individuell prosess hos sykepleieren, men også en kollektiv innsats på avdelingsnivå, med bevisste og motiverte ledere, som side om side med resten av kollegiet, arbeider for å danne et godt grunnlag med støttestrukturer som handlingsstrategier og muligheter for veiledning og refleksjon rundt etiske dilemmaer, erfaringer og opplevelser.

For meg er Travelbees tanke om å møte mennesket med den iboende verdien det innehar og virkelig *se* hele mennesket, kjernen i min besvarelse av problemstillingen. Det å se mennesket *bak* rus og kanskje en problematisk atferd kan være utfordrende, og krever kunnskap og en ekte interesse og engasjement for pasienten. Samtidig mener jeg dette ikke trenger å være ekskluderende for rollene som pasient og sykepleier, da de fører med seg viktige rammefaktorer for den hjelpende omsorgen.

Det kunne vært interessant å videre undersøke om et større fokus på verdighetsbegrepet i seg selv og rettet mot rusavhengige, da gjennom for eksempel veiledning og undervisning på avdelingsnivå, kunne skapt en endring i hvordan denne pasientgruppen blir møtt i det somatiske helsevesenet.

Mitt ønske for denne oppgaven var å få mer kunnskap om temaet, og kunne skape et ekte engasjement for rusavhengige pasienter. Jeg ønsker å bidra med, empirisk begrunnede, etiske refleksjoner og diskusjoner på en kommende arbeidsplass, som igjen kan kunne bidra til en positiv, og engasjert, holdning til denne pasientgruppen.

Avslutningsvis, og til ettertanke, siteres Hans Majestet Kong Harald V:

”Hadde vi erkjent at alle mennesker er like mye verdt, ville vi ikke ha tålt at noen møtes med nedlatende holdninger på grunn av at de sliter med et rusproblem. Det kreves sterk rygg til å gå med verdighet gjennom krenkelser. I realiteten er noen av dem de sterkeste blant oss”
(2008, Referert i Eriksen, T.G., 2008).

Litteraturliste

Ansari, I og Hirsti, K. (2014) *Nå skal polet være åpent på valgdagen* [Internett] Norges Riksringkasting. Tilgjengelig fra: <<http://www.nrk.no/norge/slik-bli-de-nye-apningstidene-pa-vinmonopolet-1.12077029>> [Lest 18. februar 2016]

Bartlett, R., Brown, L., Shattell, M., Wright, T. og Lewallen, L. (2013) Harm reduction: compassionate care of persons with addictions. *Medsurg nursing: Official journal of the Academy of Medical-surgical Nurses*, 22 (6), s. 349-358

Bjørkøy, H. (u.å) referert i: Auran, L. (2011) *FOT – fansiskushjelpens oppsøkende tjeneste* [Internett]. Katolsk Studentlag. Tilgjengelig fra: <<http://www.katstud.org/artikler/artikkelvisning/article/fot-fransiskushjelpens-oppsoekende-tjeneste/>> [Lest 28. februar 2016]

Boekel, L.C. van, Brouwers, E.P.M., Weeghel, J. van, Garretsen, H.F.L. (2013) Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 131 (1-2) juli, s.23-35

Divisjon for rettsmedisin og rusmiddelforskning (2015) *Fakta om rusvirkninger* [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig fra: <<http://www.fhi.no/artikler/?id=67532>> [Lest 17. februar 2016].

Eide, H., Eide, T. (2007) *Kommunikasjon i relasjoner*, Gyldendal Norske Forlag AS, Oslo, 2. utgave, 1. opplag

Eriksen, T.G., (2008) *Uttrykker sympati med rusmisbrukere* [Internett] Norges Riksringkasting. Tilgjengelig fra: <<http://www.nrk.no/norge/uttrykker-sympati-med-rusmisbrukere-1.6381055>> [Lest 17. februar 2016].

Georg Høyer (2011) Rus og rusavhengighet. I: Haug, k., Høyer, G., Krokstad, S og Mæland, J.G. (Red.) (2011) *Sosialmedisin*, Gyldendal Norske Forlag AS, 2. utg,

Gooding, G. (2015) ”Gapestokken er tilbake i digital form – og mer potent enn noen gang”. *Aftenposten* [Internett], 28.04.2015. Tilgjengelig fra:
<<http://www.aftenposten.no/meninger/debatt/Gapestokken-er-tilbake-i-digital-form---og-mer-potent-enn-noen-gang-7998543.html>> [Lest 17. februar 2016].

Jellestad, F. K. (2012) Hjernen og rusavhengighet. I: Lossius, K. Red. (2012) *Håndbok i rusbehandling*, Gyldendal Norske Forlag AS, Oslo, 2. utg,

Kirkevold, M. (1999) *Sykepleieteorier*, Gyldendal Norske Forlag AS, Oslo, 2. utg

Lin, Y.P., Watson, R., Tsai, Y.F. (2012) Dignity in care in the clinical setting: a narrative review. *Nursing Ethics*, 20 (2), s. 168-177

Lossius, K. (2012) Om å ruse seg. I: Lossius, K. Red. (2012) *Håndbok i rusbehandling*, Gyldendal Norske Forlag AS, Oslo, 2. Utg,

Mclaughlin, D.F., McKenna, H., Leslie, J.C. (2000) The perceptions and aspirations illicit drug users hold toward health care staff and the care they receive. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7 (5), s. 435-441

Norsk Sykepleieforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*. Oslo: Norsk Sykepleieforbund.

Northern Nurses Federation [NNF] (2003) Etiske retningslinjer for sykepleieforskning i nord, *Vård i nord*, Oslo, 23 (70) s. 1-20

Polit, D.F., og Beck, C.T. (2004) *Essentials of nursing research – appraising evidence of nursing practice*. Philadelphia: Lippicott Williams & Wilkins, 8. utg.

Schei, E. (2006) skam i pasientrollen. I: Gulbrandsen, P., Fugelli, P., Stang, G., Wilmar, B. Red. (2006). *Skam i det medisinske rom*, Gyldendal Norske Forlag AS, Oslo, 1. utg,

Simonnes, K (2011) *Bør rusavhengige behandles som syke?* [Internett]. Oslo: Universitetet i Oslo. Tilgjengelig fra: <<http://forskning.no/etikk-filosofiske-fag/2011/12/bor-rusavhengige-behandles-som-syke>> [Lest 17. februar 2016].

Shotton, L., Seedhouse, D. (1998) Practical dignity in caring. *Nursing Ethics*, 5 (3), 246-255

Statens institutt for rusmiddelforskning [SIRUS], [intrernett]. Tilgjengelig fra: <<http://www.sirus.no/publikasjon/rusmidler-i-norge/5-narkotika/#toc16>> [Lest 12. februar 2016]

Weihe, W.H-J. (2004) *Rus*, Abstrakt forlag AS, Oslo

Teigen, K.H. (2012) *Holdning* [Internett] Store Norske Leksikon. Tilgjengelig fra: <<https://snl.no/holdning>> [Lest 16. februar 2016].

Thidemann, I.J. (2015) *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter*, Universitetsforlaget AS, Oslo

Thornquist, E. (2003) *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori*, Fagbokforlaget, Oslo

Travelbee, J. (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*, Universitetsforlaget AS, Oslo

Lovverk

Spesialisthelsetjenesteloven. Lov 02. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m

Helse- og omsorgstjenesteloven. Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m

Pasient- og brukerrettighetsloven. Lov 02. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter

Publiseringsavtale bacheloroppgave Haraldsplass diakonale høgskole

Tittel på norsk: ”Å bli sett av et øye som ser”
Sykepleiers møte med den rusavhengige pasient

Tittel på engelsk: to beee met by eyes that really sees
Nurse meating the drug adicted patient

Kandidatnummer: 709

Forfatter(e): Solveig Obrestad Hauge

Årstall: 2016

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage Haraldsplass med forfatter(ne)s godkjennelse.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Haraldsplass diakonale høgskole en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja X
nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

ja
nei X

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja
nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

ja
nei X