

## **Bacheloroppgave i sykepleie**

### **Se meg**

#### Om å møte pasienter med verdighet

«Hvordan kan sykepleier møte pasienter innlagt i avrusningsavdeling med verdighet?»

### **See me**

#### Meeting patients with dignity

«How can nurses meet patients in substance abuse treatment centers with dignity?»

Kandidatnummer: 716

Kull: 2013

Antall ord: 10995

Innleveringsdato: 17.3.2016

I was burned out from exhaustion, buried in the hail  
Poisoned in the bushes and blown out on the trail  
Hunted like a crocodile, ravaged in the corn  
“Come in,” she said, “I’ll give you  
shelter from the storm”

Bob Dylan (1975)

## Sammendrag

Rusmiddelavhengige blir fortsatt møtt med fordommer og stigmatisering i dagens helsevesen, og blir ikke alltid behandlet med den respekt og verdighet de fortjener. Forskning tyder på at helsepersonell viser større tendenser til å ha fordommer mot disse pasientene sammenlignet med andre pasientgrupper. Det kommer frem at helsepersonell ser på denne pasientgruppen som følelsesmessig utfordrende å jobbe med, samtidig som de blir oppfattet som manipulerende og truende. Helsevesenet må etterstrebe å være en fordomsfri arena, der mennesker kan komme å motta helsehjelp uten å oppleve å bli møtt med stigmatiserende holdninger. Sykepleieren må evne å møte pasienter som unike og enestående mennesker, og forsøke å fremme og underbygge den iboende verdigheten alle mennesker har. Dette gjøres ikke med stigmatisering og negative holdninger overfor disse pasientene. I denne oppgaven, et litteraturstudie som baserer seg på Joyce Travelbees teori om mellommenneskelige forhold i sykepleie, blir det undersøkt hvordan sykepleier kan møte pasienter med verdighet uten fordommer og stigmatisering i rusomsorgen. Det blir benyttet relevant forskningslitteratur om emnet som skal bidra til å underbygge påstandene som blir lagt frem i drøftingskapittelet. Der blir det belyst gjennom Travelbees fem faser i menneske-til-menneske forholdet hvordan sykepleier kan gå frem for å møte pasientene med verdighet, og å gjøre det på en måte som ivaretar den iboende verdigheten alle mennesker har i kraft av å være menneske.

Nøkkelord: Verdighet, holdninger, rusmiddelavhengighet, helsepersonell, mellommenneskelige forhold

## Abstract

Patients with substance abuses are still faced with prejudice and stigma in today's health care, and are not always treated with the respect and dignity they deserve. Research implies that health professionals show a greater tendency to have negative attitudes against these patients compared with other patient groups. It appears that health professionals perceive these patients as emotionally challenging to work with, as well as manipulative and threatening towards health personnel. Health care must strive to be an unprejudiced arena, where patients can come to receive medical care without experiencing prejudicial attitudes. The nurses must be able to meet patients as unique and outstanding human beings, and seek to promote and support the inherent dignity all humans have. This is not done with stigma and negative attitudes towards the patients. In this thesis, a literature study based on Joyce Travelbees theory of interpersonal aspects of nursing, it is investigated how the nurse may encounter patients with dignity and without prejudice and stigmatization of their drug abuse. Relevant research literature on the subject is presented and will help to substantiate the claims being put forward in the discussion chapter. It will be elucidated through Travelbees five phases in human-to-human relations how the nurse can proceed to meet the patients with dignity, and to do it in a way which safeguards the inherent dignity all people have by virtue of being human.

Key words: Dignity, attitudes, drug addiction, health personnel, interpersonal relations

## Innholdsfortegnelse

<b>SAMMENDRAG .....</b>	<b>III</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>IV</b>
<b>1 INNLEDNING.....</b>	<b>1</b>
1.1 TEMA OG PROBLEMSTILLING .....	1
1.2 RELEVANS FOR SYKEPLEIE .....	1
1.3 UTDYPNING OG AVGRENSNING .....	2
1.4 OPPGAVENS STRUKTUR .....	3
<b>2 METODE .....</b>	<b>4</b>
2.1 VITENSKAPELIG FORSTÅELSE OG METODISK FREMGANGSMÅTE .....	4
2.2 JOYCE TRAVELBEES TEORI OM MELLOMMENNESKELIGE FORHOLD I SYKEPLEIE .....	5
2.3 LITTERATURSØK .....	5
2.4 PRESENTASJON OG BEGRUNNELSE FOR VALG AV EMPIRI .....	5
2.4.1 <i>Treatment and recovery as perceived by patients with substance addiction.....</i>	<i>6</i>
2.4.2 <i>Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review.....</i>	<i>6</i>
2.4.3 <i>Patient dignity in an acute hospital setting: A case study.....</i>	<i>7</i>
2.5 KILDE- OG METODEKRITIKK .....	7
2.6 IVARETAKELSE AV ETISKE RETNINGSLINJER .....	8
<b>3 TEORI.....</b>	<b>9</b>
3.1 JOYCE TRAVELBEE SIN TEORI OM MELLOMMENNESKELIGE FORHOLD I SYKEPLEIEN .....	9
3.1.1 <i>Definisjon sykepleie.....</i>	<i>9</i>
3.1.2 <i>Begrepet pasient.....</i>	<i>9</i>
3.1.3 <i>Menneske-til-menneske-forhold .....</i>	<i>10</i>
3.1.4 <i>De fem fasene .....</i>	<i>10</i>
3.2 VERDIGHET .....	11
3.2.1 <i>Definisjon .....</i>	<i>12</i>
3.2.2 <i>Absolutt og relativ verdighet .....</i>	<i>12</i>
3.2.3 <i>Å møte pasienter med verdighet .....</i>	<i>12</i>
3.2.4 <i>Uten respekt – ingen verdighet.....</i>	<i>14</i>
3.3 KOMMUNIKASJON.....	14
3.4 HOLDNINGER .....	15
3.5 KUNNSKAP.....	16
3.6 RUSMIDDELAVHENGIGHET .....	16
3.7 YRKESETISKE RETNINGSLINJER.....	17
<b>4 DRØFTING.....</b>	<b>18</b>
4.1 DET FØRSTE MØTET .....	18
4.2 FREMVEKST AV IDENTITETER .....	20
4.3 EMPATIFASEN .....	22
4.4 SYMPATI OG MEDFØLELSE.....	26
4.5 GJENSIDIG FORSTÅELSE OG KONTAKT.....	27
<b>5 AVSLUTNING .....</b>	<b>29</b>

**SANG AV BOB DYLAN..... FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.**  
**LITTERATURLISTE..... 31**

## 1 Innledning

I denne oppgaven vil jeg se på forholdet mellom sykepleier og pasient i en avrusningsavdeling. Jeg har gjennom min studietid hatt en åtte ukers praksisperiode på en slik avdeling, og fanget raskt interesse for temaet. I denne avdelingen var pasientene innlagt i tre til fire måneder, og hadde samme sykepleier som sin hovedkontakt gjennom oppholdet. Det slo meg hvor viktig denne relasjonen var for behandlingsforløpet til pasienten, og viktigheten av sykepleierens måte å møte disse pasientene på.

### 1.1 Tema og problemstilling

Som nevnt ser denne oppgaven på relasjonen som oppstår mellom en sykepleier og en pasient som er frivillig langtidsinnlagt i en avrusningsavdeling. Erfaringene jeg gjorde meg i denne avdelingen førte til at jeg ønsket å sette meg inn i dette temaet i oppgaven. Jeg er opptatt av relasjoner, og hvordan disse kan bli best mulig. Samtidig ser jeg viktigheten av gode relasjoner, spesielt gjennom et langt behandlingsforløp. Forskning tyder også på at en god relasjon mellom sykepleier og pasient kan føre til at pasienter blir mer motiverte for å fortsette sin behandling (Nordfjærn mfl., 2010, s. 63).

Problemstillingen for denne oppgaven er som følger; *"Hvordan kan sykepleier møte pasienter innlagt i avrusningsavdeling med verdighet?"*

Grunnen til at denne problemstillingen er valgt er fordi jeg ønsker å se på hvordan relasjonen mellom pasienten og sykepleieren kan fortone seg, og hvordan denne kan bli best mulig gjennom et langt behandlingsforløp. Jeg vil se på hvordan sykepleier kan møte pasienten med verdighet, og hvordan sykepleieren kan fremme denne.

### 1.2 Relevans for sykepleie

Uansett hvor man jobber i helsevesenet vil man kunne møte pasienter som enten er, eller har vært rusmiddelavhengige. Det er viktig at sykepleieren har tilstrekkelig kunnskap for hvordan man møter disse pasientene slik at et godt samarbeid kan oppstå, der relasjonen mellom sykepleier og pasient blir fruktbar og hensiktsmessig for det videre behandlingsforløpet. Derfor ønsker jeg å sette meg inn i dette i denne oppgaven. Jeg mener det er viktig å vite hvordan man kan fremme verdighet i møte med en pasientgruppe som i samfunnet generelt ofte opplever det motsatte. Da skal helsevesenet etter min mening være en fordomsfri arena, der man ser på alle mennesker som unike individer som blir behandlet med respekt.

Egen erfaring tilsier at pasienter som er innlagt i helsevesenet lenge har opplevd å bli stigmatisert på grunn av sin avhengighet. Forskning kan tyde på at dette også forekommer i helsevesenet (Boekel mfl., 2013, s. 26). Det blir da viktig at sykepleieren står som en motpol til dette, og møter pasientene med verdighet, og ser pasienten som et unikt individ uten å dømme og stigmatisere (Nordfjærn mfl., 2010 s. 60). Sykepleieren må se på pasientene med åpenhet og nysgjerrighet og evne å se hele mennesket og dets historie for å få en bedre forståelse for den enkeltes behov (Skjervheim, 1996, referert i Aakre og Biong, 2012, s. 85). En holdning preget av antagelser og fordommer der pasienter blir satt i bås vil være hemmende for samarbeidet (Travelbee, 1999, s. 61-62).

### 1.3 Utdypning og avgrensning

Med å møte pasienten menes her med hvordan sykepleier samhandler og kommuniserer med pasienten. Når det videre i problemstillingen og oppgaven skrives om rusmiddelavhengige pasienter, omfatter begrepet både alkoholavhengighet og avhengighet av andre rusmidler. Det blir ikke skilt mellom avhengighet av ulike narkotiske stoffer, de blir sett på som en helhet. Alkoholavhengige pasienter og pasienter som er avhengige av narkotiske stoffer kan opptre ulikt i møte med behandling, men siden oppgavens fokus ligger i selve relasjonen mellom sykepleier og pasient velger jeg å se disse under ett.

Travelbee er ikke tilhenger av begrepet *pasient*. Dette blir utdypet i kapittel tre. I denne oppgaven blir allikevel begrepet *pasient* benyttet. Dette gjøres for enkelhetsskyld, og fordi det er betegnelsen som blir brukt i en slik institusjon. Jeg mener sykepleieren skal kunne bruke dette begrepet uten stereotyping, og evne å se det unike mennesket bak termen.

Oppgaven fokuserer på langtidsopphold i avrusningsavdeling. Dette er en avdeling der pasienter frivillig kommer, gjerne via sin fastlege eller NAV, for å få hjelp med sin avhengighet. Her oppholder de seg over en periode på to til fire måneder, med innlagte permisjonsturer i helgene. I en slik avdeling er det svært viktig å oppnå en god relasjon med pasienten, siden oppholdet går over en lengre periode med samme sykepleierkontakt. Jeg velger å fokusere på mannlige pasienter over 18 år. Som en naturlig konsekvens av dette omtales pasienten som *han* i besvarelsen.

Som nevnt tas det hensyn til både alkoholavhengighet og avhengighet av andre rusmidler. Grunnen til dette er at jeg selv har erfaring med det fra min praksisplass. Jeg er klar over at med rus følger også psykiatriske problemstillinger, og omvendt, men i denne oppgaven



fokuseres det bare på rusavhengigheten.

#### 1.4 Oppgavens struktur

Videre i oppgaven vil besvarelsens metode bli gjennomgått. Vitenskapsteoretisk forståelse vil bli presentert, sammen med den metodiske fremgangsmåten. Travelbees teori vil bli kort presentert og valget av den blir begrunnet. Videre vil litteratursøket bli presentert, og søkeord og databaser vil bli gjennomgått. Oppgavens viktigste forskningsartikler bli kort presentert, og kilde- og metodekritikk blir fremlagt. Avslutningsvis gjøres det rede for hvordan etiske retningslinjer har blitt ivaretatt.

I teorikapittelet blir Travelbees teori videre utdypet. Problemstillingens begreper *rusmiddelavhengighet* og *verdighet* blir definert for skape en større forståelse før de blir brukt for å svare på problemstillingen i drøftingskapittelet. Begreper som *kommunikasjon*, *holdninger* og *kunnskap* blir også forklart nærmere fordi de er viktige for oppgavens videre oppbygning.

I drøftingsdelen presenteres det en case. Denne er delvis basert på egne opplevelser, men anonymisert tilstrekkelig med hensyn til etikken. Dette blir poengtert i kapittel to, under *ivaretagelse av etiske retningslinjer*. Denne casen inkluderes gjennom oppbyggingen av diskusjonen, og skal bidra til å gi dybde i dette kapittelet. Travelbees teori, relevant forskningslitteratur, samt begrepene som nevnes i teorikapittelet danner grunnstammen i denne delen av oppgaven.

## 2 Metode

I denne delen vil jeg vise hvordan jeg har gått frem for å skaffe den litteraturen jeg har brukt for å utarbeide oppgaven min. Den er i hovedsak et litteraturstudie, der jeg har søkt etter og funnet relevant forskning. Det er også benyttet pensumbøker og annen litteratur om temaet. Egen erfaring fra praksissituasjoner blir dradd inn i kapittel fire.

### 2.1 Vitenskapelig forståelse og metodisk fremgangsmåte

Denne oppgaven kommer innunder den humanvitenskapelige tradisjon. Den forsøker å forstå opplevelser og erfaringer. Den gir kunnskap om pasientens erfaringer, og hvordan dette oppleves for pasienten (Thidemann, 2015, s. 63). Bakgrunnen for valget av dette er at jeg ønsker å forstå og belyse den subjektive opplevelsen til pasienten. Derfor har det blitt benyttet litteratur som belyser disse temaene. Jeg har benyttet pensumlitteratur, forskningsartikler og annen litteratur som jeg har kommet frem til på ulikt vis. Tips fra veileder og medstudenter har bidratt til å komme frem til relevant litteratur for problemstillingen.

I tillegg til dette har det blitt benyttet erfaringsbasert kunnskap. Med erfaringsbasert kunnskap menes det opplevelser jeg selv har hatt, eller opplevelser til pasienter jeg har møtt i min praksis.

Forskningslitteraturen som blir brukt i oppgaven er både naturvitenskapelig og fenomenologisk. I studier som har fenomenologisk design forsøker forskerne å forstå hvordan opplevelsen er rent subjektivt for deltagerne (Thidemann, 2015, s. 74). Det er aktuelt for oppgavens problemstilling, i og med at den ønsker å forklare hvordan en kan møte pasienter på en verdig måte. For å få en forståelse av hvordan rusmidler fungerer på kroppen og fører til avhengighet har jeg benyttet meg av naturvitenskapelige artikler. Den naturvitenskapelige forskningstradisjonen forklarer hvorfor ting er som de er (Thidemann, 2015, s. 62).

Den metodiske tilnærming i denne oppgaven er litteraturstudie. Et litteraturstudie systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder (Thidemann, 2015, s. 79). Å systematisere forstås her som å samles inn litteratur fra fagbøker, forskningsartikler og tidsskrift, for deretter å kritisk gå gjennom og knytte det sammen (Magnus og Bakketeig, 2000, referert i Thidemann, 2015, s. 79).

Gjennom litteratursøket har formålet vært å finne ut hvordan pasienter i rusomsorgen opplever å bli møtt av helsepersonell. Jeg har ønsket å belyse hvordan pasientenes subjektive opplevelse av å være innlagt har vært, og om de opplevde å bli møtt på en verdig måte. Det

har også vært av interesse å se på hvordan pasientene og sykepleierne selv definerer verdighet, og hva de legger i begrepet. Samtidig har jeg ønsket å finne forskning på om rusmiddelavhengige blir møtt med fordommer og stigmatisering i dagens helsevesen, og hvordan helsepersonell forholder seg til denne pasientgruppen.

## 2.2 Joyce Travelbees teori om mellommenneskelige forhold i sykepleie

I drøftingsdelen blir Travelbees teori brukt som utgangspunkt for besvarelsen på problemstillingen. Drøftingen blir gjort med hennes teori som bakgrunn, og den sees som relevant for oppgaven fordi den fokuserer på pasientens opplevelse og erfaring (Kirkevold, 1998, s. 113). Teorien til Travelbee er bygd på en eksistensialistisk filosofi, og hun tar utgangspunkt i at mennesket er et ”enestående uerstattelig individ” (Kirkevold, 1998, s. 114). Hun tar sterk avstand fra generaliserte og stigmatiserende holdninger og oppfatninger av mennesket, og har til hensikt å se hvert enkelt menneske som et unikt individ (Travelbee, 1999, s. 62).

## 2.3 Litteratursøk

I oppstartsfasen ble det foretatt søk i SveMed+. De norske ordene som ble brukt var; *rus, behandling, verdighet, sykepleier og stigmatisering*. Disse ble benyttet til å finne engelske MeSH-termer som; *substance-related disorders, personhood, social stigma, nurse-patient relations, attitude of health personnel og substance abuse treatment centers*. Disse ble tatt videre inn i PubMed, en større internasjonal database med større sjans for å finne flere artikler. Det ble også foretatt søk i Cinahl og Ovid Nursing, og mange av de samme artiklene ble funnet der. De artiklene som er benyttet i oppgaven er funnet gjennom databasen PubMed. Det var vanskelig å finne frem til artikler som dreide seg om akkurat det som var relevant for problemstillingen. Derfor ble teknikken *snowballing*, eller *nøsting* benyttet videre i søkeprosessen. Den går ut på at en ser på kildene til en artikkelens referanser, sitater og litteraturliste, som igjen leder videre til ny forskning og litteratur. Artiklene som ble funnet er alle publisert i anerkjente tidsskrifter og fagfelleverderte før publisering.

## 2.4 Presentasjon og begrunnelse for valg av empiri

Artiklene som blir benyttet i denne oppgaven har en fenomenologisk tilnærming. De ønsker å forklare et fenomen og forstå hvordan dette oppleves. Det blir inkludert en oversiktsartikkel, og to kvalitative spørreundersøkelser.

#### 2.4.1 Treatment and recovery as perceived by patients with substance addiction

Denne forskningsartikkelen blir inkludert fordi den tar for seg pasientens subjektive opplevelse av å være i behandling på rusinstitusjon i Norge. Den kan ikke knyttes direkte opp til problemstillingen i seg selv, men den brukes i drøftingen for å skape et bilde av hvordan pasienter kan oppleve å være i behandling.

Intervjuer av pasienter fra fem avdelinger der pasientene er fastboende over lengre tid, samt en dagklinikk for opioidavhengige pasienter blir gjennomført. Dette ble gjort i to fylker i Midt-Norge. Forskningsartikkelen har en kvalitativ og humanvitenskapelig tilnærming. Den inkluderer både pasienter som fullførte behandling, og pasienter som droppet ut før behandlingen var fullført.

Forskerteamet fant blant annet at enkelte pasienter opplevde stigmatisering i behandling. Dette gikk på personalets manglende tillit til pasientene og en generell mistenksomhet (Nordfjærn mfl., 2010, s. 57). Det kom også frem at en god relasjon mellom sykepleier og pasient var avgjørende for opplevelsen av behandlingen (Nordfjærn mfl., 2010, s. 60).

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

Boekel og hennes forskerteam ser i sin oversiktsartikkel på helsearbeidere sin holdning overfor pasienter med en rusmiddelavhengighet og dens konsekvens for utførelsen av helsehjelp. Dette er en systematisk litteraturoversikt, der det går gjennom eksisterende forskning om temaet. Det har blitt gjort noen avgrensinger. De tar bare for seg forskning som omhandler alkohol og ulovlige rusmidler og studien inkluderer ikke forskning fra ikke-vestlige land. De endte opp med 28 inkluderte studier.

Denne litteraturoversikten har blitt inkludert fordi den gir et godt innblikk i eksisterende forskning på feltet. Den kan ikke direkte knyttes opp til oppgavens problemstilling, men er med å legge til rette for en nyansert drøfting, og viser at stigmatisering mot rusmiddelavhengige finner sted i helsevesenet.

Den utbredte tendensen i denne studien var at helsepersonell generelt hadde en negativ holdning overfor pasienter med rusmiddelavhengighet (Boekel mfl., 2013, s. 26). På den positive side viste det seg at helsepersonell med erfaring innen rusfeltet hadde en tendens til å vise større aksept og positivitet overfor denne pasientgruppen (Boekel mfl., 2013, s. 29).

### 2.4.3 Patient dignity in an acute hospital setting: A case study

I denne studien, en kvalitativ case-studie, ble 24 pasienter og 13 ansatte, derav 6 sykepleiere, intervjuet etter å ha blitt observert i praksis. Hensikten med studien var å finne ut betydningen av begrepet verdighet for pasienter, og hva som fremmer og hemmer denne (Baillie, 2009, s. 23).

Det ble utarbeidet en modell for hva som fremmer og truer verdighet ut i fra funnene i studien. Der kommer det frem at helsepersonell som har en autoritær holdning, eller som er bryske og korte i møtet med pasientene kan true deres verdighet. Det som viste seg å fremme pasientenes verdighet var blant annet et godt forholdt mellom pasient og sykepleier, og at pasienten fikk en følelse av å ha kontroll over sin egen situasjon, og å bli informert og inkludert (Baillie, 2009, s. 33).

Det at denne artikkelen ser på begrepet verdighet, og hva som fremmer og truer den, gjør at den blir vurdert til å være svært relevant for oppgavens problemstilling, til tross for at den er utført i et somatisk sykehus.

### 2.5 Kilde- og metodekritikk

I og med at dette er et litteraturstudie og all informasjon blir tolket subjektivt. Dette betyr at den som jeg under utarbeidelsen av oppgaven selv har valgt ut litteratur, og anvendt denne. Hvordan litteraturen blir lest og tolket kan variere fra person til person. Dette betyr at to personer kan lese den samme teksten, men sitte igjen med to forskjellige forståelser.

Forskningen som er anvendt i denne oppgaven er både utført i Norge og i England, samt en oversiktsartikkel som tar for seg forskning fra flere vestlige land, som Canada, USA og Irland. Når det blir benyttet utenlandsk forskning må en være klar over at overføringsverdien kan være svekket. Holdningene som kommer frem i de utenlandske studiene kan variere fra det som er tendensen i Norge. I studien "Patient dignity in an acute hospital setting" er det relativt få deltagere, samtidig som den er utført i et somatisk sykehus. Den kan ikke direkte knyttes opp til rusbehandling, og det kan være en svakhet med tanke på overføringsverdien. I den systematiske litteraturoversikten til Boekel mfl. har det bare blitt inkludert studier som hadde sammendrag tilgjengelig, og det kan derfor være ekskludert studier som kunne ha vært relevante.

Videre har jeg benyttet meg av Travelbees originale verk "Interpersonal aspects of nursing" som først ble utgitt i 1966. Boken som er brukt i denne oppgaven, "Mellommenneskelige

forhold i sykepleie” fra 1999 er en norsk oversettelse av den opprinnelige boken til Travelbee. Når bøker blir oversatt stoler en på at oversetteren har fått med hovedpoengene i boken og oversatt disse på en god måte, samt gjengir forfatterens synspunkt. Ordene på norsk og engelsk kan variere eller ha ulik betydning, og oversetterens tolkning kan påvirke den oversatte utgaven.

## 2.6 Ivaretagelse av etiske retningslinjer

For å ivareta etiske retningslinjer følger jeg skolens retningslinjer for oppgaveskriving. Jeg skriver en egen tekst, og kopiere ikke, eller plagiere ikke andre tekster. Jeg skal tilstrekkelig anonymisere eksempler, og case fra praksis-situasjon. Casen er delvis basert på egne erfaringer, men navn og avhengighet er endret for å ta hensyn til anonymitet. Det skal komme tydelig frem i teksten hva som er mine tanker og synspunkt og hva som er hentet fra litteraturen. Jeg vil ikke framstille andre sine tanker og synspunkt som mine egne. Sitering blir gjort i Harvard-stilen.

### 3 Teori

I dette kapittelet presenteres Travelbees teori om mellom-menneskelige forhold. Den brukes videre som grunnstammen i drøftingskapittelet. De delene av teorien som er relevante for å svare på problemstillingen blir lagt frem. Videre blir aktuelle begreper som skal bidra til drøftingen presentert. For å bedre forstå den rusmiddelavhengiges situasjon, vil jeg kort presentere hva rusmiddelavhengighet innebærer og deres virkning på kroppen, samt konsekvenser det kan ha for en som er avhengig.

#### 3.1 Joyce Travelbee sin teori om mellommenneskelige forhold i sykepleien

”Evnen til å utøve effektiv sykepleie og hjelpe et menneske i krise krever studier og en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte, det kan ikke overlates til tilfeldigheter eller intuisjon”. Dette skriver Travelbee (1999, s. 22) i innledningen i sin bok Mellommenneskelige forhold i sykepleie. Dette legger grunnlaget for hvordan teorien til Travelbee vil bli benyttet, og kunnskapen pleieren innehar i møtet med en rusavhengig pasient er avgjørende for samarbeidet. Travelbee etterlyste i sin tid en revolusjon i sykepleien, en tilbakevending til fokus på sykepleiens omsorgsfunksjon og interessen for å bry seg om den som er syk. Hun mente at sykepleien en tid hadde beveget seg i feil retning, og at det hun beskriver som avhumaniserende arbeidsmåter preget sykepleien (Travelbee, 1999, s. 22). Hun fryktet at dersom sykepleien ikke ble endret, og fikk en kursendring, ville brukere av helsetjenester etterspørre en annen type helsearbeiders tjenester (Travelbee, 1999, s. 23).

##### 3.1.1 Definisjon sykepleie

Travelbee (1999, s. 29) definerer sykepleie på denne måten:

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig finne mening i disse erfaringene.

Sykepleieren jobber for å få til en endring i individet og en bevisstgjøring om hvordan sykdom og lidelse kan forebygges, samt å handle på en måte som gjør at høyest mulig nivå av helse opprettholdes (Travelbee, 1999, s. 30).

##### 3.1.2 Begrepet pasient

Travelbee er konsekvent på at hun unngår å bruke begrepet pasient. Hun mener det blir en merkelapp på pasienten og at det kan føre til en stereotyp. Vi må passe oss for å la denne

merkelappen definere mennesket - en pasient er også et enkeltindivid og et unikt menneske. Når man kategoriserer mennesker som pasienter, vil tidligere erfaringer med pasienter være med å farge bildet av den nye pasienten. Man glemmer å se at det er store forskjeller mellom det enkelte mennesket mener Travelbee (1999, s.61).

### 3.1.3 Menneske-til-menneske-forhold

Travelbee (1999, s. 41) mener at sykepleiens mål og hensikt kan oppnås med det hun kaller et menneske-til menneske-forhold. Det å oppnå dette forholdet er en av grunntankene i boken (Travelbee, 1999, s. 171). Hensikten er å hjelpe pasienten å finne mening i erfaringene den gjør seg som syk, og samtidig bidra til å mestre eller forebygge sykdom. Dette forholdet er en eller flere opplevelser som deles mellom sykepleier og pasient, og er virkemiddelet som gjør dette mulig (Travelbee, 1999, s. 171). Hver form for kontakt mellom sykepleier og pasient er et steg nærmere menneske-til-menneske-forholdet, forutsatt at sykepleier går inn for å lære pasienten å kjenne (Travelbee, 1999, s. 171).

### 3.1.4 De fem fasene

En annen viktig grunntanke i Travelbees teori er at sykepleieren har gått gjennom fire faser i relasjonen. Disse fasene er det innledende møtet (1), fremvekst av identiteter (2), empati (3) og sympati og medfølelse (4). Dette forholdet og disse fasene kan bygges opp i ulikt tempo og det kan ta kortere eller lenger tid, og varierer fra forhold til forhold og fra pasient til pasient (Travelbee, 1999, s. 172). Når disse fasene er gått gjennom kulminerer de i det Travelbee kaller gjensidig forståelse og kontakt, som kan kalles den femte fasen (Travelbee, 1999, s. 211).

Det innledende møtet er det første møtet pleieren har med pasienten. Her blir observasjoner gjort og at antagelser og meninger blir bygd opp om den andre. Dette går begge veier. Dette skaper grunnlaget for det videre interaksjonsmønsteret mellom pleier og pasient.

Førsteintrykket som oppstår etter dette møtet kan være fordreid, og den kan endres etter hvert som individene blir bedre kjent. Ved det første møtet ser pleier og pasient hverandre som akkurat det, pleier og pasient.

Den andre fasen, kalt "fremvekst av identiteter" kjennetegnes ved at en verdsetter den andre som et et unikt menneskelig individ og at en tilknytning blir etablert. Sykepleieren og den syke begynner å knytte seg til hverandre. Sykepleieren blir bedre kjent med pasienten og evner å oppfatte hvordan pasienten tenker og føler.



Empatifasen er evnen til å sette seg inn i, og forstå den andres psykiske tilstand i nuet. Når man har empati for noen andre, klarer man å forstå betydningen av det den andre tenker og føler og tar del i den andres sinnstilstand. Man tar del i den andres følelsesliv, samtidig som man står utenfor. En står sammen om noe, selv om en er to ulike mennesker. Når empatien først har oppstått mellom to mennesker er forholdet for alltid forandret.

Sympatifasen springer ut av empatifasen. En tar forholdet et skritt videre med et ønske om å lindre. Sykepleieren føler medlidenhet og tar del i pasientens lidelse. Travelbee det er umulig å ha medfølelse med noen og samtidig ha en distanse til individet. Sympati kan ikke oppstå i en atmosfære av objektiv distanse og fremmedgjøring. Denne fasen virker forsterkende på forholdet. Når sykepleieren føler med pasienten viser han overfor pasienten at han føler med en, bryr seg om en og vil gjøre noe for en. Pasienten blir ikke et nummer i rekken, men får følelsen av å være et enestående individ. For å etablere dette forholdet må sykepleier involvere seg følelsesmessig i pasienten.

Gjensidig forståelse og kontakt er den siste fasen som de fire foregående fasene kulminerer i. Dette er det overordnede målet for sykepleien ifølge Travelbee. I denne fasen er begrep og stereotyper som sykepleier og pasient borte, uten at det blir et uprofesjonelt forhold. Det betyr derimot at to mennesker samarbeider og har et åpent forhold der de forstår hverandre. Sykepleieren ser pasienten som et individ med egne tanker, følelser og behov. Misforståelser og kommunikasjonssvikt oppstår sjeldent i denne fasen. Pasienten føler at han slipper å veie sine ord og tenke over hvordan han uttrykker seg, og flyten i samtalen blir bedre. Forholdet mellom sykepleier og pasient blir hensiktsmessig (Travelbee 1999, s. 186-218).

### 3.2 Verdighet

Det finnes mange definisjoner på verdighet. *"Verdier er stjernene jeg styrer livet mitt etter"* skriver Lillemoen og Skærbæk (2013, s. 12).. På samme måte som det er mange stjerner, finnes det også mange verdier. Verdi og verdighet henger tett sammen, og begge omhandler forholdet mellom mennesker. At verdighet er et begrep det er vanskelig å definere, og som det finnes mange meninger om understrekes av Chochinov (2008, referert i Tranvåg, 2015, s. 12). Etter 10 år med forskning på livstruende syke og døende pasienter konkluderte han med at verdighet har ulik mening for ulike mennesker.

### 3.2.1 Definisjon

Når det finnes så mange ulike syn på verdighet blir det umulig for å omfavne alle. Dette må avgrenses, og jeg velger å ta hensyn til en definisjon som passer godt til problemstillingen og det oppgaven ønsker å svare på:

Verdighet er evnen til å føle seg viktig og verdifull i relasjon til andre, ha evnen til å kommunisere dette, og å bli behandlet slik av andre, i situasjoner som virker truende. Verdighet er en dynamisk subjektiv opplevelse, men er også noe som deles mellom mennesker (Haddock, 1996, referert i Gallagher, 2004, s. 589).

Margareta Edlund har også snakket mye om verdighet og jeg vil benytte meg av det hun sier for å utdype forståelsen av begrepet verdighet. Hun sier at ”det å være noen, og å føle seg betydningsfull gjør at verdigheten til et menneske bekreftes. Å være noen innebærer i denne sammenheng å bli sett, bli trodd på, samt å bli hørt på og tatt på alvor” (Edlund, 2012, s. 366). Det å bli sett og hørt som et enestående menneske i den situasjonen en befinner seg er altså svært viktig for å bevare sin verdighet.

### 3.2.2 Absolutt og relativ verdighet

Edlund (2012, s. 367-368) skiller mellom absolutt og relativ verdighet. Den absolutte verdighet er den uforanderlige verdighet alle mennesker har i lys av å være menneske, og den er konstant. Den finnes i alle mennesker, selv i de mest fornedrende situasjoner. Den relative har sine røtter i den absolutte verdighet, men den er foranderlig og kan krenkes eller gjenoppbygges. Den blir påvirket av omgivelsene og kommer til uttrykk i relasjoner. Videre deles den relative verdigheten opp i indre og ytre verdighet, der den indre står for opplevelsen av verdighet i individet, og den ytre blir uttrykt gjennom handlinger. I oppgaven vil det bli fokusert på den relative verdigheten. Det er den sykepleieren kan påvirke i sitt arbeid. Den absolutte verdigheten skal ligge som en grunntanke i alle handlinger man utfører som sykepleier, og den relative verdigheten skal bygge videre på den.

### 3.2.3 Å møte pasienter med verdighet

Den relative verdigheten er bevegelig. En kan gjøre den andre liten med sitt blikk, eller en kan gi anerkjennelse. En har mulighet til å ydmyke og bryte ned den andre med måten en forholder oss til personen på. Samtidig kan en gjøre det motsatte, en kan gi uttrykk for at en deler bekymringen og uroen overfor vanskelighetene livet serverer og som mennesket står i. Ved å møte en pasient med interesse for dens livshistorie vil vi lettere få øye på verdigheten

(Alvsvåg, 2010, s. 38-39). I helse- og omsorgstjenesteloven står det at tjenestetilbudet pasienten mottar skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 1-1). Å bli møtt med verdighet er altså lovfestet.

På grunn av begrepet verdighet sin subjektive natur (Castledine, 1996, referert i Gallagher, 2004, s. 589) blir det viktig å ha en formening av hva verdighet betyr for den enkelte pasient. Verdighet kan bare måles ved å vite hva dette begrepet betyr for pasienten skriver Castledine. Dette underbygger viktigheten av å etablere et godt mellom-menneskelig forhold til sin pasient, for å kunne møte pasienten på hans premisser. Skjervheim (1996, referert i Aakre og Biong, 2012, s. 85) mener at det er en forutsetning for å gå inn i en relasjon med en pasient at sykepleieren kan ta utgangspunkt i pasientsituasjonen – hvordan oppleves denne situasjonen for denne pasienten? Det vil være forskjell i hvordan hver enkelt av oss oppfatter og definerer begrepet verdighet. En rusmisbruker vil gjerne ha en annen definisjon enn en sykepleier vil ha, og en sykepleier kan ha en annen oppfatning enn sin kollega. Dette er det viktig å være klar over.

For å møte en pasient med verdighet er det viktig å ta hensyn til pasienten i den situasjonen den befinner seg i. En må være engasjert og undrende i møte med pasienten. Alle har ulike forståelser, livssyn, erfaringer og fremtids-utsikter. Vi kan vise pasienten verdighet ved måten vi snakker med og ser pasienten på, måten vi pleier pasienten på, og måten vi lytter på. Som Alvsvåg skriver så er møter med mennesker sårbare og komplekse, og det passer seg ikke med bastante konklusjoner, men med åpenhet, undring, respekt og handling (Alvsvåg, 2010, s. 67).

Baillie har i en studie intervjuet ansatte og pasienter ved en kreft-avdeling om verdighet og betydningen av begrepet. Pasienter og sykepleiere ble spurt om deres oppfatning av begrepet og hva som fremmer og hemmer verdighet. Der kom det blant annet frem at betryggelse og vennlighet fra pleierne overfor pasienten fremmet verdighet (Baillie, 2009, s.32). Han utarbeidet en modell som viser hva som fremmer og hva som truer verdigheten til pasientene. Det som viste seg å true verdighet var blant annet en autoritær holdning fra sykepleieren, at sykepleieren er brysk og kort i møtet med pasienten og at privatlivet blir truet. Faktorer som kan fremme verdighet er et godt forhold til sykepleieren og en følelse av å ha kontroll over sin egen situasjon.

Det er også viktig å ta hensyn til mer enn diagnosen til pasienten. Pasienten er alltid noe mer (Alvsvåg, 2010, s. 66). Som Travelbee skriver skal vi se det enkelte mennesket som et enestående individ, ikke bare som en pasient, for det kan føre til stereotyper (1999, s. 61). Det gode møtet er når sykepleieren møter pasienten på en personlig måte. Det blir da to mennesker som møtes, og ikke en pasient og en pleier. For å fremme verdighet hos pasienter må vi altså møte de med *åpenhet, undring, respekt og nysgjerrighet*. Fordommer må legges til side, og antagelser og spekulasjoner hører ikke hjemme i møte med pasientene (Alvsvåg, 2010, s. 66-67).

### 3.2.4 Uten respekt – ingen verdighet

Respekt og verdighet er begreper som dekker hverandre innholdsmessig og de brukes ofte om det samme (Alvsvåg, 2010, s. 66). Verdighet er noe vi har, mens respekt er knyttet til noe vi gjør. Vi har som nevnt lover som skal verne respekten og verdigheten til den enkelte, og dersom vi ikke er respektfulle overfor hverandre vil det også gå utover verdigheten. Det er viktig at sykepleier har en grunnleggende respekt for mennesker, som vil si å ta hensyn til selvbestemmelsen og bidra til at verdigheten og integriteten bevares hos pasienter i deres sårbare perioder i livet (Alvsvåg, 2010, s. 67). Ved å vise respekt overfor den andre, vil vi også vise respekt overfor oss selv og det er en viktig forutsetning for å se hele mennesket (Alvsvåg, 2010, s. 38). Å se hele mennesket er en viktig forutsetning for å vise verdighet overfor pasienten (Walsh, K., og Kowanko, I., 2002, s. 149) og på den måten kan man si at respekt og verdighet henger sammen.

### 3.3 Kommunikasjon

For å fremme pasienter med verdighet, og for å møte de med verdighet, er kommunikasjon et viktig element. Sykepleieren kommuniserer kontinuerlig til pasienten gjennom sin adferd, holdning, ansiktsuttrykk, vesen og sine gester. Pasienten gjør det samme til sykepleieren. All kommunikasjon mellom pasient og sykepleier har et formål utdyper Travelbee. Målet er menneske-til-menneske forholdet i Travelbees teori, og det som avgjør om disse målene blir nådd, er sykepleierens interaksjonsmønster i møtene med pasienten (Travelbee, 1999, s. 135). Dette blir belyst videre i kapittel fire.

Travelbee understreker at sykepleieren og pasienten fint kan kommunisere seg i mellom uten at det fører til et menneske-til-menneske forhold. Det som avgjør om dette forholdet oppnås gjennom interaksjonene er sykepleierens kommunikasjonsevner og tilnæringsmåter (Travelbee, 1999, s. 136). Sykepleieren må vise gjennom sin kommunikasjon at pasienten er i

fokus. Det vil si å gi pasienten oppmerksomhet, å se pasienten som et unikt individ, og å høre på hva pasienten har å fortelle. Dette henger sammen med å møte pasienten med verdighet. Sykepleieren må være til stede i alle interaksjoner med pasienten, og være lyttende for hva pasienten har å fortelle (Travelbee, 1999, s. 152-153).

Det sykepleieren tenker og føler overfor pasienten vil alltid uttrykkes gjennom interaksjonen de imellom skriver Travelbee. Det vil si at pasienten oppfatter sykepleierens intensjoner og ønske om å hjelpe, men også dersom sykepleieren har negative holdninger overfor pasienten. Dette er en underbevisst prosess. Følelser som likegyldighet eller manglende interesse kommuniseres like enkelt til pasienten som følelser av det motsatte, omtanke og empati (Travelbee, 1999, s. 147).

### 3.4 Holdninger

Boekel mfl. har i sin oversiktsartikkel sett på stigmatisering blant helsepersonell overfor pasienter med rusmiddelavhengighet. Det kom frem at helsepersonell generelt sett har en negativ holdning mot denne pasientgruppen og at de foretrakk at behandling av disse ble utført av spesialister. De var ikke i stand til, eller ønsket ikke, å føle empati overfor disse pasientene (2013, s. 26). Stigmatisering kan defineres som det å merke noen negativt i sosial sammenheng, ved å hevde at gruppen generelt har dårlige egenskaper, er upålitelige, umotiverte eller lignende (Malt, 2014). Videre i studien fant Boekel mfl. (2013, s. 29) at sykepleierne oppfattet rusmiddelavhengige pasienter som psykisk utfordrende og utrygge å oppholde seg rundt. Pasientene ble også oppfattet som manipulerende, aggressive, frekke og lite motiverte.

Rusmiddelbruk i samfunnet er utbredt, og en naturlig del av manges liv i sosiale sammenkomster. Det er få som til utvikler et rusmiddelmisbruk. Dette kan føre til en ”vi” og ”dem” holdning, et skille mellom de som klarer å kontrollere bruken, og de som ikke klarer det. Det kan være lett å rette pekefinger mot og undervurdere de som ikke klarer det. Vi glemmer at rusproblemer ofte er svært sammensatte. Slike moralistiske holdninger fungerer ofte mot sin hensikt, og det må vi ha klart for oss når vi står i møte med rusmiddelavhengige i helsevesenet (Hole, 2014, s. 165). Vi vet at rusproblemer og psykiske plager ofte henger sammen. Ofte begynner man med å døyve smerten av de psykiske plagene med rus. Forskning viser at jo mer alvorlig ruslidelsen er, desto høyere er forekomsten av psykiske plager, og at det er en klar sammenheng mellom ruslidelser og psykiske plager som depresjon og angst (Hole, 2014, s. 52-54). Det er viktig at helsepersonell er klar over at personer med

rusavhengighet ofte ruser seg for en grunn. Skillet mellom ”vi” og ”dem” bør avvikles mener Hole (2014, s. 165). Den profesjonelle hjelpe pasienten å reflektere over sitt rusmiddelmissbruk på en kunnskapsbasert måte, der empati og aktiv lytting bør inngå (Hole, 2014, s. 165).

### 3.5 Kunnskap

For å utøve god omsorg trenger man utdanning. Gjennom livet lærer vi oss det grunnleggende for å vise omsorg i relasjoner, men det må mer til i møte med mennesker som er i en vanskelig fase i livet. Gjennom utdanning lærer vi oss profesjonelle ferdigheter og holdninger, og for å utøve kyndige handlinger må vi vite hvordan vi skal handle på en gitt måte i gitte situasjoner (Alvsvåg, 2010, s. 45). Denne kyndigheten forutsetter at utøvelsen av faget er basert på kunnskap.

I studien til Boekel mfl. kommer det frem at pleiere som enten hadde personlig erfaring med rusmisbruk, eller erfaring gjennom arbeidet sitt, generelt sett viste en større forståelse og positivitet overfor pasientene. Det kom også fram at de som jevnlig var i kontakt med rusmiddelavhengige viste større tendens til positive holdninger overfor de (Boekel mfl., 2013, s. 29). I samme studien kommer det frem at helsearbeidere følte de hadde lite kunnskap om pasienter i rusfeltet, og at de av den grunn kvitte seg til å hjelpe disse pasientene. Det kommer også fram at i avdelinger der man har lagt vekt på økt kunnskap ved undervisning og trening, har de ansatte større trygghet i møte med pasientene. Der arbeidsgiver la til rette for å heve kunnskapsnivået om rus og rusmiddelavhengige pasienter, hadde det positiv innvirkning på arbeidsmiljøet og arbeidstakernes holdninger overfor pasientene. Der man ikke hadde dette var resultatene motsatt. Det hjelper altså å ha et støttende miljø, der man er sammen om målet, i tillegg til å øke kunnskapsnivået (Boekel mfl., 2013, s. 32).

### 3.6 Rusmiddelavhengighet

Rusmiddelavhengighet er en tilstand der det er utviklet et avhengighetsforhold i bruken av rusmidler (Mørland, 2015). Denne avhengigheten kan oppstå ved gjentatt bruk over lang tid, og ofte kan det være familiære disposisjoner som foreligger. Alle som bruker rusmidler over lengre tidsrom kan utvikle avhengighet, og psykisk sykdom kan øke sjansen for rusmiddelavhengighet. Ved rusmiddelavhengighet ser vi ofte følgende tendenser til økt ønske om å innta rusmidler, tap av andre livsinteresser og helsemessig og sosialt frafall (Mørland, 2015).

Etter en tid med rusmiddelmisbruk vil brukeren oppleve at effekten av rusmiddelet avtar. Denne toleransen skyldes at hjernecellene tilpasser seg virkningen av rusmiddelet at den såkalte "hvileaktiviteten" i hjernen senkes (Folkehelseinstituttet, 2015). Dette kan føre til at hverdagsaktiviteter som tidligere ga følelse av glede og positivitet ikke lenger føles like givende. Dette fører naturligvis til at det blir vanskelig å finne naturlig glede, og det kan lett oppstå en ond sirkel med videre rusmisbruk.

### 3.7 Yrkesetiske retningslinjer

Norsk Sykepleierforbund har utarbeidet yrkesetiske retningslinjer for sykepleiefaget, og de danner det etiske grunnlaget for sykepleien i Norge. Sykepleie skal baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene (Norsk Sykepleierforbund [NSF], 2011, s. 5). Dette skal ligge som en grunnstamme i alle sykepleiehandlinger. For denne oppgaven velges det å legge hovedfokuset på punkt 2: *Sykepleieren og pasienten*.

De viktigste punktene som blir trukket ut av dette kapittelet er at sykepleieren skal understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten, sykepleieren skal beskytte pasienten mot krenkende handlinger, sykepleieren skal ivareta pasientens verdighet og at sykepleieren respekterer pasientens rett til å foreta valg (NSF, 2011, s. 8-9). Dette betyr ikke at de andre punktene blir neglisjert og undervurdert, men fokuset ligger på etikken mellom pasienten og sykepleieren.

## 4 Drøfting

I dette kapittelet blir elementene fra kapittel tre, samt relevant forskning trukket sammen og drøftet med og mot hverandre. De blir videre utdypet, og betydningen av de ulike begrepene blir sett på for å vise hvordan de kan være med å påvirke relasjonen mellom sykepleier og pasient.

En fiktiv case basert på egen erfaring blir presentert underveis i drøftingen, og skal bidra til å forstå rammene dette møtet foregår i. Samtidig skal den belyse hvordan forholdet mellom sykepleier og pasient kan fortone seg, og hvordan det kan påvirke behandlingsforløpet til pasienten.

### 4.1 Det første møtet

*Ola blir innlagt på en avrusningsavdeling i spesialisthelsetjenesten. Han har ruset seg nesten daglig på alkohol og amfetamin i 20 år, og det har preget store deler av livet hans. Han har i tillegg lenge følt seg stigmatisert etter at rusmisbruket kom ut av kontroll og han ikke klarte å skjule det for omverden lenger. Etter at jobben røk, har rusmisbruket eskalert, og kjæresten har forlatt han. Han sier at han nå først og fremst blir sett på som en rusmisbruker, og ikke som en vanlig mann i gata.*

Travelbee skriver at vi har en tendens til å kategorisere mennesker og at det gjør det lettere for oss i møte med pasienten å ”plassere” de et sted. Vi setter de gjerne i sammenheng med tidligere erfaringer vi har hatt med pasienter med samme diagnose. Når vi gjør dette er det lett for at vi glemmer å se det unike individet bak diagnosen og begrepet pasient. Slik er det lett at stereotyper oppstår og at alle pasienter med lik diagnose blir skjært over én kam. Dette er direkte ødeleggende for etableringen av et menneske-til-menneske forhold. Som Travelbee skriver; ”I virkeligheten fins det ingen pasienter. Det fins bare enkeltmennesker som behøver omsorg, tjenester og hjelp fra andre mennesker, som kan gi dem den hjelpen de trenger” (Travelbee, 1999, s. 62).

Når kontaktsykepleier møter pasienten første dagen er det naturlig å gjøre seg opp en mening om den andre ut i fra førsteinntrykket. Dette går begge veier og er noe alle gjør når en møter nye mennesker. Førsteintrykket kan være godt eller dårlig. Dersom det er godt er det gjerne fordi personen minner oss om en vi har møtt før og hatt et positivt forhold til. Førsteintrykket kan også være godt fordi vi opplever at den vi møter gir oss anerkjennning som et unikt individ (Travelbee, 1999, s. 186). Det blir viktig fra sykepleieren sin side å møte pasienten på en slik måte at han fra første stund føler seg anerkjent og sett. Siden hverken sykepleier eller pasient



kjenner hverandre fra før, er det naturlig at vi stereotyperer og kategoriserer. Det er en underbevisst prosess. Etter hvert som sykepleieren og pasienten blir bedre kjent, vil disse stereotypene gradvis slettes, og en ser andre sider av hverandre.

Det er viktig at sykepleier forsøker å legge alle tidligere erfaringer med lignende pasienter til side under det første møtet. Personlig erfaring tilsier at dersom sykepleieren møter pasienten med en bestemt oppfatning og antagelse, og behandler pasienten deretter, vil det være vanskeligere å opprette et produktivt samarbeid som er preget av tillit. Pasienten vil fort oppleve at han ikke blir sett på som et unikt individ, og ha problemer med å åpne seg og etablere et tillitsforhold til sin sykepleier.

Når man møter pasienter er det viktig å ta hensyn til mer enn diagnosen. Pasienten er alltid noe mer. Når vi møter mennesker som er i sårbare situasjoner, som denne pasienten er, er det viktig å møte de uten bastante konklusjoner. Alle pasienter er unike og har sin egen historie og sine opplevelser (Alvsvåg, 2010, s.67). Det er viktig at sykepleieren har denne holdningen når de møtes. Egen erfaring tilsier at disse pasientene ofte er vant med å bli møtt med stigmatisering og fordommer, og at de til en viss grad også forventer det. Når dette skjer i institusjon blir det en nok en episode som føyer seg inn i rekken, lik de andre. For å nå inn til pasienten og for å oppnå et godt menneske-til-menneske-forhold må sykepleieren legge sine antagelser og fordommer til side. Avhumanisering av pasienter fører til at sykepleieren gir den syke dårlig hjelp, og samtidig kan det føre til at sykepleieren finner liten mening i sitt arbeid (Travelbee, 1999, s. 63). Ikke minst er det en uverdige måte å møte en pasient på. Sykepleieren skal bygge opp og styrke verdigheten til pasienten, ikke bryte den ytterligere ned. Sykepleieren må evne å se pasienten som et verdifullt individ med de erfaringene en har med seg. En studie intervjuet pasienter innlagt på avrusnings-avdelinger i Norge om hvordan de opplevde behandlingen. Der kom det ikke overraskende frem at pasienten ga uttrykk for at de verdsatte å bli møtt med en genuin interesse og respekt (Nordfjærn mfl., 2010, s. 57).

Sykepleieren må etterstrebe å bryte ned de eventuelle stereotypene og kategoriene som pasienten kan havne i før han kan utvikle forholdet i mellom dem og for å fremme pasientens verdighet. Målet er som Travelbee sier å oppfatte mennesket, ikke pasienten. Det kan være lettere å føle med, og kjenne seg igjen i en pasient vi opplever at vi liker, eller en vi selv får anerkjennelse fra. Alle pasienter oppfyller ikke disse kriteriene, og det er dermed desto viktigere å vise omsorg for *alle* pasientene. Man kan møte pasienter som har vidt forskjellige bakgrunn fra sin egen, der livs- og verdisynd er totalt ulikt. Dette skal ikke stå til hinder for det

gode samarbeidet og utviklingen av det mellom-menneskelige forholdet (Travelbee, 1999, s. 188).

For å kunne se pasienten som et unikt menneske, krever det en del av sykepleieren. Han må tørre å gi av seg selv. Sykepleieren er menneskelig i like stor grad som pasienten. Sykepleieren må være seg selv i relasjonen til pasienten. Det er ikke uvanlig at dersom sykepleieren ikke makter å utfordre seg, eller gå ut av sin komfortsone, ender forholdet opp med å stagnere, og man kommer aldri videre fra det innledende møtet. Da kan sykepleien ende opp med å bli objektiverende, avhumaniserende og mekanisk i sin utførelse og det blir vanskelig å oppnå et godt forhold mellom sykepleieren og pasienten, og den relative verdigheten blir ikke styrket (Travelbee, 1999, s. 188). Erfaringsmessig er det ikke alltid kjemien stemmer mellom sykepleier og pasient. Man er gjerne så forskjellige at det gode samarbeidet blir vanskelig å få til. Sykepleieren har kanskje vanskeligheter med å legge til side tidligere dårlige erfaringer med en lignende pasient, og har kanskje noen fordommer som sitter dypt. Boekel mfl. (2013, s. 29) har i sin oversiktsartikkel sett en tendens til at sykepleiere generelt har en negativ oppfatning om pasienter med rusproblemer. De ble sett på som følelsesmessig utfordrende å jobbe med, manipulerende og lite motiverte. Dersom sykepleieren har en slik innstilling til pasienten kan det være hensiktsmessig å vurdere om en annen mer egnet sykepleier skal ta over hovedansvaret for denne pasienten. Det vil alltid være slik at noen passer bedre sammen med andre, og det kan føre til et bedre behandlingsforløp dersom sykepleier og pasient går bedre over ens (Nordfjærn, T. 2010, s. 63). I tillegg viser studien at et terapeutisk forhold som er preget av respekt og forståelse er svært viktig for pasientens opplevelse av behandlingens kvalitet (Nordfjærn, T. 2010, s. 60), og ikke minst for å føle at ens verdighet blir ivaretatt.

#### 4.2 Fremvekst av identiteter

Når det innledende møtet er overstått oppstår den neste fasen i forholdet. I denne fasen, av Travelbee kalt ”fremvekst av identiteter”, blir sykepleier og pasient bedre kjent. De får en anelse om hvordan den andre er på et mindre overfladisk nivå. En tilknytning oppstår, men samtidig blir de ulike trekkene ved personene styrket. Vi får innblikk i den andre sin unike identitet (Travelbee, 1999, s. 189). De blir bedre i stand til å forstå hvordan den andre tenker og føler i gitte situasjoner.

Som Travelbee skriver videre er det svært viktig som sykepleier å være bevisst på sine egne holdninger og hvordan en oppfatter pasienten. Den viktigste oppgaven i følge Travelbee er at

sykepleier i denne fasen klarer å gå utover komfortsonen sin og klare å se likheter med seg selv og pasienten for å underbygge empatifasen. Grunnlaget for den fasen legges her. Dersom det ikke skjer kan det komme til uttrykk gjennom overfladiske interaksjoner der man ikke når helt inn til hverandre.

Det kan være lettvisst for sykepleier å unngå de anstrengende samtaler og å unngå å by på seg selv. Boekel mfl. fant som nevnt i sin studie (2013, s. 29) at sykepleiere oppfattet pasienter med rusmiddelavhengighet som lite motiverte og vanskelig å samarbeide med. Pasientene kan ha erfaringer som sykepleieren synes er vanskelig å forholde seg til, og egen erfaring tilsier at det kan gi trygghet og følelse av kontroll å distansere seg fra dette. Når man har denne holdningen vil det være lett å undervurdere og degradere pasienten. Da vil man i følge Travelbee ha vansker med å etablere et fullverdig menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 1999, s.67).

En sykepleier som mener at alle pasienter i rusomsorgen er manipulerende, aggressive, dårlig motiverte og følelsesmessig ustabile (Boekel mfl., 2013, s. 29) vil til slutt handle ut i fra denne overbevisningen. Sykepleieren blir bundet i antakelser som sjeldent henger sammen, og kan gjøre pasienten mindre enn den er. Vi *infantiliserer* pasienten (Travelbee, 1999, s. 67). Dette fører paradoksalt nok til at pasienten etter hvert oppfører seg i tråd med disse forventningene. Sykepleier kontrollerer pasienten for å få pasienten til å fremstå som ikke-truende. Sykepleieren gjør dette for å beskytte seg selv, men det ender ofte med at forholdet går i stå og ikke utvikles videre. Denne måten å tilnærme seg på pasienter på står stikk i strid med teorien til Travelbee, der alle pasienter skal møtes med blanke ark og en grunnleggende nysgjerrighet. Når sykepleier ikke evner å etablere et godt forhold til sin pasient kan det føre til at pasienten ikke trives i behandling og har lettere for å avslutte den (Boekel mfl., 2013, s. 32).

Videre i sin studie fant Boekel mfl. tendenser til at helsepersonell med mer erfaring fra sitt arbeid med å jobbe med rusmiddelavhengige pasienter generelt viste bedre holdninger overfor disse. Pleiere med direkte personlig erfaring var også mer åpne og mindre dømmende (Boekel mfl. 2013, s. 29). Med erfaring kommer trygghet og forståelse. Jo mer en sykepleier jobber med en pasientgruppe, desto bedre kjent blir han med det mangfoldige spekteret av ulike individer en kan møte. Erfaring kan allikevel være et hinder for utviklingen av det mellom-menneskelige forholdet. Når sykepleieren begynner å tolke pasientens følelser kan det danne en sperre mot et autentisk forhold. Det kan være lett for at sykepleieren med sin erfaring

forsøker å støtte pasienten og vise forståelse med uttrykk som ”jeg forstår akkurat hvordan du tenker” og ”jeg vet hvordan du har det”. Dette er ikke en verdig måte å møte pasienten på, og kan det skape problemer. Sykepleieren ser ikke pasienten som et unikt individ, men ser heller seg selv i pasienten (Travelbee, 1999, s. 189). Som en pasient selv har sagt om hva han legger i begrepet verdighet; ”Hvis du blir behandlet godt, ikke bare som en som kommer fra et samleband, men som ett menneske” (Baille, 2009, s. 29). Pasientens opplevelse av situasjonen henger ikke nødvendigvis sammen med sykepleierens oppfatning og egen erfaring (Travelbee, 1999, s. 189), og pasienten ønsker å bli sett på som et unikt menneske med sin egen historie, ikke som en i mengden, en fra et samleband (Baille, 2009, s. 29). Det å tro at sykepleieren sine tanker er identiske med pasientens er en urealistisk tanke. Som Alvsvåg skriver (2010, s. 66-67) må vi møte pasienter med åpenhet og nysgjerrighet for å fremme verdighet, og det gjør man uten å legge sine egne erfaringer over på pasienten, men med et ønske om å se pasienten selv.

Det viktige i denne fasen blir altså at sykepleieren klarer å utfordre seg selv og sine holdninger. Han må tørre å ”slippe seg fri” i møtet med pasienten og ikke være redd for å ”slippe kontrollen”. Jeg har selv erfart at det ofte kan gi en trygghet å prøve å ta kontrollen over alle interaksjoner – at de skjer på mine premisser, spesielt i møtet med utfordrende pasientgrupper. Det gir en følelse av kontroll, som Travelbee skriver. Det å legge fordommer til side før en skal samhandle med en pasientgruppe det er knyttet en del fordommer til (Hole, R., 2014, s. 165) mener jeg er avgjørende, og kanskje er det akkurat det som skal til for å gjøre en forskjell. Pasientene har et behov for å bli sett og anerkjent, med hele sin historie og bakgrunn, uansett hvor ulik den kan være vår egen. Dette blir poengtert fra pasientene selv i samlestudien ”Treatment and recovery as perceived by patients with substance addiction” (Nordfjærn mfl., 2010, s. 47). Der satte pasientene forholdet til de ansatte veldig høyt, og så på det som en avgjørende faktor for suksessen av behandlingen. De hadde spesielt fokus på det å bli møtt med forståelse, genuin interesse og en grunnleggende respekt. Når vi vet at pasienter kan bli møtt med fordommer og mistenksomhet (Boekel mfl., 2013, s. 29) i helsevesenet mener jeg at en god sykepleier skal etterstrebe å gjøre akkurat det motsatte.

### 4.3 Empatifasen

*Ola sliter med å finne seg til rette. Han sier i samtale med psykologen at han ikke føler noen kjemi med sin kontaktsykepleier. Han føler at han blir møtt med fordommer, og at sykepleieren er belærende og ikke virker interessert i å bli kjent med han som person. Olav, kontaktsykepleier som har jobbet i rusfeltet i fem år, mener at pasienter med*

*rusmiddelavhengighet ikke er til å stole på, og at de hele tiden forsøker å manipulere sykepleierne.*

”Empati er en erfaring som finner sted mellom to eller flere individer. Det er evnen til å leve seg inn i eller ta del i og forstå den andres psykiske tilstand i øyeblikket” (Schafer, 1959, referert i Travelbee, 1999, s. 193). Når man har empati med et annet menneske er man i stand til å forstå og vite nesten umiddelbart hva den andre tenker og føler i øyeblikket (Travelbee, 1999, s. 193). Sykepleieren og pasienten opplever en meningsfullhet i interaksjonen og kjenner en kontakt og en kjemi (Travelbee, 1999, s. 193). Når empati først har oppstått blir forholdet mellom partene for alltid endret skriver Travelbee (1999, s. 194) videre. Dette gjør at dersom pasienten og sykepleieren skulle ”komme på kant” med hverandre, vil dette oppleves som mer sårende og skuffende enn det gjorde før empatien oppstod. Det stikker dypere når slike situasjoner oppstår med mennesker man har oppnådd en viss nærhet til, som man gjør etter at empatien har oppstått (Travelbee, 1999, s. 194).

Jeg hører ofte sykepleiere snakke om at de ikke vil slippe pasienten for tett innpå seg. Det kan oppleves truende å skulle åpne seg for et annet menneske for å legge til rette for et empatisk forhold. Personlig, men ikke privat er en setning som stadig går igjen. Men for å nå inn til pasienten, og for å kunne etablere et menneske-til-menneske forhold må sykepleieren klare å gå utenfor sin komfortsone (Travelbee, 1999, s. 192). Dette er også noe som kan oppleves skremmende for pasienten. Pasienten kan gjerne være redd for hvilke tanker og oppfatninger sykepleieren gjør seg om pasienten når han åpner seg for sykepleieren, og sykepleieren kan kanskje ha problemer med å forholde seg til pasientens problemer (Travelbee, 1999, s. 195). Derfor er det svært viktig at sykepleieren gir pasienten inntrykk av at en ikke er fylt av fordommer, men at en ser pasienten som et verdifullt individ. De har gjerne opplevd brutte tillitsforhold og flyktige relasjoner gjennom store deler av sitt liv, og da skal sykepleieren stå som en motpol til disse holdningene. Helsevesenet må være en aksepterende og fordomsfri arena. Vi må passe oss for en ”oss” mot ”dem” holdning (Hole, 2014, s. 165)., som kan bidra til å gjøre forskjellen mellom pasienten og sykepleieren enda større enn den allerede er, og som vil stå som en barriere for det videre forholdet om den ikke blir brutt. Dersom man ikke klarer å legge bort sine fordømmelser i møtet med mennesker som sliter med rus og makte å gi en oppfølging man selv kunne tenke seg å motta, bør man vurdere om man jobber i riktig felt skriver Hole (2014, s. 165). Dersom vi skal møte en pasient med verdighet mener jeg at må vi få pasienten til å føle seg verdifull og sett i den vanskelige situasjonen pasienten

befinner seg i. Dette gjøres ikke med fordommer og distansering, men med respekt og åpenhet og et ønske om å se hele pasienten og hans erfaringer.

Når Travelbee (1999, s. 195) skriver at empati ”er avhengig av likhetstrekk mellom de to personenes erfaringer” kan det virke som et paradoks at sykepleieren kan føle empati for en rusmiddelmissbruker, dersom sykepleieren selv ikke har erfaring med dette. Som Boekel med flere (2013, s. 29) viste, hadde helsepersonell med personlig erfaring med rusmidler en større tendens til å utvise positive holdninger overfor denne pasientgruppen. Samtidig understreker Travelbee at det er mulig å utvide sitt eget empatiske område. Dette kan underbygges med studien til Boekel med flere (2013, s. 29) der de fant at helsepersonell som stadig var i kontakt med rusmiddelavhengige pasienter hadde en større aksept og positivitet overfor de.

Selv om man umiddelbart ikke vil finne noen likhetstrekk, og det kan virke vanskelig å utvikle et empatisk forhold understreker Travelbee (1999, s. 284) at dette er mulig. Alle har vi likhetstrekk ved å være unike individer, og ha helt grunnleggende behov. Da blir det sykepleierens oppgave å se forbi diagnosen og ulikhetene, og evne å se likhetstrekk med seg selv og pasienten. Sykepleieren må møte pasienten med verdighet – se hele mennesket med nysgjerrighet og åpenhet som et verdifullt individ. Ved å gjøre dette vil sykepleieren utvide sin horisont og øke sin erfaringskunnskap, og etter hvert evne å føle empati for disse pasientene.

Sykepleieren må også ha et indre ønske om å begripe pasienten og situasjonen den befinner seg i. Egen erfaring tilsier at selv hvor ulike pasientene kan virke å være en selv i utgangspunktet, vil der alltid finnes en knagg man kan henge delte erfaringer på. Det kan være noe så enkelt som en felles interesse for fotball eller matlaging, hvor man kan nå inn til hverandre på tross av ulikhetene. Når man opplever dette vil man som Travelbee nevner (1999, s. 194) oppnå en dypere relasjon som kan føles svært verdifull både for sykepleier og pasient. Ofte ender dette med at man møter seg selv i døren med sine antagelser – det som først virket som en umulig oppgave og et menneske totalt forskjellig fra seg selv, ender opp med å bli et forhold mellom to mennesker som deler mange erfaringer på tvers av livssyn og verdier.

Travelbee legger vekt på at det å ha en ”ikke-dømmende holdning” er en myte fordi alle mennesker har en tendens til å dømme andre. Når vi dømmer andre, dømmer vi gjerne ut i fra de kriteriene vi selv har satt for akseptabel adferd, og hun skriver videre at sykepleieren ikke bør gå inn for å ha en ”ikke-dømmende holdning”. Det som heller er ønskelig er at

sykepleieren blir bevisst sine ”dommer”, og deretter gjøre seg opp tanker om hvordan disse ”dommene” påvirker pasienten. For eksempel kan det være at sykepleieren bebreider pasienten for å selv ha påført seg sin rusmiddelavhengighet. Når dette skjer vil disse fordommene bli kommunisert over på pasienten ubevisst, og pasienten kan komme til å reagere deretter (Travelbee, 1999, s. 198). Travelbee skriver videre at det viktige blir at sykepleieren anstrenger seg for at disse negative holdningene virker minst mulig inn på pasienten, og omsorgen den får.

Jeg mener at en ”ikke-dømmende holdning” er mulig å oppnå med tilstrekkelig kunnskap og erfaring. Sykepleiere må etterstrebe en holdning der en ikke dømmer pasientene for sine valg og handlinger, men heller prøve å forstå. Som nevnt tidligere er det mange årsaker til at mennesker velger å ruse seg, og for å fjerne skillet mellom ”vi” og ”dem” (Hole, 2014, s. 165) må disse holdningene avvikles. I artikkelen til Nordfjærn med flere (2010, s. 60) kommer det tydelig frem at et behandlingsmiljø preget av felles respekt og forståelse var svært viktig for den opplevde kvaliteten av behandlingen. Som det kommer frem i definisjonen på verdighet; vi skal gi pasienten en sjanse til å føle seg viktig, sett, hørt og verdifull i møtet med behandlingsapparatet.

Travelbee mener at ”sykepleieren ikke skal akseptere den syke slik han er, men målrettet og bevisst gå inn for å endre ham” (Travelbee, 1999, s. 199). Dette er en påstand jeg har noen innvendinger mot. Jeg mener at pasienten selv må ha et ønske om å endre seg selv. I tillegg mener jeg at sykepleieren skal gjøre det motsatte av det Travelbee sier, nemlig akseptere pasienten akkurat slik den syke er i situasjonen. Når pasienten kommer inn på institusjonen med sin avhengighet krever det en aksept fra sykepleieren sin side fra første stund. Vi skal møte pasienten med verdighet der den befinner seg her og nå, vi skal bidra til at verdigheten og integriteten bevares hos pasienter i denne vanskelige perioden (Alvsvåg, 2010, s. 67). Jeg er enig med Travelbee at sykepleieren skal hjelpe pasienten til endring på en målrettet måte, men for å gjøre det mener jeg sykepleieren først må akseptere pasienten der han befinner seg. Pasienten må selv ønske en endring, og sykepleierens rolle må være å veilede pasienten på denne veien, samtidig som verdigheten bevares ved at sykepleier tar pasienten på alvor og ser han der han befinner seg i sin prosess. Samtidig må sykepleieren å vise forståelse og aksept for at tilbakefall kan kunne komme til å inntreffe. I studien til Nordfjærn med flere (2010, s. 57) uttrykker pasientene selv viktigheten av positiv tilbakemelding når de gjorde fremgang i behandlingen, og at sykepleierne viste en genuin interesse i hver enkelt pasient sin situasjon.

#### 4.4 Sympati og medfølelse

*Etter en stund i avdelingen blir sykepleier Olav sykemeldt. Ola får tildelt en ny kontaktsykepleier, Lars. Lars er en fersk sykepleier, men har jobbet i avdelingen i ett år. Han har en mor som er rusmisbruker, og har hele livet sett at på tross av sin rusavhengighet har moren hatt en unik godhet. Bak avhengigheten befinner det seg et enestående menneske. Dette har motivert Lars til å gjøre en forskjell for disse menneskene.*

Sympatifasen skiller seg fra empatifasen ved at sykepleier har et ønske om å lindre pasientens plage. Sykepleieren tar aktiv del i pasientens følelser og opplever medlidenhet overfor pasienten. ”Sympati og medfølelse kan aldri oppstå i en atmosfære av distanse og fremmedgjøring” skriver Travelbee. Sykepleieren blir personlig involvert i pasienten i denne fasen (Travelbee, 1999, s. 200).

Det å føle sympati og medfølelse i en sykepleiesituasjon vil altså si at sykepleieren har en oppriktig følelse av at pasientens motgang og lidelse angår sykepleieren selv. Når sykepleieren føler med pasienten, viser han at han føler med han og at pasienten betyr noe for sykepleieren, fordi pasienten er den han er. Dette formidles gjennom sykepleierens væremåte, både verbal og non-verbal. Pasienten *merker* at sykepleieren er medfølelse. Dette ser jeg på som et hovedmål i møtet med disse pasientene. Vi må la de få følelsen av at de er verdifulle og unike, og at de blir sett og hørt som unike individer. Da fremmer sykepleieren pasientens verdighet, og som det kom frem av studien til Gallagher (2002, s. 147) la pasientene stor vekt på det å bli anerkjent og å bli sett som et unikt menneske i møte med sykepleieren.

Når pasienten merker og føler på seg at sykepleieren er medfølelse kan det føre til en mobiliseringskraft som kan være svært sterk. Det at sykepleieren ser, hører og forstår pasienten gjør noe med pasienten. Pasienten får sin verdighet forsterket. Dette blir videre forsterket i studien til Nordfjærn med flere (2010, s. 63), der vi ser at en positiv relasjon mellom sykepleier og pasient har betydning for motivasjonen til pasienten i behandling. Jeg har selv erfaring med at pasienter gir uttrykk for at de opplever det som positivt og motiverende når sykepleieren oppriktig viser interesse i deres situasjon og viser med sitt kroppsspråk at en bryr seg om pasienten.

I rusomsorgen vil man møte mange nedslående skjebner og tunge historier, og det kan være lett for sykepleieren å distansere seg følelsesmessig til alt en opplever og erfarer gjennom sin arbeidshverdag. Fravær av følelsesmessig tilknytning kan gjøre sykepleien kald og føre til en mekanisk tilnærming til pasienter uten følelser og varme. Det kan hindre at sykepleieren



engasjerer seg nok til at pasienten opplever å bli møtt med anerkjennelse og verdighet. Travelbee (1999, s. 205) understreker at dersom en skal etablere et hjelpende forhold til pasienten, blir en nødt til å engasjere seg følelsesmessig. ”Vi må forsøke å føle og oppleve sammen med den syke” skriver hun videre. Dette betyr ikke at sykepleieren skal bli blind av sine følelser og over-identifisere seg med pasienten. Det kan føre til en handlingslammelse, der sykepleieren ender opp med å bli ”overdrevent medfølelse” (Travelbee, 1999, s. 204) og er ikke ønskelig. Travelbee (1999, s. 205) poengterer at ”feilen ikke ligger i følelsene, men i bruken av dem”, og understreker at det å føle medfølelse med noen ikke er en enkel handling, men at det er en modig og nødvendig handling i sykepleien. Å være involvert er altså en forutsetning for å hjelpe den syke, og ikke et problem, og når hele poenget til Travelbee er å etablere et menneske-til-menneske forhold ser vi viktigheten av akkurat dette. Uten å være involvert vil ikke sykepleieren oppleve noen sympati eller empati med pasienten, og forholdet blir distansert. Sykepleien ender opp med å bli upersonlig og uverdigg. Som Travelbee (1999, s. 209) skriver; ”Ingen har noen gang blitt ødelagt som følge av godhet og medfølelse, men mange har lidd unødig av mangel på disse egenskapene i sykepleieprosessen”.

Resultatet av denne fasen blir at pasienten føler at sykepleieren er genuint interessert i hans ve og vel. Ikke på grunn av det naturlige hjelpeforholdet en sykepleier har til en pasient, men fordi sykepleieren er interessert i pasienten som det mennesket han er. Pasienten blir møtt med verdighet, han føler seg viktig og verdifull og blir tatt på alvor.

#### 4.5 Gjensidig forståelse og kontakt

Når alle fasene er gjennomgått kulminerer dette i den siste fasen som Travelbee kaller gjensidig forståelse og kontakt. Dette er det overordnede målet for sykepleie (Travelbee, 1999, s. 211).

*Etter en tid kjenner Ola på en følelse han ikke har kjent på lenge. Han våknet en morgen og tanken slo ham at han ikke lenger følte seg som en rusmisbruker. Behandlingen gikk bra, og russet var for lengst begynt å avta. Han følte seg verdsatt, sett og tatt på alvor. Han følte at han hadde en verdi og at han var betydningsfull - en følelse han nesten hadde glemt hvordan kjentes ut. Han var ikke lenger bare en rusavhengig, han kjente seg som et menneske med flere kvaliteter, og han fikk muligheten til å vise disse overfor sin sykepleier og sine medpasienter.*

Når denne fasen oppstår relaterer sykepleieren og pasienten seg til hverandre som menneske til menneske, ikke som sykepleier og pasient. Disse termene er lagt bort i relasjonen.

Travelbee understreker at det allikevel ikke er snakk om et uprofesjonelt forhold. Snarere tvert i mot. Det betyr at sykepleieren og pasienten samhandler uten bruk av forsvarsmekanismer og distanserende taktikker (Travelbee, 1999, s. 213). ”Syke mennesker er ikke problemer, de er mennesker med problemer” skriver Travelbee (1999, s. 214). Vi skal passe oss for å se på pasienten som et problem som skal løses. Det er uverdigg overfor pasienten å betrakte han som et kasus skriver Travelbee (1999, s. 214) videre. I denne fasen kan sykepleier og pasient oppleve øyeblikk av en ”altgjennomtrengende ro og forståelse av hverandre”. Det er det denne fasen kjennetegnes av (Travelbee, 1999, s. 214).

## 5 Avslutning

Gjennom besvarelsen og drøftingsdelen har jeg sett på utviklingen av et menneske-til-menneske forhold ved hjelp av Travelbees teori om mellommenneskelige forhold, og hvordan sykepleier kan gå fram for å etablere dette forholdet. Casen er utarbeidet på en måte som setter to sykepleierroller opp mot hverandre, for å vise hvordan ulike sykepleieres holdninger kan oppleves og sette sitt preg på en behandlingssituasjon.

Det som kommer frem i drøftingskapittelet er et forslag til hvordan pasienter kan møtes på en måte som tar vare på pasientens verdighet, og møter pasienten på en verdig måte. At negative holdninger og stigmatisering fortsatt finnes i helsevesenet understreker viktigheten av at sykepleieren har gode holdninger overfor denne pasientgruppen, og legger til rette for å fremme pasientens verdighet. Negative holdninger kan føre til at sykepleier aldri når inn til pasienten, og dermed ikke oppnår et godt terapeutisk forhold.

Det viser seg også at erfaring er viktig når man jobber med pasienter i rusfeltet. Sykepleiere som oftere er i kontakt med rusmiddelavhengige gjennom sitt arbeid, viste større aksept for denne pasientgruppen. Jeg mener det er viktig at sykepleiere som jobber i rusfeltet har et brennende ønske om å gjøre en forskjell for disse pasientene, og at det er en viktig forutsetning for å kunne evne å møte de på en måte som fremmer deres verdighet.

For å gjøre dette må sykepleieren være bevisst sine egne holdninger, og legge fordommer til side i relasjon med pasienten. Sykepleieren må evne å se pasienten som et unikt menneske, med en grunnleggende verdi i kraft av å være menneske. Sykepleiere med negative holdninger mot rusmiddelavhengige og som ikke klarer å legge disse til side, vil kunne få problemer med å etablere en god relasjon med disse pasientene. Dette kan føre til at pasienter ikke får sin verdighet ivaretatt og at stigmatisering av rusmiddelavhengige i helsevesenet fortsetter. For å møte pasienten med verdighet må sykepleieren altså gi pasienten mulighet til å bli sett som og unik verdifull, ved å gi pasienten en følelse av å bli sett, hørt og forstått i en situasjon som kan oppleves uverdigg og truende.

Gonna change my way of thinking  
Make myself a different set of rules  
Gonna put my good foot forward  
And stop being influenced by fools

Bob Dylan (1979)

### Litteraturliste

Aakre, M., Biong, S. (2012) Ethiske utfordringer og etisk kompetanse –om makt, verdighet og dømmekraft i rusomsorgen. I: Biong, S. og Ytrehus, S. red. *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. Oslo: Akribe AS, s. 78-96.

Alvsvåg, H. (2010) *På sporet av et dannet helsevesen*. Oslo: Akribe AS.

Baillie, L. (2009) Patient dignity in an acute hospital setting: a case study. *International journal of nursing studies*, 46(1), 23-37.

Boekel, L. C. V., Brouwers, E. P., Van Weeghel, J., & Garretsen, H. F. (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), s. 23-35.

Dylan, B. (1979) *Slow train coming*, Bob Dylan, Columbia Records [lydopptak: CD].

Dylan, B. (1975) *Blood on the tracks*, Bob Dylan, Columbia Records [lydopptak: CD].

Edlund, M. (2012) Værdighet. I: Bergbom, I. og Gustin, L.W. red. *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Polen: Studentlitteratur AB, s. 363-373.

Folkehelseinstituttet (2008) *Rusmidlenes virkning på hjernen - faktaark* [Internett]. Oppdatert 2015. Oslo: Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig fra: < <http://www.fhi.no> > [Lest 22. Februar 2016].

Gallagher, A. (2004) Dignity and respect for dignity-two key health professional values: implications for nursing practice. *Nursing ethics*, 11(6), s. 587-599.

Helsedirektoratet (2012) *Stoff om stoff* [Internett] Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/stoff-om-stoff>> [Lest 18. Februar 2016].

Helse- og omsorgstjenesteloven. Lov av 24.juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30> [Lest 1. mars 2016].

Hole, R. (2014) *Forebygging og behandling av rusproblemer*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Kirkevold, M. (1998) *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lillemoen, L., Skærbæk, E. (2013) *Verdi og verdighet*. Oslo: Cappelen Damm AS.

Malt, U. (2014) Stigmatisering, i: *Store medisinske leksikon* [Internett]. Tilgjengelig fra: <<https://sml.snl.no/stigmatisering>> [Lest 10. mars 2016].

Mørland, J. (2015) Rusmiddelavhengighet, i: *Store medisinske leksikon* [Internett]. Tilgjengelig fra: <<https://sml.snl.no/rusmiddelavhengighet>> [Lest 24. Februar 2016].

Nordfjærn, T., Rundmo, T. og Hole, R. (2010) Treatment and recovery as perceived by patients with substance addiction. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(1), s. 46-64.

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

Thidemann, I-J. (2015) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Tranvåg, O. (2015) *Dignity-preserving care for persons living with dementia* [Doktoravhandling]. Bergen: Universitetet i Bergen.

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

Walsh, K., & Kowanko, I. (2002) Nurses' and patients' perceptions of dignity. *International Journal of Nursing Practice*, 8(3), s. 143-151.

## **Publiseringsavtale bacheloroppgave Haraldsplass diakonale høgskole**

**Tittel på norsk: Se meg**

**Tittel på engelsk: See me**

**Kandidatnummer: 716**

**Forfatter(e): Terje Kaspersen**

**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 godkjenning.

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

**Jeg/vi gir herved Haraldsplass diakonale høgskolen en vederlagsfri rett til å**

**gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:**

ja

nei

**Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)? ja**

(Båndleggingsavtale må fylles ut) **nei**

- Hvis ja:

**Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?**

ja

nei

**Er oppgaven unntatt offentlighet? ja**

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