



En rettferdig sykepleie

Verdighet i møtet mellom sykepleie og pasienter med
rusmiddelavhengighet

Kandidatnummer: 214

VID vitenskapelige høgskole
avdeling Haraldsplass

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie, SPLB-3 BAC

Kull: 2015

Antall ord: 10 970

Innleveringsdato: 14.03.2018



Obligatorisk erklæring

Kandidatnummer: 214
Navn på studiet: Bachelor i sykepleie, studiested Haraldsplass
Navn på eksamen: Bacheloroppgave i sykepleie
Emnekode: SPLB-3 BAC
Innleveringsfrist: 14.03.18
Antall ord: 10 970

Eksempler på fusk i forbindelse med oppgaver og hjemmeksamener:

- gjengivelse av stoff/materiale hentet fra lærebøker, andre fagbøker, tidsskrifter, egne eller andres oppgaver osv. som er framstilt uten kildehenvisning og klar markering av at det er sitater
- besvarelse eller tekst som er hentet fra internett og utgitt som egen besvarelse
- besvarelse som i sin helhet er brukt av studenten ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er brukt av en annen person ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er utarbeidet av en annen person for studenten
- innlevert arbeid av praktisk eller kunstnerisk art som er laget av andre enn studenten selv
- samarbeid som fører til at en besvarelse i det alt vesentlige er lik en annen besvarelse til samme eksamen der det kreves individuelle besvarelser

Retningslinjer om fusk finner du her:

- lov 1. april 2005 nr. 15 om universiteter og høyskoler § 4-7 og § 4-8
- forskrift 11. desember 2015 nr. 1665 om [opptak, studier, eksamen og grader ved VID vitenskapelige høyskole](#) § 30
- retningslinjer for behandling av fusk eller forsøk på fusk ved VID vitenskapelig høyskole fastsatt 18. desember 2015.

Ved å signere med kandidatnummer erklærer jeg å være kjent med VID vitenskapelige høyskoles retningslinjer om plagiering og fusk, og at min besvarelse er i samsvar med disse bestemmelsene.

Kandidatnummer: 214

Bacheloroppgaver med karakteren A:

Jeg samtykker i at min bacheloroppgave publiseres i VID vitenskapelig høyskole åpne elektroniske arkiv (VID OPEN):

Sett kryss Ja: Nei:

Å høyre til

Vondt er av alle andre
bli trakka på og trengd.
Men vondare å veta
at du er utestengd.

Det er så mangt i livet
du ventar deg og vil.
Men meir enn det å vera,
er det å høyre til.

Jan-Magnus Bruheim (1914–1988). *Dikt i utval* (2014)

Sammendrag

Pasienter med rusmiddelavhengighet blir stigmatisert i samfunnet, også i somatisk sykepleie på sykehus. Tre forskningsspørsmål reises; 1. Vil stigmatisering redusere verdighet i pasient-sykepleie forholdet? 2. Fører stigmatiseringen til dårligere pleie/omsorg av disse pasientene i en somatisk avdeling? 3. Hvilke strategier kan redusere stigmatisering og øke verdigheten i pasient-sykepleie forholdet?

Metodisk tilnærming er triangulering av funn fra litteratursøk, Joyce Travelbees teori om mellommenneskelige forhold i sykepleie og hermeneutisk tolkning av erfaringer fra en pasientkasuistikk.

Studier og egen erfaring viser at stigmatisering utfordrer pasient-sykepleie relasjonen. Lite litteratur adresserte konsekvenser av sykepleierens negative holdninger, men holdningene synes å krenke pasientens verdighet. Å avvise egne negative fordommer, bevisstgjøres egne stigmatiserende holdninger og se pasienten som individ, kan fremme verdigheten. Sykepleiere må være oppmerksomme på hvordan de ser på rusavhengighet, valg av ord som brukes i omtalen av pasientene, og hvilke kriterier pasientens verdighet dømmes etter. Å etablere tillit er viktig, selv om det er tidkrevende.

Nøkkelord: *Verdighet, stigmatisering, rusmiddelbruk, mellommenneskelige forhold*

Abstract

Patients with substance abuse disorders are stigmatized in the society, including by nurses in medical-surgical hospital departments. Three research questions are raised; 1. Does stigmatization affect dignity in the patient-nurse-relationship? 2. Does stigmatization lead to poor nursing of patients in a medical-surgical department? 3. Which strategies may reduce stigmatization and increase these patients' dignity? The methodical approach used is triangulating findings from the literature, Joyce Travelbee's theory of interpersonal aspects of nursing and an hermeneutic interpretation of personal experiences.

Studies suggest that stigmatization jeopardizes the patient-nurse-relationship. Limited literature addresses consequences of nurses' negative attitudes, even though they undermine patients' dignity.

Consciously working to disconfirm negative prejudice, awareness of stigmatizing attitudes, and seeing the patient as an individual can promote dignity. Nurses need to choose their view on drug addiction, how they refer to them, and on which criterias they judge patients' worth. Despite being time consuming, establishing trust is essential.

Keywords (MeSH-terms): *Human dignity, Stereotyping, Stigma, Substance-Use-Disorders and Nurse-patient-relations.*

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	4
Abstract	5
1 Innledning	8
1.1 Stigmatisering av pasienter med rusmiddelavhengighet forekommer i helsevesenet	8
1.1.1 <i>Personlig erfaringsgrunnlag</i>	9
1.2 Relevans for sykepleie	9
1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål	10
1.4 Avgrensning	11
1.5 Oppgavens struktur	11
2 Vitenskapsteori og metode	12
2.1 Humanvitenskap	12
2.1.1 <i>Hermeneutikk</i>	12
2.2 Litteraturstudie	13
2.2.1 <i>Litteratursøk</i>	14
2.3 Joyce Travelbees teori om mellommenneskelige forhold i sykepleie	14
2.4 Kilde- og metodekritikk	14
2.5 Ivaretagelse av etiske retningslinjer	15
3 Presentasjon av utvalgte artikler	16
3.1 Stigma among health professionals toward patients with substance use disorders, and its consequences for healthcare delivery: systematic review	16
3.2 Challenges in nursing practice: nurses' perceptions in caring for hospitalized medical-surgical patients with substance abuse/dependence	17
3.3 Dignity in i clinical care setting: a narrative review	17
3.4 Does it matter how we refer to individuals with substance-related conditions? A randomized study of two commonly used terms	18
4 Teori	20
4.1 Rusavhengighet	20
4.2 Forforståelse, holdninger og fordommer i sykepleien	21
4.3 Stigmatisering	22
4.4 Verdighet	22
4.5 Verdighet i sykepleie	23
4.6 Etikk i sykepleie	24
4.7 Interaksjon mellom sentrale begreper	25
5 Joyce Travelbees teori om mellommenneskelige forhold i sykepleie	26
5.1 En god sykepleier	26

5.2	Begrepet menneske.....	26
5.3	Menneske-til-menneske-forhold.....	26
5.4	De fire fasene.....	27
6	Drøfting	29
6.1	Det innledende møtet.....	29
6.1.1	<i>Før det første møtet</i>	29
6.1.2	<i>I det første møtet</i>	31
6.2	Fremvekst av identiteter	32
6.3	Empati	33
6.4	Sympati og medfølelse	35
6.5	Gjensidig forståelse og kontakt	36
7	Avslutning	38
8	Konklusjon	39
9	Referanser	40

1 Innledning

Mennesker med rusmiddelavhengighet blir stigmatisert i alle områder i samfunnet (Kanestrøm, 2013; Thommesen, 2008, s. 93), også i møte med helsevesenet (van Boekel, Brouwers, van Weeghel, & Garretsen, 2013, s. 26). Resultat fra publiserte studier funnet i litteratursøk, samt min egen erfaring, viser at stigmatiseringen forekommer i sykepleien. Først vil jeg belyse dette, deretter vil jeg beskrive begrunnelsene for at sykepleieren skal være rettferdig og fremme verdighet. Ved å sette disse opp mot hverandre, har jeg funnet at sykepleien har en utfordring når det kommer til å møte pasienter med rusmiddelavhengighet med verdighet. Dette er utgangspunktet for min problemstilling.

1.1 Stigmatisering av pasienter med rusmiddelavhengighet forekommer i helsevesenet

Personer med rusmiddelavhengighet gir uttrykk for at de opplever å ikke høre til i samfunnet, ved at de ikke blir sett og hørt som et unikt individ. De opplever manglende respekt, som medfører en degradering av sin egenverdi (Thommesen, 2008, s. 213, 220). De som blir stigmatisert er som oftest de som identifiseres med et stereotypisk utseende av en person med rusmiddelavhengighet, med slitte klær, sløve øyne og ustelt hår (Bartlett, Brown, Shattell, Wright, & Lewallen, 2013, s. 350). Også i helsevesenet møter de diskriminering og mangel på respekt (Flesland, 2010; van Boekel mfl., 2013, s. 32). Personer med rusmiddelavhengighet kan få somatiske sykdommer på lik linje med alle andre, rusmiddelavhengigheten trenger ikke være behandlingsmålet. Likevel ses det at til og med i somatiske avdelinger forekommer stigmatisering av pasienter med rusmiddelavhengighet (Neville & Roan, 2014).

Det er ikke utenkelig at stigmatiseringen kan påvirke kvaliteten på pasientens somatiske behandling. Sykepleiere spiller da en essensiell rolle i pasientens møte med helsevesenet. Det viser seg at sykepleiere fremviser generelt negative holdninger og misnøye til pasienter med rusmiddelavhengighet, sammenlignet med andre pasientgrupper (Gilchrist mfl., 2011, s. 1118; van Boekel mfl., 2013, s. 26). Sykepleiere mener at disse pasientene opptar tid som andre pasienter med fysiske skader hadde trengt (Neville & Roan, 2014, s. 341). Pasientgruppen oppleves også som følelsesmessig utfordrende, aggressive, uhøflige og ikke til å stole på. Stress, bekymring og manglende motivasjon er ofte en følge av manglende kunnskap om rusmiddelbruk og redsel for utagering (Flesland, 2010; Neville & Roan, 2014, s. 343; van Boekel mfl., 2013, s. 32). Redusert vilje til empati og personlig involvering forekommer, og

medfører unngåelsesatferd. Unngåelsesatferd vises i et skift fra en helhetlig omsorg til et fokus på enkeltoppgaver til pasienten (van Boekel mfl., 2013, s. 33).

1.1.1 Personlig erfaringsgrunnlag

Enda et argument for å vise at stigmatiseringen forekommer er at jeg opplevde å være stigmatiserende selv. Jeg skulle starte i ny jobb, og under opplæringen møtte jeg en pasient med rusmiddelavhengighet.

Geir lå henslengt, og så såvidt på meg. Han var sløv i blikket, hadde skitne og hullete klær, snakket sløvete, og opplevdes lite interessert i sin situasjon. Fra første stund tok jeg avstand fra personen, og tilla personen tanker som «han kan utagere når som helst», «han er skitten».

Når min veileder prøvde å advare Geir om at blodverdiene hans var faretruende høye, smilte Geir, kom med et lite fnys, og sa “Det er lavt nok til at jeg lever enda”. Jeg merket at jeg reagerte voldsomt på hans likegyldighet.

“Hva slags menneske er dette, som ikke tar på alvor faresignaler om forverring av sin egen helse? Selvfølgelig skal man jo det, det er viktig!”

Denne pasienten var så ulik meg, at jeg ikke ante hvordan jeg skulle møte han. Dette hindret meg deretter i å få fatt på hva mer jeg kunne gjøre for pasienten enn å utføre kun det jeg var blitt satt til å gjøre, og skapte egne unnskyldninger i hodet om hvor viktig det var å komme videre til neste pasient; en snill, eldre dame.

Hvor kom de negative tankene mine jeg tilla ham fra? De var ikke begrunnet ut fra noe Geir hadde sagt, for jeg dømte kun etter utseende. Hvorfor ville jeg kun utføre det jeg var satt til å gjøre? Hvorfor hadde jeg et så stort ønske om å gå til neste pasient? Burde ikke jeg ønske å gi Geir en helhetlig behandling på lik linje som alle andre pasienter?

1.2 Relevans for sykepleie

Sykepleieren har som oppgave å utøve rettferdig hjelp til alle, og å møte alle pasienter på lik linje. FNs verdenserklæring om menneskerettighetene tydeliggjør at alle mennesker er født med samme menneskeverd og menneskerettigheter (FN, 1948). Utøvelsen av sykepleie skal respektere menneskerettighetene, inklusive å behandle alle mennesker med verdighet og respekt (International Council of Nurses, 2012). Da kan pasienten opprettholde sin autonomi og integritet.

Diagnostikk, behandling og omsorgsplikten overfor syke mennesker er hjemlet i flere norske lover og forskrifter. Pasient- og brukerrettighetsloven ivaretar lik tilgang på tjenester med god kvalitet. Ved å lovfeste rettigheter som å gi nødvendig informasjon om sin tilstand, la pasienten medvirke i behandlingen og vektlegge pasientens mening, blir rettighetene ivaretatt (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-1, § 3-1, § 3-2). Det er sykepleierens ansvar å

legge til rette for å bevare og fremme disse rettighetene, samt å gi helhetlig, omsorgsfull hjelp (International Council of Nurses, 2012; Norsk sykepleierforbund, 2016). Alt dette krever god kommunikasjon og relasjon mellom pasient og ansvarlig helsepersonell.

Spesialisthelsetjenesteloven ivaretar et uniformt og forsvarlig tilpasset tjenestetilbud, samt lovfester at helhetlig pleie skal utføres (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 1-1, § 2-2).

Pasienter med rusmiddelavhengighet er en sårbar gruppe mennesker, og sykepleiere har ansvar for å aktivt møte sårbare grupper med behov de har (Norsk sykepleierforbund, 2016).

Sykepleieutøvelsen kan utføres faglig, etisk og juridisk forsvarlig ved at sykepleiere tar ansvar for egne handlinger, med utgangspunkt i pasientens beste (Norsk sykepleierforbund, 2016). Veiledning skal søkes i vanskelige situasjoner for å fremme etisk refleksjon og forbedring av faglig utøvelse (Norsk sykepleierforbund, 2016).

1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål

Det er hjemlet i lovverket og de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere, både nasjonalt og internasjonalt, hvordan pasienter skal behandles i møtet med helsevesenet. Sykepleiere skal behandle alle pasienter likt og med verdighet, men likevel viser det seg at pasienter med rusmiddelavhengighet blir stigmatisert av sykepleiere, inkludert meg selv. Dersom en sykepleier skal utføre rettferdig hjelp til alle, uten fordommer, kan ikke stigmatisering forekomme. Dette er et problem, som må belyses og forandres. Derfor er problemstillingen;

«Hvordan kan sykepleieren møte en pasient med rusmiddelavhengighet med verdighet på somatisk avdeling?»

For å besvare dette dekomponeres problemstillingen til tre forskningsspørsmål:

1. Vil stigmatisering redusere verdigheten i relasjonen mellom pasient med rusmiddelavhengighet og sykepleier?
2. Fører stigmatisering til dårligere pleie og omsorg av pasienter med rusmiddelavhengighet i en somatisk avdeling?
3. Hvilke strategier kan redusere stigmatisering og øke verdigheten i relasjonen mellom pasient med rusmiddelavhengighet og sykepleier?

1.4 Avgrensning

Ettersom jeg skriver “*Hvordan*” i problemstillingen, vil jeg presisere at det ikke ønskes å ha konkrete tiltak og kommunikasjon som hovedfokus, men holdningsendringer hos sykepleieren. Likevel vil konkrete tiltak presenteres som redskaper til holdningsendring. Oppgaven har utgangspunkt i negative holdninger, fordi disse medfører stigmatisering. Oppgaven avgrenses ikke til aldersgruppe, selv om det var vurdert å ekskludere tenåringer og unge voksne da disse kunne utsettes for andre holdninger enn bare negative. Men også denne gruppen utsettes for stigmatisering (Thommesen, 2008, 108).

Pårørende er ekskludert da det ikke anses som relevant for oppgaven, selv om pårørende ofte spiller en sentral rolle av et menneskes opplevelse av verdighet, ved at de bidrar til å belyse, styrke eller svekke den.

I problemstillingen og i oppgaven brukes betegnelsen «pasienter med rusmiddelavhengighet». Dette er for å unngå å bidra med potensielt stigmatiserende definisjoner i omtalen av disse pasientene. Det skilles mellom rusmiddelavhengighet, som er plagen disse pasientene har, og rusavhengighet som fenomen. «Pasient» brukes i problemstillingen og oppgaven, fordi det er vanlig i omtalen av den innlagte personer på sykehus, selv om også «pasient» kan ha stigmatiserende funksjoner (Travelbee, 1999, s. 61). Dersom intet annet er spesifisert, vil «pasient» bety en pasient med rusmiddelavhengighet. En person med «avhengighet» er en person som har utviklet et langvarig forhold til rusmiddelet (4.1, s. 20), og det er denne gruppen jeg tenker er relevant da disse i størst grad utsettes for stigmatisering.

1.5 Oppgavens struktur

I kapittel 2 beskrives vitenskapsteorien som er anvendt i denne oppgaven; humanvitenskapen. Metoden som brukes er hermeneutikk og litteraturstudie, samt Travelbees teori. Kildekritikk og ivaretagelse av etiske retningslinjer presenteres til slutt. I kapittel 3 presenteres de fire artiklene som er valgt fra litteratursøket. Sentrale begreper fra litteraturen defineres i kapittel 4, og en egenprodusert modell som samler disse begrepene. Jeg inkluderer de fire biomedisinske etiske prinsipper etter begrepet verdighet, fordi det adresserer verdigheten i utøvelse av helsearbeid. En utdyping av Joyce Travelbees teori presenteres både i metode og som et eget kapittel (kapittel 5), fordi den har funksjon som både metode og teori. Forskningsspørsmålene adresseres i drøftingen i kapittel 6 ved å triangulere Travelbees teori, resultater fra litteratursøket og tolkninger av egen erfaring.

2 Vitenskapsteori og metode

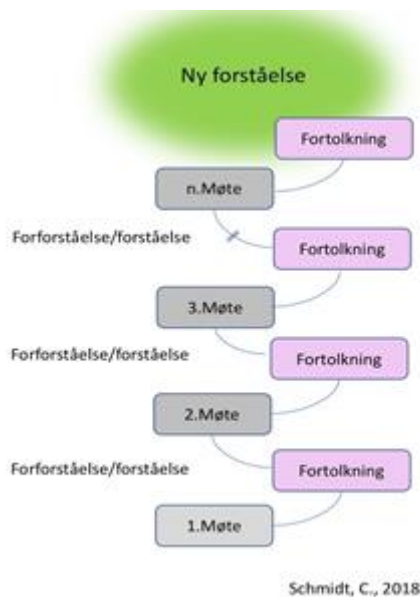
Sett ut av problemstillingen og forskningsspørsmålene, har jeg valgt å se oppgaven i lys av et humanvitenskapelig perspektiv med hermeneutikk som metode. Det er fordi oppgaven fokuserer på å forstå opplevelsen som forekommer i relasjonen mellom sykepleier og pasient med rusmiddelavhengighet. En metode som er brukt er litteraturstudie for å samle kunnskap om stigmatiseringsproblematikken mot rusmiddelavhengighet. Her vil jeg presentere hvordan jeg gikk frem for å finne artiklene som er brukt. Joyce Travelbees teori om mellommenneskelige forhold som metode presenteres her, fordi den belyser hvordan holdninger kan fremmes. Til slutt presenteres kritikk til metoden og kildene, og at de etiske retningslinjene ivaretas.

2.1 Humanvitenskap

Humanvitenskapen handler om den menneskelige verden, og retningen kalles også for «menneskevitenskap» (Thisted, 2010, s. 48). Man har fokus på den menneskeskapte virkeligheten, der verdenen tolkes ut i fra konteksten mennesket lever i der verdier, ønsker, mening, miljø og forståelse er sentralt for mennesket (Thidemann, 2015, s. 63; Thisted, 2010, s. 15, 48). Forståelse av andres kontekst oppnås i møter, der blick, meningsutvekslinger og tolkninger virker inn, og denne forståelsen er individuelt utført (Aadland, 2011, s. 171–172). En humanvitenskapelig retning velges fordi forståelse av opplevelsen i relasjonen trengs for å skape en sykepleietilnærming som pasienten opplever som verdifull. For å forstå brukes hermeneutikk til å fortolke.

2.1.1 *Hermeneutikk*

Hermeneutikk er både vitenskapsteori og metode. Innenfor humanvitenskapen brukes hermeneutikk på et metodenivå for fortolkning av menneskelige handlinger og uttrykk (Holgersen, Fink-Jensen, & Rønholt, 2003, s. 73). Man studerer menneskers uttrykk for å nå frem til forståelse av en felles menneskelig livsopplevelse (Thomassen, 2006, s. 168). En felles menneskelig livsopplevelse er generalisering av flere uttrykk som kan gjelde for flere mennesker eller en gruppe mennesker. Vi gjør alle dette i en relasjon i søken etter en systematisering over hvordan verden henger sammen (Aadland, 2011, s. 190).



Figur 1. Den hermeneutiske spiral. Ny forståelse oppnås gjennom fortolkning av møter i en relasjon. Fritt etter Aadland, 2011, s. 191.

Den hermeneutiske spiral er en prosess der man bruker flere deler til å danne en større forståelse; fortolkning, forståelse og møter (Aadland, 2011, s. 191).

I et møte opplever man den andres uttrykk. Dette uttrykket tillegger den andre en fortolkning for å skape mening til uttrykket. Fortolkningen baseres på forforståelsen en har med seg (4.2 s. 21). Fortolkningen brukes til å danne en forståelse. I neste møte utveksles flere oppfatninger av den andre, som brukes i en ny fortolkning og tillegges forståelsen. Til slutt dannes en ny forståelse, som kan brukes som en felles menneskelig livsopplevelse. Denne opplevelsen kan brukes som en forforståelse til neste gang en møter en person fra en lignende sosial kategori. Et eksempel er: En pasient med rusmiddelavhengighet

uttrykker manglende interesse. Dette utsagnet tillegges mening (fortolkning), og dersom flere fortolkninger underbygger dette, plasseres det i en felles livsopplevelse som; "pasienter med rusmiddelavhengighet er likegyldige".

Min forforståelse er at det eksisterer stigmatisering og at sykepleiere ikke utøver rettferdig helsehjelp. Jeg vil benytte en hermeneutisk tilnærming på et overordnet nivå der jeg tolker erfaringer uttrykt av pasienter og sykepleiere til å skape en forståelse av hvilke holdninger som finnes og hvordan de kan endres til å møte pasienten best mulig. Den brukes også på et mer konkret nivå, til å belyse hvordan sykepleierens forforståelse bidrar til holdninger og stigmatisering av pasienter med rusmiddelavhengighet.

2.2 Litteraturstudie

For å kunne tolke erfaringer av pasienter og sykepleiere er det er nødvendig med innsikt i eksisterende kunnskap på området. Til det brukes en litteraturstudie. En litteraturstudie er en studie der litteratur systematisk samles og gjennomgås (Magnus & Bakketeig, 2000, referert i Thidemann, 2015, s. 79-80). Håpet er at denne litteraturstudien kan belyse at stigmatiseringen mot rusmiddelavhengighet er et reelt problem i sykepleieutøvelsen. Den kan også bidra til en samlet kunnskap om hvordan holdninger kan redusere problemet og øke pasientens verdighet. I min søken etter artikler så jeg etter stigmatiserende helsepersonell mot pasienter med rusmiddelavhengighet, hva pasienter definerer som verdighet og om de møtes med verdighet.

Jeg så også etter faktorer som påvirker stigmatisering av pasienter med rusmiddelavhengighet. Annen litteratur er samlet fra pensumbøker og tilgjengelige bøker på bibliotek, samt tips av venner og ansatte ved skolen.

2.2.1 Litteratursøk

Litteratursøket startet i Svemed+, med norske termer som *verdighet*, *stigmatisering*, *mellommenneskelige-forhold* og *rusmiddelbrukere*. Her fant jeg engelske termer som jeg tok med i Pubmed og Cinahl. MeSH-termer som er brukt er *Human dignity*, *Stereotyping*, *Stigma*, *Substance-Use-Disorders* og *Nurse-patient-relations*. Ettersom rusmiddelavhengighet skjærer over mange faggrenser fikk jeg mange irrelevante resultater, og brukte derfor «snowballing», også kalt «nøste-metoden». Her går man inn i referanselister og refereringer av en nesten-relevant artikkel, og søker seg videre. Av mine fire artikler er én funnet i Cinahl, én funnet i Pubmed, og to funnet i begge databasene.

Sjekkliste fra Helsebiblioteket ble brukt for å vurdere validiteten på artiklene. Det jeg synes var de viktigste momentene i sjekklisten av oversiktsartikkel var for meg om resultatene var overførbare til praksis. I sjekklisten om kvalitative studier var det viktigste momentet om resultatene resonnererte med min tematiske avgrensing av oppgaven (Folkehelseinstituttet, 2014).

2.3 Joyce Travelbees teori om mellommenneskelige forhold i sykepleie

Joyce Travelbee (1926-1973) utviklet en teori om å tilnærme seg pasienter ved å skape en relasjon med mål om å se pasienten som et unikt individ. I denne teorien har hun beskrevet fire faser, og disse brukes i oppgaven som et redskap til å drøfte hvordan en sykepleier kan påvirke møtet med en person med rusmiddelavhengighet. Teorien anser jeg som en god måte å tilnærme seg problemstillingen på, fordi fasene utgjør et rammeverk som bidrar til å analysere holdninger. I kapittel 5 (s. 26) vil jeg utdype denne teorien nærmere.

2.4 Kilde- og metodekritikk

I søkene ga MeSH-termene svært mange treff (> 100), noe som kan tyde på at de ikke var presise nok. Ved å spisse søket, fikk jeg bare ett treff. Ved å inkludere flere databaser og benyttet en annen søkestrategi, kunne jeg kanskje ha funnet flere relevante studier. I et eventuelt videre arbeid med denne tematikken, ville jeg spurt bibliotekarene om mer hjelp til søket.

Et moment i søket etter litteratur er at «snowballing» er en tilnærming som er sterkt subjektiv, og min gjennomlesning og ekstraksjon vil være sett med mine øyne og erfaringsgrunnlag. Styrken til denne metoden være nettopp min subjektivitet, fordi fokuset vil være på relevante artikler.

Jeg inkluderer ikke studier fra Norge eller Skandinavia i oppgavens utvalg av artikler, da dette var vanskelig å finne. De valgte artiklene er fra vestlige land, noe som styrker overførbarheten, men likevel kan ekstern validitet svekkes. Artikkelen “Dignity in i clinical care setting” omhandler generelt pasienter innlagt på somatiske sykehus, som kan redusere overføringsverdien til pasienter med rusmiddelavhengighet. Oversiktsartiklene betegnes som sekundærlitteratur, som innebærer at forfatterne har foretatt en tolkning av originaltekstene før min egen tolkning og forståelse kommer inn, noe som kan ha påvirket tekstene.

I oppgaven er Travelbees bok lest fra en norsk oversettelse. Begreper og momenter fanger kanskje ikke det samme univers som den engelske primærteksten gjør, men en må regne med at oversetteren likevel får fatt i essensen i temaene.

2.5 Ivaretagelse av etiske retningslinjer

Oppgaven tar med en opplevelse fra egen erfaring, fordi den understreker at stigmatisering er et praksisnært tema. For å overholde pasientens anonymitet har jeg endret navn og innhold som omhandler pasienten i casen, og ekskludert alle opplysninger som kan identifisere pasienten. «Geir» ble valgt fordi det er nøytralt, og nøytraliteten kan vise at rusmiddelavhengighet kan skje alle. I oppgaven skal jeg følge skolens oppgavetekniske retningslinjer ved å referere etter APA-stilen, og innsette referanser der det er brukt. Jeg skal heller ikke kopiere eller plagiere andre tekster.

3 Presentasjon av utvalgte artikler

Her presenteres de fire artiklene som jeg har valgt å ha med i oppgaven. Det gis en presentasjon og vurdering av kvalitet, og funnene brukes videre i drøftedelen. Disse fire artiklene er valgt fordi de tilsammen adresserer mine tre forskningsspørsmål (1.3, s. 10). Den to første artiklene bekrefter at det forekommer stigmatisering av pasienter med rusmiddelavhengighet blant helsearbeidere. Den første viser at de negative holdningene er et internasjonalt fenomen, og den andre viser at negative holdninger forekommer på somatiske avdelinger. Artikkelen tre slår fast viktigheten av verdighet for pasienter generelt innlagt på somatisk avdeling. Den siste artikkelen handler om språklige ordvalg i omtalelsen av pasienter med rusmiddelavhengighet, som er relevant for holdningene helsepersonell har til disse menneskene.

3.1 Stigma among health professionals toward patients with substance use disorders, and its consequences for healthcare delivery: systematic review

Denne oversiktsartikkelen er publisert i 2013, og funnet i Cinahl. Etter systematisk søk i *Pubmed*, *Embase* og *Psychinfo* ble 28 artikler fra vestlige land publisert mellom 2000 - 2011 inkludert i artikkelen.

Formål: Få en oversikt over helsepersonells (i.e. leger, psykiatere og sykepleiere) holdninger overfor pasienter med rusmiddelavhengighet, og se hvilke konsekvenser disse holdningene har.

Funn: Helsepersonell har en generelt dårlig holdning til pasienter med rusmiddelavhengighet. Helsearbeiderne har lite kunnskap og motivasjon til å vise empati til denne pasientgruppen, noe som medfører oppgaveorientert behandling, ikke helhetlig. Disse pasientene anses som følelsesmessig utfordrende fordi de er aggressive og uhøflige. Personer som daglig arbeider med pasientgruppen har mer positive holdninger. Det er lite dokumentert om konsekvensene av helsepersonells holdninger. Likevel ble det funnet at pasienters trivsel, selvtillit og motivasjon til å fullføre behandling ble redusert dersom negative holdninger ble holdt mot dem (van Boekel mfl., 2013, s. 26–33).

Kritikk: Forfatterne brukte ikke sjekklister i kvalitetsvurderingen av de enkelte studiene. Artiklene er fra vestlige land som er historisk, kulturelt og sosialt like Norge, noe som øker

overføringsverdien til norske forhold. Inklusjon av både kvalitative og kvantitative artikler er en styrke, selv om noen studier er gamle (>10 år). Overførbarheten til sykepleieperspektivet er noe usikker, ettersom både leger og psykiatere også var blant målgruppen.

3.2 Challenges in nursing practice: nurses' perceptions in caring for hospitalized medical-surgical patients with substance abuse/dependence

Denne artikkelen er en kvalitativ studie fra USA. Artikkelen er funnet i Pubmed. Den er publisert i 2014, i tidsskriftet *Journal of Nursing Administration*.

Formål: Bruk av induktiv tilnærming for å lære om sykepleieres opplevelser av å ivareta pasienter med rusmiddelavhengighet innlagt på medisinsk eller kirurgisk avdeling. Tjuefire sykepleiere fra fem forskjellige sengeposter ble intervjuet, og ut i fra intervjuene ble svarene kategorisert etter tema.

Funn: Fire kategoriseringer av tema ble funnet: 1. Sykepleiere føler et etisk ansvar for å vise omsorg, 2. Det finnes negative holdninger til pasientgruppen, 3. Sykepleiere ønsker mer kunnskap, 4. Sykepleierne har medfølelse for pasienten. Informantene gav uttrykk for at det er utfordrende å ta vare på denne pasientgruppen, til tross for at de så på rusmiddelavhengigheten som en behandlingstrengende sykdom. Sykepleiere ønsket mer kunnskap på området (Neville & Roan, 2014, s. 341–345).

Kritikk: Artikkelen har høy relevans siden *rusmiddelavhengighet og sykepleiere på somatisk avdeling* adresserer min problemstilling direkte. Artikkelen muliggjør ekstrapolering av opplevelser til allmenne prinsipper. Det gir et virkelighetsnært grunnlag til å se at stigmatisering blant helsepersonell finnes (Tranøy, 2014). Undersøkelsen er utført i et vestlig land (USA), som gir en viss overførbarhet selv om den er gjort i et mindre demografisk område. Denne artikkelen sammenligner funnene vedrørende sykepleieres negative holdninger og manglende kunnskap med funn fra oversiktsartikkelen under 3.1 (s. 16), noe som styrker funnene gjort i denne artikkelen.

3.3 Dignity in a clinical care setting: a narrative review

Oversiktsartikkelen er publisert i tidsskriftet *Nursing Ethics* i 2013, funnet i Cinahl og Pubmed. Søk i *Cinahl*, *Pubmed*, *Eric* og *OvidNursing* førte til bruk av 37 artikler publisert

mellom 2000 og 2010. Artikler fra flere land ble brukt: USA, England, Canada, Finland, Australia, Asia og over Europa.

Formål: Kunne definere verdighet og å hjelpe sykepleiere til å se hvilke faktorer som bidrar til økt verdighet, med grunnlag i både sykepleiere og pasienters perspektiver.

Funn: Verdighetsbegrepet varierte noe, men to hovedkategorier av verdighet ble funnet; en interpersonal verdighet (sosial verdighet) og en intern verdighet (egen, iboende verdighet). Verdigheten for pasienter involverer respekt, helhetlig omsorg og å beskytte privatlivet. Verdigheten påvirkes av sykepleieres holdninger, omgivelser, avdelingens kultur og egen evne til uavhengighet. Negative holdninger truer dermed verdighet (Lin, Watson, & Tsai, 2013, s. 171–175).

Kritikk: Kvalitative og kvantitative studier, som omfattet både sykepleier- og pasientperspektivet på verdighet, ble gjennomgått. Dette er en styrke ved artikkelen, selv om de eldste artiklene er gamle (>10 år). Overførbarheten svekkes noe ved at kun studier med inneliggende pasienter over 18 år ble inkludert, og at den ikke presiserer hvilke avdelinger pasientene tilhørte. Videre kan forfatterens valg og sekundære fortolkninger i oversiktsartikkelen påvirke resultatet. Forfatterne har heller ikke gjort noen vurdering av kvaliteten på studiene.

3.4 [Does it matter how we refer to individuals with substance-related conditions? A randomized study of two commonly used terms](#)

Funnet i Pubmed og Cinahl. Artikkelen er publisert i tidsskriftet *International Journal of Drug Policy* i 2010, og er en kvalitativ studie utført i USA. Forskningsdesignet var et randomisert tverrsnittsstudie. På en kongress ble 516 helsearbeidere innen psykiatrisk helse og rus (65% leger) bedt om å vurdere en kasuistikk om *Mr. Williams*. I halvparten av tekstene ble *Mr. Williams* omtalt som «rusavhengig», og den andre halvparten som «en med ruslidelse».

Formål: Synliggjøring om det har noe å si for vurderingen av pasientene om de blir omtalt som «rusmisbruker» eller «å ha en ruslidelse»

Funn: De to omtalene av pasienten fremkalte systematisk forskjellige syn på hvordan pasienten skulle håndteres, selv blant høyt utdannede fagpersonell i psykiatrien. I omtalen som «rusmisbruker» ble rusen sett som selvforskyldt. Bruk av «rusmisbruker»-begrepet kan vedlikeholde stigmatiserende holdninger (Kelly & Westerhoff, 2010, s. 203–206).

Kritikk: En styrke med denne artikkelen er at den involverer mange respondenter, som gir et vidt spekter av meninger. Personene kommer trolig fra forskjellige sykehus, som gir et stort demografisk datagrunnlag, selv om det ikke spesifisert i artikkelen. Utvalget er selektert, fordi den ekskluderer mennesker som ikke har mulighet til å komme på kurset. Selv om relevansen for min oppgave svekkes (i.e. respondentene er helsearbeidere innen psykiatri) så oppveier det store utvalget mye for dette. Dessuten er funnet meget interessant og høyst relevant for tematikken i oppgaven.

4 Teori

I litteraturen og i dagligtalen er det begreper innen oppgavens tema som brukes forskjellig. Disse begrepene beskrives derfor her. Rusavhengighet beskrives først for å gi innsikt i at begrepet kan forstås på ulike måter. Deretter beskrives forforståelse, holdninger, fordommer, og stigmatisering for å gi en klarhet i hvordan disse begrepene menes når de brukes i drøftingen. Alle begrepene er inkludert fordi de vil påvirke en pasients verdighet. Verdighetsbegrepet presenteres etterpå, og hva verdighet i sykepleieutøvelsen betyr. De fire etiske prinsipper i helseutøvelse blir presentert grunnet den sterke sammenhengen mellom disse og pasientens verdighet. Til slutt har jeg sammenstillet begrepene i en figur, som kan tydeliggjøre Travelbees teori når holdningene drøftes i kapittel 6.

4.1 Rusavhengighet

Rus er en opplevelse av lykke og velvære med eller uten bruk av et tilført middel. *Avhengighet* er et kontinuerlig inntak av midler som gir rus, til tross for skadelige somatiske og psykiske konsekvenser. Skadene omfatter toleranseutvikling, abstinens eller psykisk avhengighet (Direktoratet for E-helse, 2018, s. 159–160; Helsedirektoratet, 2012, s. 17; National Institute on Drug Abuse, 2016). *Rusavhengighet* som fenomen kan i dagliglivet forstås på tre måter; 1. som sykdom, 2. viljessvakhet og/eller 3. et livsstilsvalg. Hvilken forståelse som legges til grunn, påvirker hvordan rusavhengighet forstås (Simonnes, 2011).

Rusavhengighet som sykdom: Rusavhengighet kan betegnes som en kronisk lidelse, som svinger mellom gode og dårlige perioder (Ege, 2004, s. 20–21). Gjentakelse av rusinntak medfører forandringer i hjernen som holder hjernen under en form for tvang, slik at man får vanskeligheter med å motstå rusinntak (Anton, 2010, s. 739; National Institute on Drug Abuse, 2016; Simonnes, 2011). Bruk over lang tid kan medføre forandringer i flere deler av hjernen, og påvirke funksjoner som dømmekraft, beslutningsevne, hukommelse, oppførsel og evne til å håndtere stress (National Institute on Drug Abuse, 2016).

Rusavhengighet som viljessvakhet: Rusavhengighet kan ses på som at personen med rusavhengighet har en svak evne til å takke nei. Avhengigheten er dermed et resultat av irrasjonelle valg (Simonnes, 2011).

Rusavhengighet som valg av livsstil: Rusavhengighet kan forstås som et ønsket valg, tatt på et rasjonelt grunnlag (Simonnes, 2011). Dersom man forstår rusavhengighet på de to sistnevnte måtene, er det lett å tenke at personer med rusavhengighet kan slutte hvis de prøver hardt nok (Simonnes, 2011).

4.2 Forforståelse, holdninger og fordommer i sykepleien

Både pasientens og sykepleierens forforståelse, holdninger og fordommer påvirker relasjonen mellom dem. Begrepene blir ofte brukt om hverandre, og for å utnytte kunnskapen om hvordan de kan påvirkes, er grenseoppgangene mellom disse tre trukket opp.

Forforståelse: Er et overordnet samlebegrep på en persons holdninger, fordommer og oppfatninger (Sletnes, 2017). Forforståelsen gir retning og mulighet til å fortolke noe i en relasjon (Thomassen, 2006, s. 86-87). Sykepleiere vil ha en individuell forforståelse i hvert møte med en pasient. Denne forforståelsen videreutvikles etter hvert som man opplever flere sider av personen, slik at man etter hvert vil få en mer nyansert forståelse av personen (Aadland, 2011, s. 171-172, 193-194).

Holdninger: Holdning er en reaksjon på objekter, verden, andre, ting eller verdier (Teigen, 2016). Holdninger styrer måten man forholder seg til andre, og uttrykkes gjennom meningsytringer, følelsesmessige reaksjoner og handlinger i en relasjon. Holdninger er en måte forforståelsen kommer til uttrykk. Holdningene læres bevisst eller ubevisst, gjennom teoretisk kunnskap, modellering av meningsfulle personer, eller egne erfaringer (Alvsvåg, 1997, s. 34; Teigen, 2016). Kulturelle og personlige normer og verdier som er integrert i oss påvirker holdning (Skærbæk & Lillemoen, 2013, s. 16). En sykepleier må ha gode verdier, fordi disse fremtrer gjennom holdningene og kan påvirke hvordan pasienten har det (Alvsvåg, 1997, s. 34–35).

Fordommer: Ureflektert holdninger med manglende kunnskapsforankring kalles fordom. Denne formen for holdning kan være mer motstandsdyktig for endring enn andre holdninger, fordi de ofte brukes i personlig selvoppfatning til å skille «meg» fra «andre» i en sosial setting (Teigen, 2016). For eksempel fordommen om at en person med rusmiddelavhengighet er krevende, fordi min fordom sier at jeg ikke skal være det. Fordommene har i dagligtalen en negativ ladet holdning, og vil også bli brukt slik i denne oppgaven. Fordommer er også med

på å styre måten man forholder seg til andre mennesker (Teigen, 2016), og kan medføre stigmatisering.

4.3 Stigmatisering

Stigmatisering er et sosialt konstruert fenomen der man gir noen en negativ egenskap fordi personen/gruppen avviker ut fra kriterier, regler, verdier eller former for atferd i en gitt sosial gruppe (Becker, 2005, s. 23; Helsedirektoratet, u.å.; Malt, 2017). Det finnes to komponenter i denne prosessen; først blir man ansett som avviker av den gitte gruppen, deretter tillegges man en negativ egenskap. Å avvike vil si at personen vurderes som ikke kulturelt og moralsk akseptert i gruppen. Personen taper sosial anseelse og blir utstøtt fra fellesskapet. Det skapes et skille mellom «oss» i gruppen og «de» utenfor (Goffman, 2009, s. 44; Malt, 2017; Thommesen, 2008, s. 115,136). Hva som anses som avvikende vurderes ulikt av ulike sosiale grupper, og er situasjonsbetinget (Becker, 2005, s. 24–25). Rusmiddelavhengighet kan anses som avvikende atferd i en sosial gruppe som en sykepleier tilhører.

Negative egenskaper kan eksempelvis være å si at personer med rusmiddelavhengighet er upålitelige. Denne påstanden kommer da på bakgrunn av det avvikende elementet, rusavhengigheten, og sier ingenting om personen i seg selv. Stigmatiseringen ekskluderer derfor å se en person som individ, og dermed gis mindre verdi. Den/de som dømmer den stigmatiserte dømmer etter en prosess bestående av hvilken forforståelse man har for personen, utseende, andre forforståelser av kulturell kontekst (Becker, 2005, s. 34).

4.4 Verdighet

Verdighet er et begrep med mange nyanser. Verdighet kommer fra egenbestemte verdier og overordnede verdier som finnes i vårt samfunn (Skærbæk og Lillemoen, 2013, s. 12-13). Verdighetsbegrepet har to elementer; verdighet som en konstant og verdighet som en gradering, og et menneske oppfatter sin verdighet sammenlagt fra disse.

Verdighet som en konstant: Verdighet hos et menneske vil si at alle mennesker har en verdi som er iboende og umistelig. Denne kommer som følge av å være menneske (FN, 1948; Travelbee, 1999, s. 60), og er ikke mulig å måle eller observere (Graubæk & Hall, 2010, s. 68). Verdigheten kommer fra en ytre, ekstern dimensjon, altså det er en konstant som er gitt oss (Eriksson, 1995, s. 70; FN, 1948; Frost, u.å.; Global dignity, u.å.; Norsk sykepleierforbund, 2016; Travelbee, 1999, s. 60). Denne ideen kommer både av religion og

humanisme. I humanismen er begrunnelsen for vår iboende verdighet et resultat av at mennesket er et fornuftsvesen, og kan gjøre krav på å være et relasjonelt livsvesen (Frost, u.å.). I religionen begrunnes den iboende verdigheten som at hvert menneske har en særstilling i skapelsen (Frost, u.å.).

Verdighet som en gradering: Mennesker har en tendens til å tildele andre grader av verdighet. Hvilke kriterier en dømmer etter, er kulturelt og sosialt betinget (Travelbee, 1999, s. 59–60). Den indre dimensjonen av verdigheten utgjøres av den enkeltes vurdering av seg selv i lys av en slik gradering eller dom (Eriksson, 1995, s. 70). Det er denne verdigheten som belyses i oppgaven, fordi det er denne verdigheten en sykepleier kan påvirke hos pasienten. Da det ble oppdaget at verdigheten kan graderes, ble verdighet en rettighet nedfelt i menneskerettighetene og de yrkesetiske retningslinjene for sykepleie (Frost, u.å.). Alle har rett til å leve et verdig liv, krav på å bli behandlet av andre og bli møtt med respekt (FN, 1948; Global dignity, u.å.; Norsk sykepleierforbund, 2016).

4.5 Verdighet i sykepleie

For å fremme verdighet kreves det av sykepleieren å forstå hvordan verdighet kan utøves i praksis, sett fra sykepleierens og pasientens perspektiv. Verdigheten hos sykehusinnlagte pasienter påvirkes av miljøet, helsepersonellens holdninger og oppførsel, kulturen på avdelingen og pasientens egen mulighet for uavhengighet (Lin mfl., 2013, s. 173).

Flere faktorer bidrar til ivaretagelse av pasientens verdighet. Det å bli involvert i behandlingen og få sine valg respektert, vil føre til økt autonomi og mestringsfølelse grunnet følelse av kontroll (Graubæk & Hall, 2010, s. 68–69). Kontrollen styrkes av at helsepersonell kommuniserer ærlig om pasientens situasjon (Lin mfl., 2013, s. 172). Videre er det viktig at taushetsplikten ivaretas ubetinget. Verdighet er å også en følelse av rettferdighet, der pasienten får respons på behov. Helhetlig omsorg med åpent sinn og uten stigmatisering der man respekteres for sine forskjeller, styrker også følelsen av rettferdighet. Sykepleieren kan også fremme verdighet indirekte ved å påvirke kulturen på avdelingen og å regulere prosedyrer (Lin mfl., 2013, s. 173).

Faktorer som truer ivaretagelse av verdigheten er følelse av lav sosial klasse, nedvurdering, manglende respekt og følelse av elendighet. Mange føler seg også sveket av enkeltpersoner og

samfunn, samt en følelse av å være forlatt av pleieren (Lin mfl., 2013, s. 173). Det viser hvor viktig det er å ha stort fokus på verdighet i møte med rusmiddelavhengighet.

4.6 Etikk i sykepleie

I vår helsetjeneste er biomedisinsk etikk med de fire etiske prinsipp, styrende for profesjonell utøvelse. Dette er måter sykepleieren fremmer verdighet på, der man unngår å være dømmende, tar ansvar for forsvarlig utøvelse av arbeidet og viser omsorg for den pleietrengende (Beauchamp & Childress, 2013, s. 33–35).

1. Autonomiprinsippet: Helsetjenesteyteren respekterer andres valg for autonomi, som betyr at pasienten skal få foreta egne valg og handlinger som er meningsfulle for personen selv (Beauchamp & Childress, 2013, s. 101). Å respektere vil her både være en holdning, men også en aktiv handling for å legge til rette slik at pasienten kan utøve selvbestemmelsen. Aktive tiltak kan være å fortelle sannheten, respektere privatliv og beskytte konfidensiell informasjon (Beauchamp & Childress, 2013, s. 106–107).

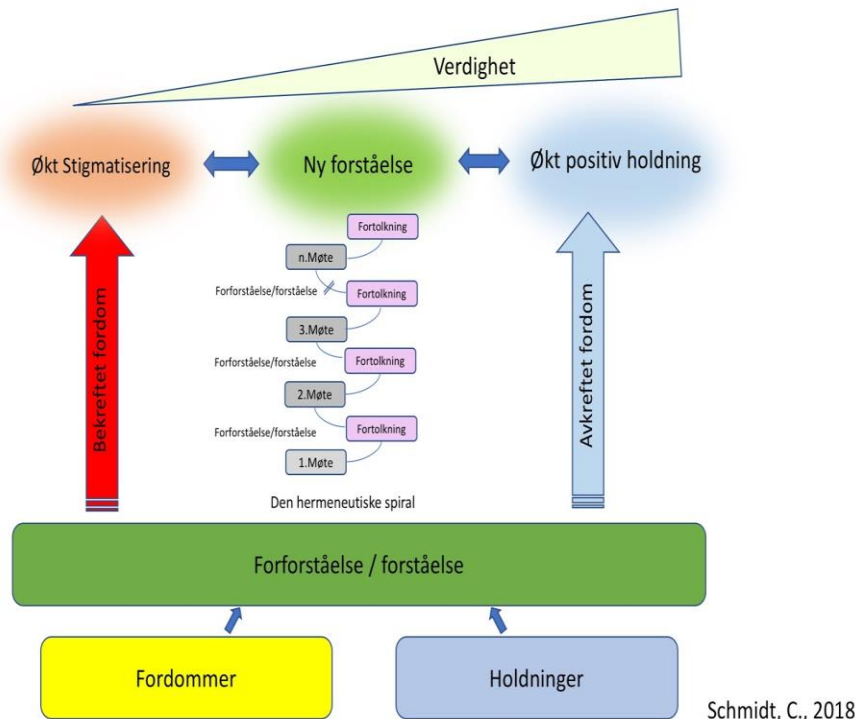
2. Ikke-skade-prinsippet: Helsepersonell går aktivt inn for å ikke forårsake skade på andre. Dette innebærer både å forebygge potensiell skade men også fjerne reell skade. Med skader menes både fysiske og psykiske (som å skape frykt eller skam), og skader som forekommer med eller uten intensjonen om å skade (Beauchamp & Childress, 2013, s. 150–151, 155).

3. Velgjørenhets-prinsippet: Helsepersonell bidrar aktivt til å gjøre godt for pasienten. Dette er mer enn å unngå at pasienten blir skadd, her skal man få pasienten til å føle seg bedre. Dette kan være å akseptere pasientens ønsker og hjelpe til å utføre dem på best mulig måte. Målet er å bedre tilstanden fra slik den er der og da (Beauchamp & Childress, 2013, s. 202, 205).

4. Rettferdighetsprinsippet: Dette innebærer at alle behandles likt og har rett på lik tilgang til sosiale ressurser alt etter behov. Behov omhandler grunnleggende behov, som mat og fri fra skader, men også eksistensielle behov som respekt, frihet, ha det godt og å ha kunnskap om informasjon (Beauchamp & Childress, 2013, s. 251–260).

4.7 Interaksjon mellom sentrale begreper

Flere av de sentrale begrepene i denne oppgaven er sterkt relatert til hverandre. Denne interaksjonen er forsøkt fremstilt i figur 2. I bunn for alle relasjoner ligger forforståelsen som



Figur 2. Oppsummering av relasjoner mellom holdninger, stigmatisering og verdighet i møte med sykepleiere og pasienter som lider av rusmiddelavhengighet. Fritt etter Aadland, 2011, s.191.

består av holdninger og fordommer (4.2, s. 21). I lys av problemstillingen er utgangspunktet for denne oppgaven samt modellen negative fordommer. Den hermeneutiske spiral tilsier at i hvert møte vil sykepleieren og pasienten fortolke den andre (2.1.1, s. 12-13). I fortolkningen vil forforståelsen og forståelsen utvikles, og til slutt oppnås en ny forståelse, som er blitt en felles menneskelig livsopplevelse. Avhengig av hvordan inntrykkene fortolkes, kan denne nye forståelsen påvirke til å stigmatisere eller endre holdninger. Dersom man som sykepleier fortolker møtene med pasienten som bekræftelser av de negative fordommene, kan forståelsen underbygge, og dermed forsterke, den allerede eksisterende stigmatiseringen. Om sykepleieren får avkrefte sine fordommer, vil fortolkningene bidra til en forståelse som medfører positiv holdningsendring. Positive holdninger gir en økt grad av verdighet i relasjonen. Derimot vil stigmatiseringen opprettholde lav eller ytterligere reduksjon av verdighet. Modellen kan også brukes om pasienter med negative fordommer mot sykepleiere. Denne modellen er én forstå begrepene på, og tankegangen kan brukes når Joyce Travelbees teori drøftes i en relasjon.

5 Joyce Travelbees teori om mellommenneskelige forhold i sykepleie

Joyce Travelbee mente at målet for all sykepleie er å hjelpe enkeltindivider, familier og samfunn til forebygging og mestring av sykdom, og finne mening i tilværelsen som pasienten befinner seg i. Redskapet for å oppnå dette målet er etablering av et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 1999, s. 41).

5.1 En god sykepleier

En profesjonell sykepleier mener Travelbee har en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte til problemer og en evne til å bruke seg selv terapeutisk i møte med en pasient. Den disiplinære, intellektuelle tilnæringsmåten vil si at en tenker logisk, reflekterer og resonnerer, for deretter å kunne begrunne tilnæringsmåten. Sykepleieren har en åpen holdning samtidig som denne åpenheten innehar reflektert kunnskap. Å bruke seg selv terapeutisk vil si å ha selvforståelse, og samtidig innsikt i drivkreftene bak menneskelig atferd. Selvforståelsen er en refleksjon over egne forestillinger om sykdom, lidelse og død, og om sykepleieren har evne til å hjelpe andre. Både fornuft og intelligens er aktive i sykepleieutøvelsen (Travelbee, 1999, s. 42–45).

5.2 Begrepet menneske

Travelbee (1999, s. 54-56) mener at mennesket er et unikt individ med enestående evner til å tenke, oppfatte, tolke, abstrahere, rasjonalisere og tilpasse seg. Samtidig har mennesket fellestrekk med menneske som art, der mennesket har like egenskaper. Sykepleiepraksisen bør baseres på at mennesket som behandles har en enestående verdi, noe som bidrar til å fremme pasienten som et unikt individ (Travelbee, 1999, s. 57–60).

5.3 Menneske-til-menneske-forhold

I sykepleieutøvelsen mener Travelbee at sykepleieren har ansvar for å etablere og opprettholde et menneske-til-menneske-forhold med pasienten. Kategoriseringer og rolletildelinger av mennesker står i veien for å se pasienten som individ, og må bort for å kunne etablere et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 1999, s. 61, 64). Når man ser den andre som et unikt menneske, forekommer det en endret måte å oppfatte, tenke og handle på (Travelbee, 1999, s. 171, 178).

Menneske-til-menneske-forholdet er en prosess som må bygges opp gradvis i en relasjon. Sykepleier må ha kunnskap, selvforståelse og erfaring, slik at teorien som metode struktureres bevisst for å nå alt av tilgjengelig kunnskap og innsikt (Travelbee, 1999, s. 171–172).

5.4 De fire fasene

Menneske-til-menneske-forholdet mener Travelbee etableres etter at både sykepleieren og pasienten har gått gjennom fire faser. Da oppnås en gjensidig forståelse og kontakt mellom de to subjektene i relasjonen (Travelbee, 1999, s. 172).



Figur 3. Travelbees fire faser i utviklingen av en relasjon, vil munne ut i gjensidig forståelse og kontakt (menneske-til-menneske-forhold). Fritt etter Travelbee, 1999, s. 211.

1. Det innledende møtet: Dette er det første møtet mellom pasient og sykepleier. Man skaper et inntrykk av den andre, ved at man gjør seg opp meninger om vedkommende. Disse meningene skapes av observasjon gitt av den verbale og non-verbale kommunikasjonen, en antakelse og verdidom. Rollene som «sykepleier» og «pasient» som dannet av tidligere erfaring og/eller andre mennesker styrende i interaksjonen.

For å komme videre til å oppfatte den andre som et individ, må sykepleieren bryte ned tanken om kategoriseringer, for å se mennesket bak ordet «pasient» og «pasienten med rusmiddelavhengighet» (Travelbee, 1999, s. 186–188).

2. Framvekst av identiteter: I denne fasen starter man å motta inntrykk av den andres personlighet ved å rette tanker og følelser inn mot den andre. Likheter og forskjeller blir erkjent og man anerkjenner dermed den andre som unik. Derimot er ikke klarheten over det unike tydelig. Inntrykket kan endres etter hvert som man blir bedre kjent. Travelbee problematiserer sykepleierens evne til å oppfatte den andre som unik ved at man opplever den andres individualitet som truende (Travelbee, 1999, s. 188–190).

3. Empati: I denne fasen ser man forbi ytre atferd og prøver å oppleve den andres indre. Dette er empati; å leve seg inn i den andres psykiske tilstand slik den fremkommer der og da. Målet er å forstå den andre for å skape mening. Dette medfører å anerkjenne den andre som et

selvstendig individ. En forutsetning for empati er at personene i relasjonen er like, altså at de har en lik personlig bakgrunn (Travelbee, 1999, s. 193-195). Et problem for utvikling av empati kan være at man ønsker å fastholde på førsteinntrykket.

4. Sympati og medfølelse: Etter man har etablert kunnskap om pasientens følelsesliv der og da, kan man kommunisere sympati og medfølelse. Sympati er i likhet med empati en følelsesmessig interesse i pasientens lidelse, men i tillegg foreligger det en trang til å aktivt utøve omsorg. Pasientens problemer som er funnet i empatifasen, er drivkraften til å finne sykepleietiltak. Sympatien formidles i tiltak, men også i ansiktsuttrykk, og hvordan handlingene utøves (Travelbee, 1999, s. 200-201). Sykepleieren bruker seg selv terapeutisk og bruker en disiplinær intellektuell tilnæringsmåte til å finne konstruktive sykepleiehandlinger (Travelbee, 1999, s. 210). Tillit skapes, fordi sykepleieren klarer å bevise tillit gjennom handlingene og involveringen. Engasjementet som involverer omsorg, innebærer også bevissthet om avhumaniserende faktorer, og en følelsesmessig motivasjon til å påvirke dette (Travelbee, 1999, s. 205). En annen måte å problematisere er at man kan tingliggjøre medlidenheten. Dette er en avhumaniserende, objektiverende måte å se andre, fordi man prøver å vise medfølelse uten ønske om å involvere seg i den andres lidelse (Travelbee, 1999, s. 207).

Gjensidig forståelse og kontakt: Når disse fasene er gjennomgått, er resultatet en forståelse og kontakt for hverandre. Dette er målet med all sykepleie fordi gjensidig forståelse og kontakt er et menneske-til menneske- forhold. Begge parter deler erfaringer som har betydning for begge (Travelbee, 1999, s. 211). Fasene er gjennomgått slik at kategoriene «sykepleier» og «pasient» er borte (Travelbee, 1999, s. 213). Man opplever den andres personlighet slik den vises i følelser, erfaringer og opplevelser. Man har oppnådd gjensidig tillit, og tilliten er blitt til trygghet (Travelbee, 1999, s. 215).

Kunnskaper, ferdigheter og en evne til å respondere på den sykes behov, fordi hun forstår hva behovene er for den syke, kombineres. Handlingene som sykepleieren utfører er derfor til lindring for pasienten, altså at sykepleieren bedrer, eller ikke forverrer, pasientens situasjon. Den disiplinære tilnæringsmåten, selvforståelse, menneskesyn og kunnskap brukes i sykepleieutøvelsen (Travelbee, 1999, s. 212-213).

6 Drøfting

Det at alle mennesker har en verdighet og er unike, er et viktig utgangspunkt for sykepleiere i sin praksisutøvelse (Travelbee, 1999, s. 60). I drøftedelen vil forskningsspørsmålene bli adressert ved å bruke Joyce Travelbees fire faser som rammeverk, artiklene jeg har lagt opp, samt annen relevant litteratur. I tillegg brukes egne erfaringer i møte med Geir for å underbygge den praktiske forankringen. Innfallsvinkelen i drøftingen er å triangulere Travelbees teoretiske fundament, funn fra litteratursøket og tolkninger fra mine erfaringer i møte med *Geir*. I den videre tekst refereres artiklene i litteratursøket som 3.1, 3.2, 3.3 og 3.4 i tillegg til APA-standarden for å vise til artiklene presentert i kapittel 3 (s. 16).

6.1 Det innledende møtet

Geir lå henslengt, og så såvidt på meg. Han var sløv i blikket, hadde skitne og hullete klær, snakket sløvete, og opplevdes lite interessert i sin situasjon. Fra første stund tok jeg avstand fra personen, og tilla personen tanker som «han kan utagere når som helst» og «han er skitten».

Før man i det hele tatt møter pasienten, har man tanker som vil innvirke på møtet. Travelbee bruker ordet “antakelse” i sin beskrivelse av de foreliggende tanker og følelser. Det vil gi mer dybde til denne fasen ved å omtale dette som en forforståelse (4.2, s. 21). Forforståelsen vil tas med inn i det første møtet sykepleieren har med rusmiddelavhengighet og påvirke motivasjonen til å hjelpe. Sammen med forforståelsen, kan observasjonene som gjøres i møtet med pasienten bidra til en sykepleiers gradering av pasientens verdighet (Travelbee, 1999, s. 186).

6.1.1 Før det første møtet

Helt sentralt i forforståelsen står sykepleierens kunnskapsspekter. Hvilken kunnskap sykepleieren besitter (både kulturell, teoretisk og erfaringsbasert) er et grunnlag for hvilken forforståelse en har. Kunnskapsspekteret opererer på tre ulike plan. For det første kan kunnskap om egne fordommer belyse sykepleierens forforståelse til å fremme verdighet (Figur 2, s. 25). Medias negative holdninger og syn på mennesker med rusmiddelavhengighet med stereotyp utseende og oppførsel, kan integreres hos sykepleieren og være en risikofaktor for at forforståelsen påvirkes negativt og fremmer stigmatisering. Dette kan sette alle faser i Travelbees tilnærming i fare, både utviklingen innenfor de enkelte faser og overgangen mellom dem.

Manglende kunnskap om egne fordommer medfører dårligere pleie (Monks, mfl., 2013, referert i Bartlett mfl., 2013, s. 351). Travelbee (1999, s. 44) understreker at en god sykepleier er bevisst sin selvforståelse slik at man kan å gi slipp stereotypiseringer. Sykepleieren kan bevisstgjøre seg på stigmatiseringen som er tillært av samfunnet, og velge om en vil la seg påvirke av denne. Med en kritisk refleksjon over etikken (International Council of Nurses, 2012), kan sykepleieren bevisst styre sin forforståelse slik at enhver fortolkning rettes mot å avkrefte fordommer når sykepleieren skal møte pasienten (Figur 2, s. 25). Dette vil føre til en endret holdning øke sjansen for å se den andre som et unikt individ. Da kan man, som Travelbee sier, gjøre bruk av sin egen personlighet terapeutisk, med hensikt om å gjøre vel (Travelbee, 1999, s. 44). Likevel er fordommer motstandsdyktig mot forandring fordi de brukes i egen selvforståelse i møte med andre (Teigen, 2016), så det kan være utfordrende å påvirke.

Et annet plan er hvordan vi ser på rusavhengighet. Samfunnet fremstiller i dag sykdom og helse som noe enkeltindivid har skylden for, og er ansvarlig for å gjøre noe med (Michaelsen, 2010, s. 157). Dersom vi mener rusavhengighet er et resultat av manglende selvkontroll og/eller valgt livsstil, kan vi lett stigmatisere pasienten (4.1, s. 20) (3.1, van Boekel mfl., 2013, s. 32), og være mindre motivert til å involvere seg i pasientens ulike problemstillinger. Denne fokusforskyvningen ekskluderer også den sosiale kontekstens betydning for forståelse av rusavhengighet, som kan redusere verdigheten og gi dårligere somatisk omsorg (Michaelsen, 2010, s. 157). Kunnskap om hvordan rusavhengighet utarter seg som en sykdom, på lik linje med andre sykdommer, kan endre motivasjonen til sykepleierne om å utøve omsorgen. Det er økende fokus på avhengighet som en kronisk sykdom i hjernen (4.1, s. 20) (Anton, 2010, s. 736; Bartlett mfl., 2013, s. 349-350; 3.2, Neville & Roan, 2014, s. 341; Simmones, 2011). En sykdom er noe man *har* og ikke *er*. Det vil derfor ikke definere en person, men være noe man må utøve omsorg for.

Et tredje plan er kunnskap i form av tidligere erfaringer i møte med personer med rusmiddelbruk. Manglende erfaring synes å utfordre pleien av denne pasientgruppen. Adekvat kunnskap synes å være en mangelvare i ivaretagelse av denne pasientgruppen (3.2, Neville & Roan, 2014, s. 343). Erfaringer vil tilrettelegge for refleksjon over hendelser og til å finne gode handlingsalternativer (Aadland, 2011, s. 58). Helsepersonell med mer erfaring er mer positive til å hjelpe pasientene med rusmiddelavhengighet (3.1, van Boekel mfl., 2013, s. 33), og økende erfaring kan gjøre sykepleiere tryggere på hvordan man skal tilnærme seg pasientgruppen. Kunnskapstilegning trengs både i utdannelsen og i arbeidslivet (3.2, Neville & Roan, 2014, s. 344).

På somatiske avdelinger kan det være færre rutiner og mindre bevissthet på fordommer, slik det kan tenkes at det finnes på psykiatriske avdelinger. Bevisstgjøring fra administrasjonen og tilretteleggelse av muligheter for å prate om etiske usikkerheter. Det kan trygge yrkesutøvelsen, redusere frykt og dermed integrere gode holdninger før man møter pasienten (3.3, Lin mfl., 2013, s. 173; 3.1, van Boekel mfl., 2013, 33). Kunnskap på flere plan kan tenkes å være en viktig og god strategi for å redusere stigmatisering og øke verdigheten til pasienten.

6.1.2 *I det første møtet*

I det første møtet gjør sykepleieren seg opp meninger om pasienten ved observasjon. Disse observasjonene uttrykkes gjennom verbal og non-verbal kommunikasjon (Travelbee, 1999, s. 186-187). I mitt møte med Geir gjorde de non-verbale opplevelsene sterkest inntrykk, som førte til at jeg startet med å vurdere graden av verdi på Geir. [*Han var sløv i blikket, hadde skitne og hullede klær, snakket sløvete, og opplevdes lite interessert i sin situasjon*].

Rolleforståelsen av han som “en typisk person med rusmiddelavhengighet”, medførte at jeg distanserte han fra meg. Det må innrømmes at jeg da stigmatiserte Geir.

I det første møtet blir man tildelt roller; «pasient» og «sykepleier» (Travelbee, 1999, s. 187). Rollene bærer mange forventninger. Pasientens atferd, holdninger og diagnostiske data påvirker sykepleierens vurdering om hvor stor grad pasienten klarer å oppfylle pasientrollekriteriene (Michaelsen, 2010, s. 145–148). Disse kriteriene kan være hvor godt en klarer å underlegge seg avdelingens normer og regler. I møte med Geir så jeg at Geir ikke klarte å overholde mine ideer om at man skal interessere seg for sin situasjon, og være motivert til å bli frisk. Mine forventninger om pasientens rolle kan medføre redusert verdighet hos Geir, fordi kriteriene jeg tillegger kan true friheten hans om å ta egne valg og kontrollere sitt eget liv (3.3, Lin mfl., 2013, s. 172).

Ifølge Travelbee (1999, s.174) må rollen brytes ned for å kunne se mennesket som et unikt individ. Ellers blir det kun en interaksjon mellom en sykepleier og en pasient, der personlig involvering ikke forekommer. Min erfaring er at den klassiske «pasientrollen» er umulig å eliminere i praksis. Det at man er underordnet sykepleieren vil i noen tilfeller gi det nødvendige handlingsrom for å yte rett behandling til rett tid, spesielt når pasienten ikke forstår sitt eget beste. Rettigheter og trygghet som pasientrollen gir, kan nøytralisere noe av den stigmatiseringen og reduserte verdigheten den kan påføre pasienten. En god strategi er å nedtone rollen noe, slik at individet kan komme mer til syne. Sykepleieren er da ansvarlig for

å styrke verdigheten så godt en kan i de tilfeller rollen som pasient medfører redusert verdighet (Graubæk & Hall, 2010, s. 68–69; 3.3, Lin mfl., 2013, s. 172).

Sykepleierens væremåte påvirker pasientens inntrykk (Alvsvåg, 1997, s. 34–35). Dersom relasjonen innebærer forsømmelse og negative holdninger kan pasientens tro på seg selv reduseres, noe som påvirker verdighet og tilfriskningen (3.3, Lin mfl., 2013; 3.1, van Boekel mfl., 2013, s. 32). Negative holdninger mot pasienter med rusmiddelavhengighet, kan øke pasientens opplevelse av stigmatisering og gi økt behov for anerkjennelse (3.1, van Boekel mfl., 2013, s. 32). Dersom sykepleierens væren imidlertid uttrykker omsorg, tillit og trygghet, kan opplevelsen av relasjonen medføre håp, helse, utvikling og verdighet. Da jeg distanserte Geir fra meg selv, kjente jeg på trangen til å trekke meg vekk, noe som Geir kan ha oppfattet, og fått en bekreftelse på at han blir stigmatisert. Jeg ser nå at jeg trengte mer kunnskap om hvordan min forforståelse, mine observasjoner og tanker om rolletildeling påvirker relasjonen, og at de må bevisstgjøres for å fremme verdighet (Figur 2, s. 25). Denne bevisstgjørelsen er grunnlaget og en “stepping stone” til neste fase.

6.2 Fremvekst av identiteter

Når min veileder prøvde å advare Geir om at blodverdiene hans var faretruende høye, smilte Geir, kom med et lite fnys, og sa “Det er lavt nok til at jeg lever enda”. Jeg merket at jeg reagerte voldsomt på hans likegyldighet. “Hva slags menneske er dette, som ikke tar på alvor faresignaler om forverring av sin egen helse? Selvfølgelig skal man jo det, det er viktig!”

I denne overgangsfasen, mellom førsteinntrykket og å bli kjent med pasienten, starter man sakte å anerkjenne at det finnes likheter og forskjeller mellom personene (Travelbee, 1999, s. 189). I starten på min erkjennelsesreise i arbeidet med denne oppgaven, tenkte jeg at sosiale grupperinger må bort (4.3 s. 22). Men en sykepleier og en pasient med rusmiddelavhengighet er grunnleggende forskjellige. Den sosiale arven legger så sterke føringer for hvordan vi formes at de to uansett ikke kommer likt ut i møte med verden rundt. Sosial gruppering er trolig et resultat av menneskets iboende behov for å kategorisere og skape systemer for å forholde oss til verden (Aadland, 2014, s. 191). Våre grunnleggende forskjeller samt behovet for systematisering, gjør at en mulighet til stigmatisering alltid er tilstede. Behovet for systematisering kan i tillegg medføre at personen med rusmiddelavhengighet selv tildeler seg rollen som «den med rusmiddelavhengighet». Dermed gir det en ytterligere tilgang for oss andre å stigmatisere (Becker, 2005, s. 24). En løsning kan være å erkjenne at disse gruppene eksisterer. Erkjennelsen kan medføre at en ikke bruker krefter på umuligheten om å fjerne de

sosialt konstruerte gruppene, men heller på å orientere seg om de ulike urettferdighetene som forekommer. Det kan medføre at tilhørighet i en lavere sosiale gruppe ikke trenger å medføre redusert verdighet.

Én urettferdighet kan være hvordan menneskene omtales i det daglige av andre. En verdighetsfremmende strategi her er at mennesker tilhørende de høyere sosiale klassene (her: sykepleieren) bevisstgjøres hvordan adressering av pasienten påvirker evnen til å fremme pasientens unike identitet. «Rusavhengige» og «misbruker» er diffuse definisjoner som er sosialt og kulturelt konstruert. Når en sykepleier bruker begrepene slik, knyttes rusmiddelbruken til noe en *er*, og denne identiteten er negativt ladd. Rusmiddelbruk knyttet til identitet kan fjerne individualitet og risikere stigmatisering (4.3, s. 22). Dette er et steg videre fra hvordan en sykepleier velger å se rusavhengighet som sykdom eller livsstilvalg, her trer man dette ut i kraft. Studien om Mr. Williams (3.4, Kelly & Westerhoff, 2010) viser at språket er et redskap som bevisst eller ubevisst kan redusere pasientens individualitet. Til og med blant høyt utdannede psykiatere, som arbeider med rusavhengighet, ble det funnet at det fremmer mulighet for dømming og stigmatisering dersom man klassifiserte pasienten etter identitet (3.4, Kelly & Westerhoff, 2010, s. 205). Å unngå bruk av definisjoner som knyttes til identiteten til pasienten kan fremme verdighet.

Sykepleieren kan ha et manglende ønske om å se den andre som individuell, fordi den andres individualitet kan føles truende og dermed vekke angst. (Travelbee, 1999, s. 189-190). Dette opplevde jeg med Geir. *“Jeg merket at jeg reagerte voldsomt på hans likegyldighet. “Hva slags menneske er dette, som ikke tar på alvor faresignaler om forverring av sin egen helse? Selvfølgelig skal man jo det, det er viktig!”* Jeg sammenlignet Geirs verdier med min egne og så at disse ikke stemte overens, noe som skremte meg. Helse er en sykepleiers verdi, men ikke nødvendigvis en pasient sin. Som sykepleiere har man en forforståelse basert på yrkesutdannelsen, og som brukes i fortolkning av en situasjon (Alvsvåg, 1997, s. 27-29). Vi er lært i hva som er god helse og glemmer å lytte til pasienten (Ness, 2016, s. 67–69). For å finne hva som er verdifullt for pasienten, er utvikling av empati en strategi til å redusere stigmatisering.

6.3 Empati

Denne pasienten var så ulik meg, at jeg ikke ante hvordan jeg skulle møte han. Dette hindret meg deretter i å få fatt på hva mer jeg kunne gjøre for pasienten enn å utføre kun det jeg var blitt satt til å gjøre, og skapte egne unnskyldninger i hodet om hvor viktig det var å komme videre til neste pasient; en snill, eldre dame.

For å få til empatisk handling trengs moralsk kompetanse, der man er oppmerksom på hvilke verdier som står på spill for pasienten i den aktuelle situasjonen (Lillemoen, 2013, s. 49).

Målet med empati er å forstå hva som er viktig pasientens liv. Å være oppmerksom på pasientens behov og problemer, kan gjøre det vanskeligere å ha stigmatiserende holdninger. Det finnes elementer som truer vår evne til empati og dermed hindrer sykepleieren i å nå målet. Et element er at man har et ønske om å være “flink” til å gjette førsteinntrykk, og blir opphengt i å bekrefte sine negative fordommer. Dermed kan man opptre overfor pasienten på en måte som fremkaller atferd som stemmer med den negative forforståelsen, og alt blir en selvoppfyllende profeti (Travelbee, 1999, s. 186–188). Da lukker man øynene for pasientens behov, og man skaper en ny forståelse som bidrar til økt stigmatisering, og reduserer verdigheten (Figur 2, s. 25). Dette gir ikke pasienten sjanse til å vise sin individualitet og påvirke sykepleierens holdninger til fremming av verdighet.

Dersom en sykepleier opptre fordømmende og i tråd med sine negative fordommer, kan pasienten kan reagere med sinne, fordi de opplever at de må forsvare seg selv og sin verdighet (Bartlett mfl., 2013, s. 351). Aggressiv utagering kan særlig skje hos disse pasientene fordi rusmiddelavhengigheten kan ha påvirket hjernen til redusert mestring av stress og oppførsel (National Institute on Drug Abuse, 2016). Redsel for utagering er en frykt sykepleiere allerede har i møte med denne pasientgruppen (3.2, Neville & Roan, 2014 s. 342).

Utageringen, samt frykten for den, kan være et hinder for utvikling av empati.

Det er interessant at Travelbee beskriver likhet som en forutsetning for empati (Travelbee, 1999, s.195). [*Denne pasienten var så ulik meg, at jeg ikke ante hvordan jeg skulle møte han.*]

Geir og jeg var så forskjellige, så det var ikke lett å være motivert til å se forbi hans ytre atferd og oppleve hans indre i det gitte øyeblikket. Ulikheter virker distanserende, og distanseringen kan medføre dårlige holdninger. For meg medførte det at jeg ønsket å kun utføre de oppgavene jeg var satt til å gjøre. Når helsearbeidere unngår helhetlig omsorg, vil det påvirke relasjonen mellom pasienten og pleieren (3.1, van Boekel mfl., 2013, s. 33). Jeg ville heller besøke pasienten på neste rom, den søte gamle damen, fordi jeg kunne gjenkjenne hennes “rolle” i mitt liv og min sosiale klasse, som gjorde det lettere å vise empati.

Travelbee (1999, s. 195) mener man kan utvide sitt empatiske område, slik at man er i stand til å føle empati overfor flere ulike persontyper. Det kan være en forklaring til at erfarne sykepleiere har mer positive holdninger overfor pasientene, fordi erfaring synes å være nødvendig for å utvide sitt empatiske område. Erfarne og ikke-erfarne sykepleiere kan ha likhetstrekk med “erfarne” og “ikke-erfarne” avdelinger med pasienter med

rusmiddelavhengighet. For somatiske avdelinger stigmatiserer pasienter (3.2, Neville & Roan, 2014), mens det er vist en mindre stigmatisering på avdelinger som arbeider med rus (3.1, van Boekel mfl., 2013, s. 33). Årsaken kan være den samme; erfaring med pasienter med rusmiddelavhengighet gir et større empatisk område som innbefatter dem. Man har lagt seg en større forståelse fordi man har møtt flere mennesker i denne situasjonen, som er blitt til en forforståelse man tar med seg i møte med nye (Figur 2, s. 25).

En viktig strategi for empatiutviklingen er å bruke tid og skape tillit (Goffman, 2009, s. 69–70; Lillemoen, 2013, s. 50). Imidlertid vil det store fokuset på effektivitet ved somatiske avdelinger vil kunne gi for lite spillerom for utvikling av tillit. Sykepleiere kan ha så mye å gjøre, at tillitsskaping må utsettes. Dette til tross for at sykepleieren vet at tillit er nødvendig for å ivareta verdighet (3.3, Lin mfl., 2013, s. 174). Tiden kan være noe som må arbeides med på det administrative plan, slik at sykepleieren har mulighet til å etablere empati.

En god strategi for etablering av tillit og, er å være ærlig og tydelig på hvem en selv er (Frost, u.å.). Dette gir pasienten en større innsikt i sykepleieren som individ. Ærligheten omfatter blant annet å kunne uttrykke sin usikkerhet med pasienten. Denne strategien kan utfordre egne stigmatiserende fordommer, og gi økt verdighet (Figur 2, s. 25). Kunnskapen som pasienten kan lære sykepleieren, kan brukes hermeneutisk til å ta videre i en forståelse, som brukes i møte med andre fra lignende sosiale grupper. Når den med rusmiddelavhengighet opplever at noen oppriktig interesserer seg for sitt liv, kan verdighet oppleves.

6.4 Sympati og medfølelse

Frukten av empati er utvikling av sympati og medfølelse, som er drivkraften til å aktivere konkrete direkte eller indirekte tiltak inn mot pasientene. Her utvises respekt for pasienten, noe som øker verdigheten. Direkte tiltak som å involvere pasienten i sin egen behandling, respektere pasientens valg, kommunisere om pasientens tilstand ut i fra de behovene han har og ivaretaelse av taushetsplikten, vil være i tråd med autonomiprinsippet og øke verdigheten (Beauchamp & Childress, 2013, s. 106–107; 3.3, Lin mfl., 2013, s. 172; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1, § 3-2, § 3-5, § 3-6).

Når pasienten opplever respons på behovene som ble synliggjort i empatifasen, opprettholdes tilliten mellom pasient og pleier. Travelbee (1999, s. 209) mener at tillit er et resultat av sympati og medfølelse, men jeg mener at tilliten må etableres før, i empati-fasen. Dette er fordi svært få mennesker slipper noen inn i sitt psykiske bakteppe uten en tillit om at den andre ikke vil misbruke det. Jeg vil heller uttrykke at tilliten må *oppretholdes* i sympati-

fasen. Tillit vises i handlinger, eller kommunikasjon om hvorfor en handling ikke lar seg utføre (Travelbee, 1999, s. 210).

Indirekte tiltak kan være å påvirke atmosfæren på avdelingen og å utvikle prosedyrer som adresserer pasientens behov (3.3, Lin mfl., 2013, s. 172-173). Å stille opp for pasienten i ulike situasjoner i avdelingen, er en annen indirekte måte å bevare pasientens verdighet. I denne fasen kan stigmatisering snike seg inn via nedlatende holdninger av andre kolleger på avdelingen, som f.eks. avhumanisering ved ydmykende tiltale eller umyndiggjøring av pasienten (Travelbee, 1999, s. 205). Dette kan vedlikeholde stigmatiseringen, redusere verdigheten og føre til dårligere somatisk pleie av pasienten. Det kan diskuteres om i hvor stor grad man tør å stille opp mot majoritetens mening i avdelingen. Likevel er det en vinning ved å gjøre det; det personlige engasjementet som vises i å stå opp for pasienten, kan påvirke den forståelsen sykepleieren utvikler, og den forforståelsen sykepleieren vil møte neste pasient med rusmiddelavhengighet med. Man kan bli mer årvåken på hyppigheten av stigmatiserende tilfeller, som kan føre til at man oftere stiller opp for pasientgruppen. Det er vist at verdighet styrkes ved å påvirke atmosfæren på avdelingen (3.3, Lin mfl., 2013, s. 172). Derimot får det få eller ingen konsekvenser for pleieren å ikke stille opp for pasienten på denne måten, ei heller for relasjonen og det å utvikle sympati.

Et annet problem er å tingliggjøre sympati, som er å utøve tiltak uten empatisk forankring. Dette kan forekomme fordi vi som sykepleiere opplever et ansvar for å vise medfølelse (3.2, Neville & Roan, 2014 s. 342). I lys av momenter drøftet i de foregående faser, kan det tenkes at manglende erfaring, dårlig tid eller for stor ulikhet mellom pasient og pleier er årsaker. Sykepleieren har et profesjonelt ansvar for egne handlinger (Norsk sykepleierforbund, 2016), og dersom sykepleieren oppriktig vil hjelpe, kan det tenkes at tingliggjøringen bør reduseres. Da opprettholdes prinsippet om å gjøre vel (Beauchamp & Childress, 2013, s. 202-204) og å utøve helhetlig pleie (International Council of Nurses, 2012; Norsk sykepleierforbund, 2016).

6.5 Gjensidig forståelse og kontakt

Resultatet etter å ha gått gjennom de ovenstående faser er gjensidig forståelse og kontakt, og det er her menneske-til-menneske-forholdet fremstår. Travelbee (1999, s. 211) (Figur 3, s. 27). Dette forholdet er bygget på gjensidig tillit, og tilliten kan bli til trygghet (Travelbee, 1999, s. 213, 215). Selv om trygghet er idealet, bør vi være meget tålmodig med denne pasientgruppen, for tillit er et gode de ikke har i sin hverdag. Derfor kan jeg ikke si at *alle* vi møter fra denne pasientgruppen ønsker å komme så langt som til dette resultatet, og det kan skje at dette målet kan virke uoppnåelig.

Et sentralt ord i resultatet er at kontakten er *gjensidig*. Det vil si at begge ses som individer, der den andres personlighet oppleves slik den vises i følelser, erfaringer og opplevelser, og ikke grupperinger, kategoriseringer og sosial status. Dette innebærer også at pasienten ser sykepleieren som individ. Det at pasientens behov blir dekket er selvsagt gjennom fasene, men det er ikke selvsagt at også sykepleierens behov skal dekkes i relasjonen. Pasienten kan møte sykepleieren på behov; for eksempel å ønske samhandling om tilfriskning, slik jeg ønsket at Geir skulle se at blodverdiene var viktig.

Etter å ha arbeidet med denne oppgaven, tenker jeg at god sykepleie kan utøves mot pasienten uten at sykepleierens behov dekkes, altså uten en *gjensidig* forståelse og kontakt. Imidlertid ser jeg at gjensidigheten vil være en hjelp til å opprettholde forståelse og kontakt over tid og kan gjøre det lettere å opprettholde motivasjonen til å ha kontakt med pasienten. Derimot er det ikke sikkert denne pasientgruppen klarer, eller ønsker, å gi gjensidig kontakt, særlig dersom pasienten kategoriserer og distanserer seg selv fra sykepleieren. Dette vil problematisere reisen gjennom de fire fasene til Travelbee og true gjensidigheten av forståelse og kontakt i relasjonen. Begge parter synes derfor å måtte være interessert i å nå målet om gjensidig forståelse og kontakt, ellers blir det svært vanskelig, hvis ikke umulig.

Etter at dette målet er oppnådd, tror jeg at målet vedlikeholdes ved kontinuerlig arbeid med de foregående fasene; at man arbeider for å utøve empati og å finne tiltak som kan lindre pasientens problemer ut i fra kunnskapen pasienten formidler. Samtidig må man også arbeide med sin forståelse, slik at den ikke blir til hinder for en helhetlig sykepleie og for å lære hva som er verdighet for pasienten. Å se noen som et unikt individ kan sykepleier tilstrebe for å behandle alle sine pasienter rettferdig. Da opparbeides en verdibasert praksis der hovedmotivasjonen for sykepleieutøvelse er anerkjennelse for pasientens verdighet (Graubæk & Hall, 2010, s. 69).

7 Avslutning

Å reise oppgavens problemstilling er viktig fordi alle skal føle tilhørighet når de blir innlagt på sykehus. Ingen skal måtte unngå helsehjelp i redsel for å bli stigmatisert. Sykehuset som instans skal derfor formidle nøytrale verdier, og sykepleiere er sykehusets representanter. Pasienter med rusmiddelavhengighet er en sårbar gruppe mennesker som blir stigmatisert i media og på andre områder i samfunnet. Sykepleiere har et særskilt ansvar for å aktivt møte sårbare grupper med de behov de har. Kunnskap om mennesket både på individnivå (i møter med den enkelte pasient) og det kulturelle nivå vil være nødvendig for å stille opp for dem når ingen andre gjør det. Kunnskapen kan også bidra til kunnskap om hvordan man også kan møte andre sårbare grupper i samfunnet.

Å bruke en sykepleieteoretikers teori som ramme for utøvelsen av sykepleie viser seg å være god hjelp i sykepleiepraksis. Fasene i teorien hennes gir en strukturert og konkret fremgangsmåte i tilnærming til å møte en pasient med verdighet ved å se den som et unikt individ. Å se noen som et unikt individ er en tilstrebbelse sykepleiere bør gjøre for alle pasienter, for å behandle alle rettferdig. Dette medfører en verdibasert praksis der anerkjennelse for pasientens verdighet er drivkraften.

Jeg tror det er grunnlag for å reise dette temaet i flere primære studier. Få studier omhandler konsekvenser av sykepleierens negative holdninger mot denne pasientgruppen. I et potensielt videre prosjekt, ville jeg utført kvalitative undersøkelser om konsekvensene av sykepleierens holdninger, og denne pasientgruppens møte med somatikken. Videre arbeid kunne vært kvantitative undersøkelser for å danne et bilde av hvor utbredt problemet faktisk er. Deretter kan det forskes på hvilke intervensjoner som er effektive, som igjen kan tas inn i undervisningen av fremtidige sykepleiere.

8 Konklusjon

Stigmatisering av pasienter med rusmiddelavhengighet forekommer på somatiske avdelinger og synes å utfordre pasient-sykepleie-relasjonen. En begrenset mengde litteratur adresserer hvilke konsekvenser sykepleieres negative holdninger har for pasientene med rusmiddelavhengighet. Likevel kan det vurderes at en sykepleiers forforståelse preget av negative fordommer og holdninger kan medføre stigmatisering og redusert verdighet hos pasientene. Denne verdinedskrivningen kan medføre dårligere pleie og omsorg av pasienter med rusmiddelavhengighet i somatiske sykehusavdelinger. Gjennom Travelbees fire-trinns teori identifiseres strategier som kan redusere denne stigmatiseringen og utruste sykepleieren til å møte en pasient med verdighet på en somatisk avdeling. Allerede før sykepleieren møter pasienten, vil den viktigste strategien være å påvirke forforståelsen, slik at man er forberedt til å møte pasienten med en god holdning. Dette kan gjøres med ny kunnskap, bevissthet om egne stigmatiserende fordommer gitt av kulturen, vårt syn på rusavhengighet som valgt livsstil eller sykdom, samt erfaringer vi har gjort oss tidligere. Andre strategier forekommer i møtet med pasienten. De er avvisning av fordommer, være bevisst egne holdninger, se pasienten som individ, bevisst språkbruk, ærlighet og gjensidighet. Det er viktig å etablere tillit for å etablere en trygg relasjon. Til dette trengs tid, noe som kan være en utfordring for sykepleiere i en travel hverdag på somatisk avdeling. Økes verdigheten i pasient-sykepleie relasjonen, vil pasienten oppleve å bli sett og kjenne på tilhørighet. Det er den beste forsikring for adekvat somatisk pleie til pasienter med rusmiddelavhengighet.

9 Referanser

- Aadland, E. (2011). «Og eg ser på deg-»: vitenskapsteori i helse- og sosialfag (3. utg.). Oslo: Universitetsforlag.
- Alvsvåg, H. (1997). *Sykepleie - mellom vitenskap og pasient*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Anton, R. (2010). Substance abuse is a disease of the human brain: focus on alcohol. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 38(4), 735–744. <https://doi.org/10.1111/j.1748-720X.2010.00527.x>
- Bartlett, R., Brown, L., Shattell, M., Wright, T., & Lewallen, L. (2013). Harm Reduction: Compassionate Care Of Persons with Addictions. *MEDSURG Nursing*, 22(6), 349–358. Hentet fra <http://ezproxy.vid.no/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=104134014&site=ehost-live> [Funnet i Cinahl]
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2013). *Principles of biomedical ethics* (7. utg.). New York: Oxford University Press.
- Becker, H. S. (2005). *Outsidere: studier i afvigelsessociologi*. København: Hans Reitzel forlag.
- Direktoratet for E-helse. (2018). *Kodeverket ICD-10 (og ICD-11)*. Hentet 29. januar 2018, fra <https://ehelse.no/standarder-kodeverk-og-referanse katalog/helsefaglige-kodeverk/kodeverket-icd-10-og-icd-11> [ICD 10 2018 (PDF)]
- Ege, P. (2004). *Stofmisbrug og afhængighed: hos unge og voksne*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Eriksson, K. (1995). *Det lidende menneske*. Oslo: TANO forlag. Hentet fra http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2008030700113
- Flesland, L. (2010). Trenger kunnskap om rusmidler. *Sykepleien*, 98(5), 56–58. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2010.0037>
- FN. (1948). *FNs verdenserklæring om menneskerettigheter*. Hentet 25. januar 2018, fra <https://www.fn.no/Om-FN/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-verdenserklæring-om-menneskerettigheter>
- Folkehelseinstituttet. (2014). *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler*. Hentet 10. mars 2018, fra <http://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler/>

- Frost, T. (u.å.). *Respekt for menneskeverdet - Hva mener vi med det?* Hentet 8. februar 2018, fra http://www.aktive-fredsreiser.no/biblioteket/fredsarbeid/respekt_menneskeverd.htm
- Gilchrist, G., Moskalewicz, J., Slezakova, S., Okruhlica, L., Torrens, M., Vajd, R., & Baldacchino, A. (2011). Staff regard towards working with substance users: a European multi-centre study. *Addiction, 106*(6), 1114–1125. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03407.x>
- Global dignity. (u.å.). *Om verdighet*. Hentet 29. januar 2018, fra <http://www.globaldignity.no/om-verdighet/>
- Goffman, E. (2009). *Stigma: om afvigerens sociale identitet* (2. udg.). Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Graubæk, A.-M., & Hall, E. O. C. (2010). Pasientologi - fra fortelling til grunnleggende verdier. I A.-M. Graubæk (Red.), *Å være pasient: en innføring i pasientologi* (s. 51–69). Oslo: Akribe.
- Helsedirektoratet. (u.å.). *Stigmatisering*. Hentet 2. mars 2018, fra <http://www.forebygging.no/Ordbok/Q-A/Stigmatisering/>
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser*. Hentet 28. januar 2018, fra <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/rop/forside>
- Holgersen, S.-E., Fink-Jensen, K., & Rønholt, H. (2003). Hermeneutikk som metode. I A. M. Nielsen (Red.), *Video i pædagogisk forskning: krop og udtryk i bevægelse*. København: Hovedland.
- International Council of Nurses. (2012). *Code of Ethics for Nurses*. Hentet 12. februar 2018, fra <http://www.icn.ch/who-we-are/code-of-ethics-for-nurses/>
- Kanestrøm, J. (2013). *Rusmisbrukere sorteres bort*. Hentet 7. mars 2018, fra <https://forskning.no/alkohol-og-narkotika-menneskerettigheter-velferdsstat/2013/03/rusmisbrukere-sorteres-bort>
- Kelly, J. F., & Westerhoff, C. M. (2010). Does it matter how we refer to individuals with substance-related conditions? A randomized study of two commonly used terms. *International Journal of Drug Policy, 21*(3), 202–207. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2009.10.010>
- Lillemoen, L. (2013). Verdier og verdispørsmål i sykepleie. I E. Skærbæk & L. Lillemoen (Red.), *Verdi og verdighet: etikk i praksis* (s. 39–57). Oslo: Cappelen Damm akademisk.

- Lin, Y.-P., Watson, R., & Tsai, Y.-F. (2013). Dignity in care in the clinical setting: A narrative review. *Nursing Ethics*, 20(2), 168–177.
<https://doi.org/10.1177/0969733012458609>
- Malt, U. (2017). stigmatisering. I G. H. Lem (Red.), *Store norske leksikon*. Hentet fra <http://snl.no/stigmatisering>
- Michaelsen, J. J. (2010). Vanskelige pasienter og sykepleiere. I A.-M. Graubæk (Red.), *Å være pasient: en innføring i pasientologi* (s. 141–159). Oslo: Akribe.
- National Institute on Drug Abuse. (2016). *Understanding Drug Use and Addiction*. Hentet 9. februar 2018, fra <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/understanding-drug-use-addiction>
- Ness, O. (2016). De små ting - om relasjonell etikk og samarbeid i psykisk helse- og rusarbeid. I B. Karlsson (Red.), *Det går for sakte: i arbeidet med psykisk helse og rus* (s. 58–71). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Neville, K., & Roan, N. (2014). Challenges in Nursing Practice: Nurses' Perceptions in Caring for Hospitalized Medical-Surgical Patients With Substance Abuse/Dependence. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 44(6), 339–346.
<https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000079>
- Norsk sykepleierforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 30. januar 2018, fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2 juli 1999 nr. 63. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Simonnes, K. (2011). *Bør rusavhengige behandles som syke?* Hentet 5. februar 2018, fra <https://forskning.no/etikk-filosofiske-fag/2011/12/bor-rusavhengige-behandles-som-syke>
- Skærbæk, E., & Lillemoen, L. (2013). *Verdi og verdighet: etikk i praksis*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Sletnes, K. B. (2017). forståelse. I G. H. Lem (Red.), *Store norske leksikon*. Hentet fra <http://snl.no/forst%C3%A5else>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 2 juli 1999 nr. 61. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Teigen, K. H. (2016). holdning. I G. H. Lem (Red.), *Store norske leksikon*. Hentet fra <http://snl.no/holdning>
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforl.

- Thisted, J. (2010). *Forskningsmetode i praksis: projektorienteret videnskapsteori og forskningsmetodik*. København: Munksgaard.
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis: innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thommesen, H. (2008). *Hverdagsliv, selvforståelse og dobbeltdiagnose: om mennesker med uvanlige erfaringer* (Doktorgradsavhandling). Høgskolen i Bodø, Bodø.
- Tranøy, K. E. (2014). Metode. I *Store norske leksikon*. Hentet fra <http://snl.no/metode>
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlag.
- van Boekel, L. C., Brouwers, E. P. M., van Weeghel, J., & 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), 23–35. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018>