

Barrierer til personsentrert og helhetlig sykepleie

Kandidatnummer: 361
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i Sykepleie

Antall ord: 8582
Dato: 12.04.21



Lovisenberg
diakonale høgskole

*«Folk sier vel i herredet, at Jeppe drikker,
men de sier ikke, hvorfor Jeppe drikker ...»*

Ludvig Holberg, 1722

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høyskole Dato: 12.04.21
Tittel: Barrierer til personsentrert og helhetlig sykepleie	
<p><u>Problemstilling:</u> Hvilke barrierer kan utfordre en personsentrert og helhetlig sykepleie i møte med pasienter med alkoholisk levercirrhose?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> Oppgavens teoretiske kunnskapsgrunnlag tar utgangspunkt i faglitteratur omhandlende alkoholisk levercirrhose, helsehjelp til pasienter med ruslidelser og personsentrert og helhetlig sykepleie, samt Joyce Travelbees sykepleieteori. Videre anvendes litteratur om de relevante sykepleiefaglige rammene, herunder helsepolitiske føringer, yrkesetikk, lovverk og funksjonsområde.</p> <p><u>Metode:</u> Bacheloroppgaven er en litterær oppgave hvor litteratursøk er benyttet som metode. Det benyttes relevant fag- og forskningslitteratur i forsøket på å besvare problemstillingen. Systematiske litteratursøk ble gjort i CINHAL og PubMed og de fire inkluderte forskningsartiklene presenteres i en artikkelmatrise.</p> <p><u>Diskusjon:</u> Travelbees fire faser i menneske-til-menneske-forholdet benyttes som rammeverk for kapitlet. De fire fasene forsøkes å settes opp mot relevante funn fra forskningslitteraturen og fagkunnskapen. Det forsøkes å tydeliggjøre artiklenes funn som barrierer til en personsentrert og helhetlig sykepleieutøvelse.</p> <p><u>Oppsummering/Konklusjon:</u> Det finnes flere barrierer til en personsentrert og helhetlig sykepleie og i denne oppgaven er det spesielt sett nærmere på stigmatiserende og negative holdninger, manglende engasjement, interesse og kunnskap, samt kontekstuelle faktorer. Det problematiseres å fastholde ved et førsteinntrykk på bakgrunn av negative og forutinntatte holdninger og det å være ubevisst sine holdninger som sykepleier. Deretter legges det frem at negative og stigmatiserende holdninger kan kompromittere pasientens autonomi og medbestemmelse, i tillegg til at sykepleier må bryte med stereotyper og kategorier ovenfor pasientene. Det trekkes også fram manglende engasjement, interesse og empati som barrierer. Ved å bryte barrierene kan sykepleier oppnå det Travelbee kaller gjensidig kontakt og forståelse, som kan ansees som et uttrykk for en personsentrert og helhetlig sykepleie.</p>	

(Totalt antall ord:259)

1 Innholdsfortegnelse

1	INNLEDNING	1
1.1	BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.....	1
1.2	SYKEPLEIEFAGLIG RELEVANS.....	2
1.3	PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING	3
1.3.1	<i>Avgrensning og presisering av problemstilling</i>	3
1.4	BEGREPSAVKLARING.....	4
2	TEORETISK KUNNSKAPSGRUNNLAG	5
2.1	DIAGNOSEN ALKOHOLISK LEVERCIRRHOSE.....	5
2.2	HELSEHJELP TIL PASIENTER MED RUSLIDELSE OG HELSEPOLITISKE FØRINGER	5
2.3	YRKESETISKE RETNINGSLINJER OG JURIDISKE FØRINGER	6
2.4	PERSONSENTRERT OG HELHETLIG SYKEPLEIE.....	7
2.5	JOYCE TRAVELBEES SYKEPLEIETEORI	7
2.5.1	<i>Det innledende møtet</i>	8
2.5.2	<i>Fremvekst av identiteter</i>	8
2.5.3	<i>Empati</i>	9
2.5.4	<i>Sympati og medfølelse</i>	9
2.5.5	<i>Gjensidig forståelse og kontakt</i>	9
3	METODE	10
3.1	LITTERATURSØK.....	10
3.1.1	<i>Litteratursøkets søkehistorikk</i>	11
3.2	UTVALGT FORSKNINGSLITTERATUR	12
3.2.1	<i>Inklusjons- og eksklusjonskriterier</i>	12
3.3	ANNEN RELEVANT FAGLITTERATUR	13
3.4	KILDEKRITIKK.....	13
3.5	ETISKE VURDERINGER	14
4	FORSKNINGSRESULTATER	15
4.1	ARTIKKELMATRISE.....	15
5	DISKUSJON: HVILKE BARRIERER KAN UTFORDRE EN PERSONSENTRERT OG HELHETLIG SYKEPLEIE I MØTE MED PASIENTER MED ALKOHOLISK LEVERCIRRHOSE?	17
5.1	DET INNLEDENDE MØTET	17
5.2	FREMVEKST AV IDENTITETER	20
5.3	EMPATI.....	21
5.4	SYMPATI OG MEDFØLELSE.....	24
5.5	GJENSIDIG FORSTÅELSE OG KONTAKT	26
6	OPPSUMMERING	27
7	REFERANSELISTE	28
8	VEDLEGG	31

1 Innledning

Alkohol har lang historie i verden og bruken av rusmidlet kan variere fra ulike deler av verden. Mens det i landene rundt Middelhavet benyttes som en måltidsdrikk, betraktes det derimot i Nord-Europa som en fylledrikk (Fekjær, 2016, s. 25). I industrialiserte land er alkohol en av de viktigste risikofaktorene for sykdom og tidlig død, og den viktigste risikofaktoren for tap av friske leveår i Norge (World Health Organization i Helsedirektoratet, 2012b, s. 103). Det anslås at 17% av befolkningen i Norge har et risikofyllt alkoholforbruk, og ca. 10 000 personer legges inn med behandlingskrevende alkoholproblem som hovedtilstand (Skoglund & Biong, 2018, s. 178). Et risikofyllt alkoholforbruk kan medføre flere sykdommer, deriblant alkoholisk levercirrhose. Statistisk Sentralbyrå anslår ca. 450 av i overkant av 40 000 årlige dødsfall som følge av levercirrhose. Det antas et alkoholoverforbruk er årsaken i mer enn halvparten av tilfellene. (Paulsen, 2016, s. 289; Statistisk Sentralbyrå, 2021; Stubberud & Almås, 2016, s. 507; World Health Organization, u.å.).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Opgavens forfatter har erfaringer fra en sykehusavdeling som behandler pasienter med alkoholisk levercirrhose, noe som var inspirasjon til valg av oppgavens tema. Det var ønskelig å søke mer informasjon om sykdommen i tillegg til å øke eget faglig kompetansenivå og reflektere omkring sykepleieutøvelsen. Egne erfaringer tilsier at pasientgruppen i stor grad får likeverdig behandling og at de aller fleste sykepleiere behandler pasientene på lik linje som de ville gjort med andre pasientgrupper. Likevel forekommer det, i få tilfeller, at sykepleiere har snakket med negativt fortegn eksempelvis om hvordan sykdommen i stor grad er selvforskyldt. Enkelte ganger har oppgavens forfatter selv tatt seg i å ha forutinntatte holdninger på bakgrunn av pasientens selv påførte sykdom, og dermed er det ønskelig å stille spørsmål ved hvorfor dette forekommer. Videre er det ett ønske om å bidra til å øke fokuset rundt diagnosen da det i bachelor-arbeidets begynnelse opplevdes vanskelig å finne informasjon rundt temaet alkoholisk levercirrhose i media, debatter eller lignende. Samtidig tydet egne erfaringer og tidlig artikkelsøk på at det fantes barrierer som utfordret sykepleieutøvelsen. Egne erfaringer tilsier at det er en generell oppfatning at pasienter med ruslidelse er annerledes enn andre, og at det er malt et uheldig bilde av en gruppe mennesker med svært komplekse og sammensatte utfordringer. Videre opplever oppgavens forfatter et skille i samfunnet hvor mennesker med ruslidelser blir sett på som en egen gruppe og som

ofte stigmatiseres. Derfor vil det være naturlig å tenke at det kan finnes slike holdninger også blant sykepleiere som utøver helsehjelp til pasientgruppen.

1.2 Sykepleiefaglig relevans

I dagens samfunn er det stor enighet om at større mengder alkohol har negativ virkning på menneskers helse. Likevel er det mange personer som sliter med et alkoholoverforbruk og sykepleiere møter personene når de trenger behandling av direkte eller indirekte alkoholrelatert sykdom (Folkehelseinstituttet, 2016). I møte med pasienter med alkoholisk levercirrhose kan sykepleiers holdninger bli utfordret på bakgrunn av personlige tanker og følelser, noe som kan tenkes å ha innvirkning på sykepleieutøvelsen.

Temaet er først og fremst relevant for sykepleiere som jobber ved medisinske sengeposter hvor pasientgruppen vanligvis blir behandlet, men vil også være relevant for sykepleiere ved andre avdelinger og instanser. Dette fordi pasientene, erfaringsmessig, kan være i dårlig forfatning ved innleggelse og må derfor ofte gjennom flere ledd før ankomst ved den medisinske sengeposten, eksempelvis ambulanse og akuttmottak. I tillegg finnes det i dag mange tilstander og sykdommer som tradisjonelt medfører stigma som oppgavens tematikk vil kunne relateres til. Dermed vil også oppgavens tematikk være relevant for sykepleiere innenfor andre fagfelt. Det vil være relevant for samtlige å reflektere omkring egen sykepleieutøvelse og stille seg kritisk til hvordan man som sykepleier møter pasienter av ulike karakterer.

På bakgrunn av valg av tema og den sykepleiefaglige relevansen kan en stille spørsmål vedrørende stigmatisering og negative holdninger av pasientgruppen. Oppgavens formål er å undersøke hvordan holdningene kan føre med seg barrierer som utfordrer «gullstandarden» av pleie, nemlig den personsentrerte og helhetlig sykepleien.

1.3 Presentasjon av problemstilling

På bakgrunn av ruslidelsen, og dens negative konsekvenser, er pasientene spesielt utsatt for stigmatisering og samfunnets negative holdninger. Dette kan ha igjen ha negativ innvirkning på pasientens utgangspunkt (Helsedirektoratet, 2014b, s. 31). Med et ønske om å øke bevisstheten rundt sykepleiers stigmatiserende holdninger og utforske barrierer som kan komme i veien for en personsentrert og helhetlig sykepleie, lyder problemstillingen:

«Hvilke barrierer kan utfordre en personsentrert og helhetlig sykepleie i møte med pasienter med alkoholisk levercirrhose?»

1.3.1 Avgrensning og presisering av problemstilling

Oppgavens målgruppe favner voksne over 18 år. Aldersavgrensningen er et resultat av at pasientene, omtalt i de valgte forskningsartiklene, sin alder ikke er spesielt vektlagt eller beskrevet. Aldersavgrensningen settes ved 18 år da dette er myndighetsalder i Norge i tillegg til aldersgrense for behandling ved voksenavdeling. Konteksten er medisinsk sykehusavdeling som behandler pasienter med alkoholisk levercirrhose. Valg av målgruppe og kontekst kommer av oppgavens forfatter sin kliniske erfaring, samt at det i stor grad er her sykepleier møter pasientene som har behov for langtidsbehandling av alkoholisk levercirrhose. Videre vil sykepleiers behandlende funksjon være sentral da diagnosen ofte medfører at pasienten trenger hjelp til å dekke flere grunnleggende behov, og at den personsentrerte og helhetlig sykepleien kan sees i sammenheng med funksjonsområdet.

1.4 Begrepsavklaring

Stigma og **stigmatisering** innebærer at en har negative forutinntatte holdninger ovenfor en person eller en gruppe mennesker. En person kan oppleve å bli tillagt egenskaper på bakgrunn av hvilken gruppe en oppfattes å tilhøre. (Helsedirektoratet, u.å.).

Alkoholoverforbruk er et begrep som, i denne oppgaven, benyttes om skadelig bruk av alkohol, og ICD-10 har vært førende for definisjonen som brukes. En skadelig bruk av alkohol omfatter et konsum som medfører helseskader, både somatiske og psykiske. I denne definisjonen trenger nødvendigvis ikke et skadelig bruk å være betinget av et avhengighetssyndrom. (Helsedirektoratet, 2012a, s. 17-18).

Ruslidelse er et samlebegrep som favner avhengighet, skadelig bruk og misbruk, og brukes når rusmiddelbruken blir ødeleggende for personens livssituasjon og livsførsel (Helsedirektoratet, 2012a, s. 17). I oppgaven brukes begrepet om pasienter som har et alkoholoverforbruk så skadelig at det går på bekostning av pasientens liv og helse.

Gjennom teksten er det gjort aktive valg med tanke på ordbruk. Det anerkjennes at formuleringer i denne oppgaven omhandlende tematikken er annerledes enn i forskningslitteratur. Dette er en avgjørelse gjort på bakgrunn av at det gjennom bachelorstudiet og arbeidet med bacheloroppgaven har blitt erfart at Norge er langt fremme på rusfeltet. Underbyggende for påstanden kan en se til nasjonale strategier og rapporter hvor ordbruken er lignende den som er benyttet i oppgaven kontra formuleringer brukt i de valgte forskningsartiklene (Helsedirektoratet, 2012b, 2014b). Bruk av uttrykk som «alkoholoverforbruk», «pasienter med alkoholoverforbruk» og «pasienter med ruslidelse» er valgt i håp om å ikke bidra til videre stigmatisering av pasientgruppen. Formuleringer som rusmisbruker og alkoholiker er mer negativt ladede ord som det erfaringsmessig er stigmatiserende fordommer til. Samtidig er det nødvendig å beskrive de komplekse utfordringene en pasient står ovenfor med et sykelig alkoholoverforbruk, men også være mest mulig presis i disse beskrivelsene. Derfor er det benyttet formuleringer som forteller om et rusmiddelinntak av skadelig grad, i form av et overforbruk. Av samme årsak er det også valgt å benytte lidelse som et begrep da rusmiddelavhengighet kan sees på som en sykdom. Videre vil «pasient(en)» og «pasientgruppen» brukes om personer som er innlagte på sykehus med alkoholisk levercirrhose som hovedtilstand.

2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

I kapittelet beskrives diagnosen alkoholisk levercirrhose. Videre presenteres det spesielle ved helsehjelpen til pasientgruppen og de relevante sykepleiefaglig rammene, herunder helsepolitiske føringer, funksjonsområde, yrkesetiske retningslinjer og lovverk. Deretter legges teorien for den personsentrerte og helhetlige sykepleien fram. Til slutt presenteres Joyce Travelbees sykepleierteori og hennes fire faser i menneske-til-menneske-forholdet.

2.1 Diagnosen alkoholisk levercirrhose

Diagnosen levercirrhose er en alvorlig form for leversykdom og medfører kronisk leversvikt. Det er flere grunner til sykdommen, men alkohol er årsaken i mer enn halvparten av tilfellene. På folkemunne kalles levercirrhose «skrumplever», et navn som gjenspeiler utviklingen av sykdommen. Levercirrhose er endestadiet av forskjellige leversykdommer, der fettlever er forløperen og leveren forstørres før den skrumper og får en ujevn overflate. Leverens opprinnelige struktur og funksjon ødelegges, men på bakgrunn av leverens reservekapasitet kan det ta lang tid før de første symptomene vises. Videre kan pasienter som er godt kompenserte ha diffuse symptomer som magesmerter, tarmforstyrrelser, vekttap og dårlig matlyst, muskelsvinn og nedsatt allmenntilstand. Mer spesielle symptomer sees i form av ikterus, encefalopati, spidernævus/stjernenævus, palmarterytem, økte venetegninger på abdomen, gynekomasti og små testikler. Blødende øsofagusvaricer og acites, i tillegg til spontan bakteriell peritonitt, er alvorlige symptomer og har potensielt farlige konsekvenser. (Stubberud & Almås, 2016, s. 507-508; World Health Organization, u.å., avsn. om alcoholic cirrhosis). Det brede spektret av symptomer og konsekvenser vitner om en sykdom som er svært sammensatt og kompleks, noe som mulig kan utgjøre et stort hjelpebehov ved helsesvikt. Sykdommen forekommer oftest hos personer i aldersgruppen 40-60 år som har hatt et alkoholoverforbruk i flere år (World Health Organization, u.å., avsnitt om alcoholic cirrhosis). I tillegg er kvinner mer utsatt enn menn på bakgrunn av lavere toleranse for alkohol, samtidig som genetikk også er en faktor for utviklingen av sykdommen. (Stubberud & Almås, 2016, s. 507-508).

2.2 Helsehjelp til pasienter med ruslidelse og helsepolitiske føringer

Personer med et alkoholoverforbruk har betydelig økt risiko for somatisk og psykisk sykdom, samt dårligere daglig funksjonsnivå. I tillegg medfører en ruslidelse ofte dårlige sosiale

forhold, redusert livskvalitet og svekket kognitiv funksjon. På bakgrunn av ruslidelsen, og dens negative konsekvenser, er pasientene spesielt utsatt for stigmatisering og samfunnets negative holdninger, noe som igjen kan ha negativ innvirkning på pasientens utgangspunkt. (Biong & Ytrehus, 2018, s. 13; Helsedirektoratet, 2012b, s. 103; 2014b, s. 31). Skoglund og Biong (2018, s. 179) beskriver blant annet at pasientgruppen kan være utsatt for redusert brukermedvirkning på bakgrunn av dårlige relasjoner til helsepersonell og ulik tilgang til helsetjenester sammenlignet med andre pasienter.

I pleietøvelsen til pasientgruppen er sykepleiers behandlende funksjon sentral. Fordi alkoholisk levercirrhose medfører en rekke fysiske og psykiske konsekvenser trenger pasientene ofte hjelp til å få dekket flere av sine grunnleggende behov. Sykepleiers ansvar er å kompensere for pasientens ressursvikt og hjelpe med å fjerne eller eliminere pasientens problemer. Videre skal den enkeltes reaksjoner vektlegges, og sykepleieren utfører sykepleien i tråd med pasientens behov. (Kristoffersen et al., 2016, s. 18).

I løpet av de siste ti årene har regjeringen hatt økende fokus på rusfeltet. Gjennom flere rusreformer og opptrappingsplaner, har pasienter med ruslidelser stadig fått et bedre og mer tilpasset behandlingstilbud og helsevesenet er rustet opp. Føringer og endringer i lovverket gjør at pasientgruppen anerkjennes som en viktig målgruppe. Ved å tilegne pasientgruppen rettigheter, og tilsvarende plikter hos helsepersonellet, utvises en holdningsskapende effekt motsvarende et ledd i arbeidet mot å minske gruppens opplevde stigma. (Helsedirektoratet, 2014a, s. 2; 2014b, s. 31).

2.3 Yrkesetiske retningslinjer og juridiske føringer

Sykepleieren er personlig ansvarlig for sin yrkesutøvelse og at det handles i tråd med lovverk og yrkesetiske retningslinjer. Grunnlaget for sykepleie skal være respekten for den enkelte menneskets liv og iboende verdighet. I dette ligger ivaretagelse av den enkelte pasients behov gjennom en helhetlig omsorg og pasientens medbestemmelsesrett. Videre heter det at sykepleier skal beskytte pasienten mot krenkende handlinger og ivareta pasientens verdighet. (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

Gjeldende lovverk fastsetter sykepleiernes plikt om å utøve forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp til alle pasienter, uavhengig av deres utfordringer (Helsepersonelloven, 1999). I en

behandlingssituasjon er pasientens rettigheter vedtatt i pasient- og brukerrettighetsloven, som skal sikre lik tilgang til behandling til alle pasienter og brukere. Loven har videre til hensikt å verne pasienten og dens liv, integritet og verdighet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Spesialisthelsetjenesteloven har som formål å bidra til å sikre tjenestetilbudets kvalitet og bidra til et likeverdig helsetilbud (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999).

2.4 Personsentrert og helhetlig sykepleie

Personsentrert sykepleie er en måte å tilnærme seg sykepleieutøvelsen på gjennom en terapeutisk relasjon mellom partene. Verdier som respekt, selvbestemmelse og forståelse er sentralt for å fremme empowerment og utvikling. (McCormack & McCance, 2010, s. 32). En slik tilnærming har som mål å se individet bak pasienten og det tas utgangspunkt i verdier, livssituasjon, behov og helseutfordringer. Som Eriksen (2015, s. 899) skriver, handler det om at pasienten blir sett på som en person og et helt menneske. Allerede på 1900-tallet advart det om en sykepleie som er upersonlig og teknisk, da den samtidig må være individuell og høyst personlig. Når en ser mennesket som en helhet kalles det holistisk tenkning og står som det grunnleggende for all sykepleie, sammen med det å betrakte mennesket som et unikt individ. Enkelte relasjoner kan påvirke mennesker negativt ved at de er utfordrende og vanskelige, mens gode relasjoner bærer preg av tillitt, empati, forståelse, fellesskap, historie, følelser og handling. (Eriksen, 2015, s. 893; 896-897). Fremtredende i den helhetlige sykepleien er å se pasienten som en likeverdig del av denne relasjonen. Odland (2016, s. 29) påpeker i tillegg at en som sykepleier ikke kan forholde seg nøytral til pasienten som et objekt eller en ting vi er uberørt av.

2.5 Joyce Travelbees sykepleieteori

Joyce Travelbee definerer sykepleie som en mellommenneskelig prosess hvor den profesjonelle sykepleieren hjelper et individ, en familie eller et samfunn. Målet er å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, noe som kan oppnås gjennom etableringen av et menneske-til-menneske-forhold. Forholdet utvikles og opprettholdes gjennom fire faser: det innledende møtet, fremvekst av identiteter, empati og sympati og medfølelse. Målet for de fire fasene er å oppnå gjensidig forståelse og kontakt, som kan ansees som en ønskelig slutttilstand. (Travelbee, 1999, s. 29;41).

Den profesjonelle sykepleieren

Den profesjonelle sykepleieren innehar en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte til problemer og evnen til å bruke seg selv terapeutisk. Sykepleieren benytter en logisk tankegang hvor sykepleieren reflekterer og resonnerer, innehar kunnskap om fakta, begreper og prinsipper og evner å benytte dette i møte med pasienter og i omsorgen for dem. Når sykepleier bruker seg selv terapeutisk brukes egen personlighet og kunnskaper i møte med pasienten. Arbeidet krever selvinnsett og selvforståelse, i tillegg til en innsikt i drivkreftene bak menneskelig arbeid. Den profesjonelle sykepleieren anerkjenner den uendelige verdien hvert enkelt menneske har og respekterer hvert enkelt individ. (Travelbee, 1999, s. 44-46).

Menneske-til-menneske-forholdet

Menneske-til-menneske-forholdet skapes gjennom de fire fasene som munn ut i en gjensidig forståelse og kontakt. Den profesjonelle sykepleieren bygger opp og opprettholder forholdet. Menneske-til-menneske-forholdet er erfaringer som finner sted mellom sykepleier og pasient og er en gjensidig prosess hvor alle parter i relasjonen oppfatter den andre som et unikt individ. (Travelbee, 1999, s. 177-178).

2.5.1 Det innledende møtet

Under det første møtet får sykepleieren og pasienten en oppfatning av hverandre, et førsteinntrykk. Inntrykket er et resultat av de observasjoner, antagelser og slutninger som er gjort, som igjen vil fremprovosere følelser hos de ulike partene. I denne første interaksjonen mellom sykepleier og pasient ser man i liten eller ingen grad på hverandre som unike individ og en tendenser til å stereotypisere og kategorisere den andre. Sykepleiers antagelser om den andre kan stamme fra møter med tidligere pasienter og det samme gjelder for pasienten som kan trekke slutninger basert på tidligere erfaringer med sykepleiere. (Travelbee, 1999, s. 186-188).

2.5.2 Fremvekst av identiteter

I denne fasen bryter partene i relasjonen med kategorisering og ser hverandre mer som unike individer som etablerer tilknytning til hverandre. Likheter og forskjeller kommer til syne og må vurderes av sykepleier for å gå over i empatifasen. Over-identifikasjon kan gjøre at sykepleier ikke skiller mellom seg selv og pasienten. Anerkjennelse av at man er unike som mennesker med ulike personligheter, verdier og overbevisninger må finne sted og sykepleier må være seg bevisst på hvordan en oppfatter pasienten. (Travelbee, 1999, s. 188-192).

2.5.3 Empati

I empatifasen evner sykepleier å leve seg inn i eller ta del i og forstå den andres psykiske tilstand, men uten å tenke og føle som den andre. Det er også i denne fasen hvor tilknytningen forsterkes, og det unike ved individene i relasjonen blir tydeliggjort. For å kunne oppnå empati avhenger det av en viss likhet mellom individene og tillitt er nødvendig. Det kan derfor tenkes at det er utfordrende for sykepleier å føle empati for alle mennesker med selvpåført sykdom, men at det er mulig å utvide sitt empatiske område. (Travelbee, 1999, s. 193-200)

2.5.4 Sympati og medfølelse

Innblikket til pasientens følelsesmessige tilstand videreføres i sympati og medfølelsesfasen, men sykepleier besitter i tillegg et ønske om å aktivt lindre pasientens plager. Formidlingen av sympati gjøres blant annet gjennom væremåte og sykepleietiltak. Når en sykepleier involverer seg i den syke, er det mulig å etablere et hjelpende forhold. (Travelbee, 1999, s. 200-210).

2.5.5 Gjensidig forståelse og kontakt

Når sykepleier og pasienten har gått gjennom de fire foregående fasene sammen er resultatet etablering av et menneske-til-menneske-forhold, og munner ut i gjensidig forståelse og kontakt. Denne slutttilstanden ansees som det overordnede målet for all sykepleie og bygger på de erfaringene sykepleieren og pasienten har delt. Gjennom disse har evnen til å se hverandre som unike individer blitt utviklet, og personlighetene kommer til syne. (Travelbee, 1999, s. 211-218).

3 Metode

Bacheloroppgaven er en litterær oppgave hvor litteratursøk er benyttet som metode. Denne type oppgave kjennetegnes ved at eksisterende fag- og forskningslitteratur benyttes for å besvare en problemstilling. (Dalland, 2020, s. 199). I metodekapitlet vil det bli gjort rede for fremgangsmåten, vurdering av relevans og kildekritikk. Det inngår også beskrivelse av hvordan annen litteratur ble valgt og vurdert, samt de etiske vurderingene som er gjort. Lovisenberg Diakonale Høgskole (LDH) sine retningslinjer for skriving av bacheloroppgave har vært førende for oppgavens struktur og metode.

3.1 Litteratursøk

I det innledende litteratursøket ble oversiktssøk gjort i søkemotoren Google Scholar og databasen PubMed, i tillegg til nettstedet Sykepleien.no for å undersøke aktuell litteratur. Dette søket resulterte derimot ikke i noen utvalgte forskningsartikler, men ga videre inspirasjon til søkeord. I tillegg ble det gjort søk i ORIA for å kunne finne inspirasjon fra tidligere bacheloroppgaver. Deres referanseliste, samt andre artikler fra tidligere søk, ble benyttet til å gjøre manuelle søk (Thidemann, 2019, s. 81-88).

Videre i det strukturerte litteratursøket ble et PICO-skjema (*Vedlegg 1: PICO-skjema*) utarbeidet med utgangspunkt i sentrale ord om temaet og oppgavens problemstilling. Deretter ble søkeordene *Liver cirrhosis*, *stigma*, *alcohol abuse* og *nurse attitude/attitude of health personell* benyttet i ulike kombinasjoner. Tidligere bacheloroppgaver og artikler ble brukt som inspirasjon for nye aktuelle søkeord ved søk i databasen PubMed. Det ble også gjort søk hvor stigma ikke ble inkludert i søket, men heller ved bruk av søkeordene *holistic nursing* og *person-centred nursing*. Det synes nødvendig å benytte søkeord som *hospitalized patients*, *quality of care* og *consequences* i noen av søkene for å øke treffenes sannsynlige relevans. I *Tabell 1: Litteratursøk* presenteres søkehistorikkens detaljer omhandlende dato, antall treff og søkekombinasjoner.

3.1.1 Litteratursøkets søkehistorikk

Tabell 1: Litteratursøk

N r.	Dato	Søkeord	Database	Treff	Leste titler og abstrakt	Leste artikler	Inkluderte artikler	Avgrensning	Artikkel
1.	26. november 2020	1. Liver cirrhosis 2. Stigma 3. Consequences (1 AND 2 AND 3)	CINHAL	1	1	1	1	Publikasjonsår: <2010 Språk: Engelsk, dansk, svensk og norsk	Treff nr. 1: Vaughn-Sandler, V., Sherman, C., Aronsohn, A. & Volk, M. L. (2014). <i>Consequences of Perceived Stigma among Patients with Cirrhosis</i>
2.	2. desember 2020	1. Alcoholic liver cirrhosis 2. Alcohol abuse 3. Attitude of health personnel 4. Stigma 5. Consequences (1 OR 2) AND 3 AND 4 AND 5	PubMed	3	3	1	1	Publikasjonsår: <2010 Språk: Engelsk, dansk, svensk og norsk	Treff nr. 1: Boekel, L. C. v., Brouwers, E. P. M., Weeghel, J. v. & Garretsen, H. F. L. (2013). <i>Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review.</i>
3.	9. desember 2020	1. Alcohol abuse 2. Nurse perceptions 3. Hospitalized patients 4. Quality of care 5. Qualitativ study	PubMed	3	3	1	1	Publikasjonsår: <2010 Språk: Engelsk, dansk, svensk og norsk	Treff nr. 2: Neville, K. & Roan, N. (2014). <i>Challenges in Nursing Practice: Nurses' Perceptions in Caring for Hospitalized Medical-Surgical Patients With Substance Abuse/Dependence</i>
4.	21. januar 2021	1. Person-centered nursing 2. Liver cirrhosis	PubMed	1	1	1	1		Treff nr. 1: Hjorth, M., Svanberg, A., Sjöberg, D., Rorsman, F. & Kaminsky, E. (2020). <i>Liver cirrhosis turns into an unpredictable roller-coaster: A qualitative interview study</i>

3.2 Utvalgt forskningslitteratur

Inklusjons- og eksklusjonskriteriene (*Tabell 2: Inklusjons- og eksklusjonskriterier*) var førende for valg av forskningslitteratur. Ut ifra kriteriene ble søkeordene formulert og deretter ble treffenes relevans vurdert ut ifra overskrifter og abstrakter. Artikler som synes relevante for å besvare problemstillingen ble lest i fulltekst. Valgte forskningsartikler er av ulike design. De kvalitative artiklene er valgt med tanke på at en slik tilnærming vil kunne øke forståelsen av det opplevde stigma hos pasienten da den gir en annen dybdekunnskap enn andre studiedesign (Thidemann, 2019, s. 76). I artikkelen som benytter en kvantitativ tilnærming er målet å fastsette utbredelsen av stigma blant pasientene, noe en spørreundersøkelse bidrar til å gjøre målbart. I oppgaven vil det kunne være relevant å benytte seg av en slik sammensetning av artikler med ulikt design for å kunne gi et helhetlig bilde. Den systematiske oversiktsartikkelen gir god innsikt i forskningsfeltet da den sammenfatter flere enkeltstudier. På bakgrunn av de strenge kravene og retningslinjene som ligger til grunn for å publisere slike artikler vil de kunne gi tilnærmet objektive konklusjoner (Thidemann, 2019, s. 70). De valgte forskningsartiklene belyser ulike sider av problemstillingen, og representerer kompleksiteten ved sykdommen. Språkgrensningen er satt med tanke på mulighetene for mest mulig korrekt forståelse og oversettelse, mens inklusjonskriteriet om innhold er satt for å sikre relevans til oppgavens problemstilling.

3.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Fagfellevurdert forskningsartikler	Ikke fagfellevurderte artikler
Engelsk, svensk, dansk eller norsk språk	Øvrige språk
Artikler inneholdende stigma og holdninger, pasientens opplevelse av sykepleien med fokus på det personsentrerte og helhetlige, relasjonen mellom pasient og sykepleier.	Artikler som vektlegger andre deler av behandlingen, andre perspektiver enn pasientens og sykepleiers. Artikler som kun tar for seg cirrhose av andre årsaker eller omhandler andre leversykdommer.
Forskning som er gjort i for eksempel Europa, USA eller Australia da de kan ansees å være med sammenlignbart med Norge med tanke på det sosiale, kulturelle og historiske. Dermed antas også overførbareheten å være bedre til norske forhold.	Forskning fra land hvor overførbareheten sannsynligvis er mindre, eksempelvis land i Midtøsten som har i større grad restriktive retningslinjer, og utviklingsland.

3.3 Annen relevant faglitteratur

For utvalget av faglitteratur ble biblioteket på LDH benyttet som utgangspunkt, i tillegg til relevant pensumlitteratur fra bachelorstudiet. Fagbøkene er funnet via søk i ORIA, samt gjennom manuelle søk i tidligere bacheloroppgaver, artikler og rapporter. Den utvalgte litteraturen er, gjennom høgskolen, anerkjent sykepleielitteratur og er nøye vurdert med tanke på relevans og relabilitet. Oppgavens tematikk, målgruppe og kontekst har vært førende for utvalget og litteraturen vil derfor bidra til å belyse viktige temaer som er spesielle i sykepleien til pasientgruppen. Pensumlitteraturen er med på å utgjøre grunnforståelsen i sykepleie og er dermed viktig i det teoretiske kunnskapsgrunnlaget. Joyce Travelbee (1999) sykepleieteori og boken som er benyttet er eldre, men tenkes å være relevant på grunn av overførbarheten og betydningen for en personsentrert og helhetlig sykepleie.

Ulike anerkjente nettsider som World Health Organization, Helsedirektoratet og Lovdata er også benyttet for definisjoner, lover og forskrifter. For forståelse om akademisk oppgaveskriving ble bøkene «Metode og oppgaveskriving» av Dalland (2020) og «Bacheloroppgave for sykepleierstudenter» av Thidemann (2019) benyttet, i tillegg til bibliotekets kurs og undervisning i litteratursøking og skriving.

3.4 Kildekritikk

Det å være kildekritisk innebærer blant annet å bestemme relevans, styrke og begrensninger av den valgte litteraturen (Thidemann, 2019, s. 26). Tidsskriftene, hvor artiklene er publisert, er søkt opp i Norsk Senter for Forskningsdata for å validere fagfelle vurderingen (Norsk Senter for Forskningsdata, 2021). I tillegg er tidsskriftenes hjemmeside undersøkt med tanke på deres kriterier for publisering av artikler. I den grundige gjennomlesningen av utvalgte artikler ble spesielt tre spørsmål vektlagt: «Kan du stole på resultatene?», «Hva er resultatene?» og «Kan resultatene brukes i min praksis?» (Helsebiblioteket, 2016).

Søkeprosessen var, i begynnelsen, noe utfordrende grunnet at fokuset for søkene var snevret inn til å finne forskningsartikler som direkte kunne besvare hele problemstillingen alene. Da det ikke lyktes å søke etter artikler som omhandlet alkoholisk levercirrhose og stigma, utvides søkene til å gjelde levercirrhose eller ruslidelse. Dette fordi en vil kunne legge til grunn en ruslidelse i form av alkoholoverforbruk ved en alkoholisk levercirrhose. Det viste seg å være

formålstjenlig da sykdommen i seg selv er kompleks og består av mange ulike utfordringer. Utfordringer som ikke bare favner den somatiske sykdommen, men også det sosiale og psykososiale perspektivet. Oppgavens problemstilling er formulert slik at det krever et bredt perspektiv som samlet kan besvare de belyste utfordringene. Dermed vil det ikke bare være gunstig, men også helt nødvendig, å benytte artikler som belyser flere aspekter. Derfor vil studier fra rusfeltet være vesentlig i besvarelsen, i tillegg til studier om levercirrhose.

I et forsøk på å få mest mulig presise søk er søkeordene nøye valgt, noe som kan gi færre treff. Samtidig er søkene avgrenset med år og språk. Disse to faktorene kan til sammen gi mulighet for at andre aktuelle forskningsartikler ikke har blitt indentifisert. Flere artikler som synes relevante, har blitt ekskludert med tanke på at overførbarheten til norske forhold er diskuterbar. I søkeprosessen ble flere artikler fra ikke-vestlige land indentifisert og syntes relevante, men fordi forskjellene både politisk, kulturelt og historisk er store er overførbarheten til det norske helsevesenet usikker. De utvalgte forskningsartiklene er engelskspråklige og dermed øker risikoen for misforståelse og feiltolkninger i oversettingen. Gjennom hyppig bruk av engelsk-norske ordbøker og oversettingsverktøy, samt innhenting av andres synspunkter, synes likevel forståelsen av artiklens innhold å være ivaretatt. Gjennom oppgaven er det gjort bruk av annenhåndsreferanser, til tross for at dette kan medføre fortolkninger av primærreferansen. Det er i størst mulig grad forsøkt å benytte primærkilder, men i enkelte tilfeller lot dette seg ikke gjøre av ulike årsaker, eksempelvis begrenset tilgang til nettsider. I disse tilfellene er det vurdert dit hen at annenhåndsreferansen er oppriktig og informasjonen for viktig til å utelates.

3.5 Ethiske vurderinger

Det er gjort bruk av oppgavens forfatter sin egne kliniske erfaring og i tråd med de etiske retningslinjene for akademisk skriving er verken pasienter, avdeling eller sykehus navngitt eller på annen måte redegjort for på en slik måte at konfidensialiteten trues.

LDHs gjeldende retningslinjer for oppgaveskriving er fulgt og gjennom bruk av kildehenvisning i henhold til APA 7th, fremstilles ei andres arbeid som eget.

4 Forskningsresultater

De utvalgte forskningsartiklene, presentert i *Tabell 3: Artikkelmatrise*, omtaler stigma og negative holdninger, og funnene viser at majoriteten av pasientene føler seg stigmatisert enten på grunn av levercirrhose eller en ruslidelse. Flere negative konsekvenser ble belyst i form av økt risiko for depresjon, lavere sosial status, redusert livskvalitet og at pasientene i mindre grad oppsøkte helsehjelp. Helsepersonellet fortalte om en rekke negative holdninger til pasientgruppen i form av at de opplevde de som farlige, manipulative og lite motiverte. Videre medførte det en mer oppgaveorientert sykepleie hvor sykepleierne brukte mindre tid inne hos pasientene. Likevel forklarte flere sykepleiere at den etiske omsorgsplikten sto sterkest og at pasientene trengte lik behandling på linje med andre pasienter. Dermed trekker sykepleierne frem et behov for kompetanseheving da de følte de ikke hadde nødvendig kunnskap og trening for å møte pasientgruppen forberedt. Utdanning og kunnskap alene viste seg og ikke være tilstrekkelig. Kontekstuelle faktorer som tid, bemanning og kollegial støtte hadde innvirkning på sykepleiernes motivasjon til arbeidet med pasientgruppen som igjen innvirket på evnen til å styrke pasientens empowerment og brukervedvirkning.

4.1 Artikkelmatrise

Tabell 3: Artikkelmatrise

Nr.	Forfatter/års tall	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Design/metode	Funn
1.	Vaughn-Sandler, V., Sherman, C., Aronsohn, A. & Volk, M. L. (2014)	Consequences of Perceived Stigma among Patients with Cirrhosis	Digestive Diseases and Sciences 59(3), 681-686.	Studiens hensikt var å oppdage og definere oppfattet stigma hos pasienter med levercirrhose.	En undersøkelse ble utarbeidet og sendt til 300 pasienter med cirrhose av ulik årsak. Spørsmål var hentet fra tidligere forskjellige studier, men som alle omhandlet stigma. Det ble tillagt et spørsmål om alkohol og ellers endret på de andre spørsmålene til å passe med diagnosen.	89% av respondentene svarte at de følte seg stigmatisert relatert til sykdommen. Videre med økt stigma så en at depresjon var økende, det var lite sosial støtte, synkende livskvalitet og synkende tendens til å oppsøke helsehjelp. I tillegg vises det til at cirrhose ble ansett som en lav-status sykdom blant behandlere. Artikkelen konkluderer med at levercirrhose er en stigmatisert sykdom og at dette stigma kan føre til uheldig valgt når det gjelder helse. Helsepersonell må være bevisst disse oppfatningene og deres potensielle påvirkning på pasientenes samhandling med helsevesenet. I tillegg burde helsepersonell adressere stigma når man diskuterer sykdom og behandling.
2.	Boekel, L. C. v., Brouwers, E. P. M., Weeghel, J. v. & Garretsen, H. F. L. (2013)	Stigma among health professionals towards patients with substance use disorder and its	Drug and Alcohol Dependence 131(1-2), 23-35.	Hensikten med studien er å undersøke helsepersonellens holdninger ovenfor pasienter med ruslidelse og se på	Studien er en oversiktsartikkel. Systematiske søk ble gjort i anerkjente databaser i årene 2000-2011. Studier som så på helsepersonells holdninger til pasienter med ruslidelse og konsekvenser av negative holdninger ble inkludert. Studiene som ble inkludert måtte adressere	Generelt viste det seg at helsepersonell hadde negative holdninger til pasienter med ruslidelser. Vold, manipulasjon og dårlig motivasjon ble oppfattet som barrierer i utførelsen av helsetjenester. Helsepersonellet manglet også tilstrekkelig utdanning, trening og støtte i arbeidet med pasientgruppen. Holdningene medførte at pasientenes følelse av empowerment ble redusert i tillegg til behandlingsresultatet. Helsepersonellet er mindre involvert og har mer oppgave-orientert tilnærming til helsehjelpen. Dette resulterer i mindre personlig engasjement og redusert empati. Det konkluderes

		consequences for healthcare delivery : Systematic review		konsekvensene av disse holdningene i utførelsen av helsetjenester for disse pasientene i vestlige land.	bruk av alkohol eller ulovlige rusmidler. Kun forskningsartikler ble inkludert, andre typer litteratur ble ekskludert, i tillegg til studier fra ikke-vestlige land. I alt 28 studier ble inkludert i artikkelen.	med at negative holdninger til pasientgruppen er vanlig og bidrar til en sub-optimal behandling. Det er imidlertid få studier som har evaluert konsekvensene av helsepersonellens negative holdninger.
3.	Neville, K. & Roan, N. (2014)	Challenges in Nursing Practice: Nurses' Perceptions in Caring for Hospitalized Medical - Surgical Patients With Substance Abuse/ Dependence	The Journal of Nursing Administration 44(6), 339-346.	Hensikten med studien er å undersøke sykepleieres oppfatning av å yte helsehjelp til innlagte medisinsk-kirurgiske pasienter med andre lidelser i tillegg til en ruslidelse.	I studien er det brukt en kvalitativ induktiv tilnærming hvor 24 sykepleiere besvarte studiespørsmål angående det å yte helsehjelp til pasienter med ruslidelser.	I studien identifiserte en fire hovedpunkter: 1. Den etiske plikten. Flere trakk frem at pleien skulle gis uavhengig av opphavet til pasientens helseproblem og at sykepleien skulle være preget av forståelse og medfølelse. 2. Negative oppfatninger. Sykepleiere utalte tydelig vansker med å yte omsorgsfull sykepleie til pasienter med ruslidelser. Utsagnene var preget av sinne, intoleranse og en mening om at pasienter med ruslidelse krever mer oppmerksomhet og sykepleie. I tillegg var det av sykepleierenes oppfatning at pasientene manipulerte eller ikke stolte på sykepleierne. For mange var også sikkerheten i forbindelse med sykepleien til pasientgruppen en bekymring. Det var av deres opplevelse at pasientgruppen kan være aggressive og en potensiell trussel for sykepleiernes sikkerhet. 3. Behov for utdanning. Flere sykepleiere uttalte at denne type pasientgruppe krevde spesiell utdanning og kunnskap, så sykepleierne følte seg uforberedt og at de manglet kunnskap. 4. Sympatisk bekymring. Flere av sykepleierne uttrykte sympati og bekymring for pasientene. På spørsmålene som ble stilt svarte sykepleierne med negativ oppfatning av pasientene og det ble trukket frem hvordan pasienter stadig ble re-innlagt med samme problemstilling og mistillit.
4.	Hjorth, M., Svanberg, A., Sjöberg, D., Rorsman, F. & Kaminsky, E. (2020)	Liver cirrhosis turns into an unpredictable roller-coaster: A qualitative interview study	Journal of Clinical Nursing 29(23-24), 4532-4543.	Hensikten med studien er å undersøke hvordan personer lever med lever cirrhose i dagliglivet.	Studien er en utforskende studie med en kvalitativ induktiv tilnærming. Et utvalg av 20 informanter i alderen 25-71 ble gjort, deretter intervjuet med semi-strukturerte intervjuer som fulgte en intervjuguide. Intervjuguiden hadde fem åpne spørsmål i tillegg til oppfølgingsspørsmål som ble benyttet for en dypere forståelse. Det ble tatt lydopptak av intervjuene som ble ordrett transkribert. Dataene ble deretter analysert i en systematisk prosess og funnene systematisert i kategorier og temaer som angående pasientens opplevelse av å leve med diagnosen.	Funnene resulterte i fire undertemaer: 1. Å leve med levercirrhose innebar ulike grader av forverring, hvorav den mest fremtredende var utmattelse og trøtthet. 2. Informantene måtte finne nye måter å tilpasse seg til en ny livssituasjon. 3. Usikkerheten rundt deres fremtidige helsetilstand resulterte i eksistensielle refleksjoner som det å føle seg emosjonelt og eksistensielt nedtrykt. 4. Skam og skyld var grunner til at personene følte seg stigmatisert. Disse fire temaene resulterte i et hovedtema som beskriver det å leve med levercirrhose: livet ble en uforutsigbar berg-og-dalbane. Dette på grunn av opplevelsen av sykdommen som en uforutsigbar sykdom med svingende symptomer, bekymringer og sykdomsprogresjon.

5 Diskusjon: *Hvilke barrierer kan utfordre en personsentrert og helhetlig sykepleie i møte med pasienter med alkoholisk levercirrhose?*

I dette kapitlet diskuteres forskningsartiklenes resultater og det teoretiske kunnskapsgrunnlaget lagt frem i *kapittel 2*, som sett under ett kan besvare problemstillingen (Thidemann, 2019, s. 109). De fire fasene benyttes som rammeverk for diskusjonen for å triangulere teoretikerens lære, kunnskapsgrunnlaget, artiklenes resultater og empirien. Gjennom arbeidet med Travelbees fire faser vil det være mulig å oppnå det overordnede målet for sykepleien; gjensidig forståelse og kontakt. Dette kan anses som en slutttilstand og vil derfor virke oppsummerende for diskusjonskapitlet.

5.1 Det innledende møtet

Studier gjort blant helsepersonell for å undersøke deres syn på pasienter med ruslidelser avdekker at majoriteten besitter negative holdninger ovenfor pasientgruppen. Særlig trekkes det frem et syn på pasientene som manipulative, aggressive og potensielt truende. Av den grunn syntes tryggheten å være utsatt, noe som akkumulerte i både stress og en viss frykt hos sykepleierne. (Boekel et al., 2013; Neville & Roan, 2014, s. 344). Stigmatiserende holdninger kan være et resultat av generasjoner med nedarvet syn på mennesker med rusproblematikk. Når en pasient tilegnes negative egenskaper stigmatiseres personen på bakgrunn av sykepleiers fordommer, noe som beklageligvis er svært vanlig ved rusproblematikk noe som underbygger forskningsartiklenes funn (Ytrehus, 2018, s. 224). Ved å enes om en negativ oppfatning skapes dermed et skille mellom personer med ruslidelser og andre, kalt et «oss og dem»-perspektiv. Som en følge vil en ikke evne å se forbi det ytre og oppfatter personen som en av «dem». (Lossius, 2021, s. 28-31). Ved et slikt perspektiv kan man trekke paralleller til Travelbees første fase og det typiske «sykepleier og pasient»-perspektivet med dets tilhørende førsteinntrykk. Førsteintrykket baseres på den første interaksjonen mellom sykepleier og pasient, preget av observasjoner, antagelser og slutninger. Primært vil et godt førsteinntrykk beskrives ved at det er noe en kjenner igjen eller at det imøtekommer et behov for anerkjennelse. (Travelbee, 1999, s. 186). Dette kan sees i praksis da den systematiske oversiktsartikkelen trekker frem at sykepleiere med mer erfaring med pasientgruppen besitter mindre negative holdninger. Likeledes viste det seg at helsepersonell med personlig erfaringer med avhengighet sympatiserte i større grad med pasientene. (Boekel et al., 2013, s. 29; 33).

Imidlertid viser flere studier omhandlende sykepleiers perspektiv at negative holdninger var svært vanlig og kan bidra til å skape et fordreid førsteinntrykk av pasienten (Boekel et al., 2013, s. 26; Neville & Roan, 2014, s. 341). Travelbee problematiserer det å holde fast ved et førsteinntrykk, til tross for at det kan endres, og hvordan det kan resultere i en selvoppfyllende profeti. (Travelbee, 1999, s. 186). Hele 89% av pasienter med levercirrhose oppga at de følte seg stigmatisert (Vaughn-Sandler et al., 2014, s. 4). Ytrehus (2018, s. 224) påpeker at stigma er en av de vanskeligste sidene ved en ruslidelse og at det kan prege måten helsepersonell møter pasienter på. Den profesjonelle sykepleieren er imidlertid etisk forpliktet til også å møte disse pasientene med respekt og verne om pasientens verdighet i tråd med de yrkesetiske retningslinjene (Norsk Sykepleierforbund, 2019; Travelbee, 1999, s. 188).

Dersom sykepleier til stadighet fastholder ved et inntrykk, fordommer eller holdninger vil en ha problemer med å se pasientens behov. På denne måten kan sykepleier ha redusert evne til å identifisere pasientens problemer, eller å fjerne eller lindre disse, noe som bryter med den behandlende funksjon (Kristoffersen et al., 2016, s. 18). Til sammenligning med den behandlende funksjon skal sykepleier, i følge de yrkesetiske retningslinjene, ivareta den enkeltes behov for helhetlig omsorg (Norsk Sykepleierforbund, 2019, pkt. 2.1). Samtidig vil det å fastholde ved et uriktig førsteinntrykk være en barriere for personsentrert og helhetlig sykepleie med formål å tjene pasienten gjennom en allianse mellom pleier og pasient bygget på forståelse og respekt, og som jobber mot felles mål (Hjorth et al., 2020, s. 4533). Til tross for at majoriteten av sykepleierne hadde negative holdninger til pasientgruppen, følte de på en etisk omsorgsplikt, -en plikt som knyttes til en sykepleieutøvelse preget av medfølelse og forståelse uavhengig av årsaksforhold til sykdom, i tillegg til det å være pasientens advokat. Det eksemplifiseres hvordan ruslidelse, på lik linje med andre somatiske lidelser, er en sykdom som krever optimal pleie og behandling. (Neville & Roan, 2014, s. 341; 344). Sett under ett kan alliansen mellom sykepleier og pasient utfordres av sykepleiers negative og stigmatiserende holdninger. Derfor vil sykepleier som holder fast ved et mulig fordreid førsteinntrykk kunne ha en potensiell barriere for en personsentrert og helhetlig sykepleie. For at relasjonen mellom sykepleier og pasient skal utvikles, må den profesjonelle sykepleier se forbi «den syke» og oppfatte personen som et unikt individ, og respondere deretter. Først da kan en se at identiteter trer frem. (Travelbee, 1999, s. 188)

Om en ser til Travelbees teori, kan det tenkes at sykepleiere ikke evner å oppfatte pasienten som et unikt individ fordi pasienten ikke oppfyller sykepleiers behov. Nærmere bestemt kan dette utilfredsstilte behovet komme av at pasientene bryter med den pasient-rollen sykepleier

forventer. Dette på bakgrunn av at det i det første møtet eksisterer en klar rollefordeling som «sykepleier» og «pasient». (Travelbee, 1999, s. 186-187). En slik rollefordeling bidrar til å skape forventninger til hva en skal gjøre og hvordan en skal oppføre seg. Dersom rolleinnhavere bryter med de normer og forventninger som er knyttet til sin rolle, kan det forekomme sanksjoner. (Ingstad, 2013, s. 136;142). Et slikt brudd med den forventede rollen kan en se hos det Michaelsen (2010, s. 141) kaller for «en vanskelig pasient». Pasienter med ruslidelser kan bryte med bildet av en pasient når de ikke lever opp til rollen sykepleieren har ilagt pasienten. Pasienten *er* ikke nødvendigvis vanskelig, men distansen mellom de to er stor og personene er såpass ulike at det kan gi opphav til ulike utfordringer. (Michaelsen, 2010, s. 141;144). Egne erfaringer tilsier at pasienter med alkoholisk levercirrhose ofte har gjentatte innleggelse med samme problemstilling, noe som vitner om et brudd med rollen som pasient. Dette underbygges også av Neville og Roan (2014, s. 343) som beskriver hvordan pasienter med ruslidelser har hyppige reinnleggelse av samme årsak, noe som resulterte i frustrasjon hos sykepleierne. Frustrasjonen bunnet i at pasientene krevde mye tid og innsats fra sykepleierne sin side, og det av den grunn kunne gå på bekostning av pleien til andre pasienter (Neville & Roan, 2014, s. 343-344). Dersom enkelte pasienter krever mer av sykepleierne tid kan dette gå utover den forsvarlige og omsorgsfulle sykepleien til andre pasienter ved avdelingen. På den måten kan sykepleier ubevisst utøve en sykepleie som ikke samsvarer med de yrkesetiske retningslinjene og lovverket. (Helsepersonelloven, 1999, §4; Norsk Sykepleierforbund, 2019, pkt. 2.10). Dersom en ser til Martinsen (2010, s. 128-129) og hennes teori om avhengighet, vil det være mulig å trekke paralleller til pasienter med alkoholisk levercirrhose. Fordi pasientene ved innleggelse stadig trenger hjelp av sykepleierne, resulterer det i en form for avhengighet av pleie. En slik form for avhengighet medfører at sykepleierne er nødt til å fysisk komme tett på pasienten, noe som kan virke truende. Av den grunn er det helt vesentlig at sykepleieren er i stand til å gi sykepleien pasienten har behov for. (Martinsen, 2010, s. 128-129). En slik teori underbygges også av den grunnleggende sykepleieteorien om den behandlende funksjon hvor hensikten er å ivareta menneskers liv og helse når personen selv ikke er i stand til å gjøre det (Kristoffersen et al., 2016, s. 24). En forutsetning for å komme videre i menneske-til-menneske-forholdet er at sykepleier er bevisst sin oppfatning av pasienten for så å bryte gjennom de eksisterende kategoriene og stereotypene og dermed oppfatte mennesket. På den måten kan forholdet gå videre til en ny fase hvor identiteter vokser frem. (Travelbee, 1999, s. 186-188).

5.2 Fremvekst av identiteter

I Travelbees teori om utvikling av menneske-til-menneske-forholdet, vil en skimte en utvikling i form av at pasienten og sykepleieren blir kjent utover de kategoriene en oppfattet at den andre tilhørte i første fase. Likheter og forskjeller blir erkjent, men kan fortsatt være barrierer for at forholdet trer over i empatifasen. (Travelbee, 1999, s. 188-189). Den systematiske oversiktsartikkelen trekker frem utsagn fra sykepleierne som vitner om det utfordrende emosjonelle og følelsesmessige aspektet ved arbeidet med pasientgruppen. Sykepleiere kjenner på frustrasjon og maktesløshet relatert til pasientenes væremåte, noe som vitner om forskjeller blant relasjonens parter. Helsepersonellet beskriver pasientene som uansvarlige og lite motiverte. Noe som for sykepleierne kan tenkes å virke inn på deres motivasjon. (Boekel et al., 2013, s. 33). Lossius (2021, s. 30) sin teori kan benyttes for å problematisere de negative holdningene da hun stiller en rekke spørsmål vedrørende holdninger til pasientgruppen. Deriblant om deres oppriktighet og om det kan tenkes at pasienter med ruslidelser er mer løgnaktige. Dette understrekes i både studien til Neville og Roan (2014) og Boekel et al. (2013) hvor den uttalte holdningen til pasientgruppen er preget av mistillit. En sykepleier forteller «Det er veldig vanskelig å tro på de noen ganger; vanskelig å vite om de forteller hele historien» (Fritt oversatt etter Neville & Roan, 2014, s. 343). Det er også her mulig å sammenligne med personlig erfaring, hvor det er en gjentagende opplevelse av at pasienter med alkoholisk levercirrhose kan være diffuse i deres beskrivelse av alkoholbruk. Dermed kan det forekomme at pasientens utsagn ikke stemmer over ens med for eksempel blodprøveverdier og komparentopplysninger. Pasientene, på sin side, føler de ikke blir hørt og trodd og dermed er det mulig å anta at pasientenes medbestemmelse og autonomi ikke blir ivaretatt (Vaughn-Sandler et al., 2014, s. 4). Som teorien underbygger er pasienter med ruslidelse i større risiko for at helsepersonellets holdninger går på bekostning av pasientenes autonomi og medbestemmelse (Skoglund & Biong, 2018, s. 179). I følge de yrkesetiske retningslinjene er sykepleier etisk forpliktet til å verne om pasientens rett til å ta selvstendige valg (Norsk Sykepleierforbund, 2019, pkt. 2.5; 2.6). Videre har pasientene rett til medvirkning etter pasient- og brukerrettighetsloven (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). På bakgrunn av sykepleiers negative holdninger kan pasientens autonomi og medbestemmelse kompromitteres og på den måten utgjøre en barriere for personsentrert og helhetlig sykepleie.

Erfaringsmessig leter en ofte etter likheter med pasienten for enklere å kunne jobbe videre med relasjonen. Egne erfaringer tilsier at sykepleiere kan over-identifisere pasienten gjennom utsagn hvor mangelen på forståelse er tydelig. Utspill som «*Dersom det hadde vært meg, hadde jeg jo bare sluttet å drikke*» og «*Jeg forstår ikke hvordan en bare fortsetter på samme måte, drikkingen vil ta livet av en*» vitner om svekket evne til å utvise forståelse for de eksisterende forskjellene i personlighet, verdier og overbevisninger. En kan derfor også, til en viss grad, kjenne seg igjen i flere av sykepleiernes utsagn om det emosjonelle aspektet ved arbeidet med pasientgruppen og hvordan en som sykepleier kan kjenne på frustrasjon og maktesløshet når en føler en ikke strekker til (Boekel et al., 2013, s. 29-32). Travelbee beskriver hvordan sykepleiere, gjennom over-identifikasjon, kan ha vansker med å skille seg og sine problemer fra pasientens og blindes av dette. Det beskrives også hvordan forskjeller, for enkelte, kan virke truende og en benekter derfor at de eksisterer. Dermed klarer ikke sykepleieren å sette seg inn i pasientens opplevelser, men oppfatter kun seg selv i den sykes tilværelse. (Travelbee, 1999, s. 189). Aadland (2011, s. 194) beskriver viktigheten av å stille seg åpen og spørrende ovenfor pasienten fordi en aldri har det komplette bildet av pasienten ut ifra de forhåndsdømmingene en har gjort. Oppsummerende vil en barriere for å kunne se det unike ved individet som pasienten er, være at sykepleieren ikke evner å bryte med stereotypiene og kategoriene slik at pasienten ikke oppfattes som det mennesket en er. Ved å bekrefte og anerkjenne de forskjeller som eksisterer vil en kunne jobbe videre i relasjonen og fokusere på pasientens behov. Dermed vil det være mulig å tre over i neste fase; empati. (Travelbee, 1999, s. 192).

5.3 Empati

Et sårt aspekt ved diagnosen alkoholisk levercirrhose er pasientens skyld i sykdomsutviklingen, noe som kan virke inn på sykepleiernes syn på pasientene og bidrar til stigmatisering. I oversiktsartikkelen belyses en konsekvent sammenheng mellom det som er oppfattet som høy kontrollerbarhet over en sykdom, og dømmende og negative holdninger (Boekel et al., 2013, s. 32-33). Slike holdninger går i pasientens disfavør og medfører en rekke uheldige konsekvenser. Samme artikkel viser til funn som tyder på at sykepleiere tenderer til å ha en unnvikende tilnærming til pasienter med ruslidelser sammenlignet med andre pasientgrupper. Majoriteten av pasienter med levercirrhose har opplevd stigma og dersom dette sees i sammenheng med helsepersonellets manglende interesse og engasjement, vil det være mulig å forstå at stigmatisering forekommer. Både levercirrhose og ruslidelser er

ansett som lite prestisjefyllt på bakgrunn av brudd med rollen som «den syke». (Boekel et al., 2013, s. 26; Vaughn-Sandler et al., 2014, s. 4-5). Den typiske pasient følger legens anbefalinger og gjør en aktiv innsats for å bli frisk. Pasienter med alkoholisk levercirrhose kan derimot ansees å bidra til opprettholdelse av egen sykdom. (Grue et al., 2014, s. 184). På bakgrunn av formeninger om alkoholoverforbruk anerkjennes ofte ikke tilstanden som en sykdom, noe som kan resultere i økt stigmatisering av pasientgruppen (Vaughn-Sandler et al., 2014, s. 5). Om en ser til teorien underbygges dette gjennom den generelle oppfatning av sykdom i samfunnet hvor livsstil spiller en stor rolle for helsetilstanden. Det fokuseres på «The big five» hvor røyking, alkoholbruk, fedme, mosjon og stress er fem faktorer som gir dårligere helse, og som i stor grad ansvarliggjør personen selv fremfor å se på andre faktorer som sykdom er betinget av. (Michaelsen, 2010, s. 157). Dersom en setter søkelys på det selvforskyldte aspektet, vil det gå på bekostning av å se det komplekse og sammensatte ved alkoholisk levercirrhose. Først og fremst viser forskning at når leversykdom har utviklet seg til endestadiet, cirrhose, synker pasientenes livskvalitet betraktelig til tross for god kompensering. Altså er det ikke kun de biologiske faktorene som medfører store kroppslige påkjenninger som gir lidelse. Levercirrhose vil dessuten gå utover pasientens psykiske helse og velvære, og stigmatisering kan bidra til dårligere livskvalitet. (Hjorth et al., 2020, s. 4534; Vaughn-Sandler et al., 2014, s. 2). Dersom en legger WHO sin definisjon av helse til grunn, som beskrives med fravær av både psykiske, fysiske og sosiale plager, vitner det om viktigheten av en behandling som foregår på flere plan for å ivareta den helhetlige sykepleien (WHO (1995) i Hjorth et al., 2020, s. 4533). Etisk er sykepleier forpliktet til å ivareta den enkeltes behov for helhetlig omsorg, i tillegg til at en som sykepleier skal fremme helse og forebygge sykdom (Norsk Sykepleierforbund, 2019, pkt. 2.1; 2.3). Sykepleiers manglende engasjement og interesse kan dermed bidra til å gi uheldige konsekvenser for pasienten, som igjen utgjør barrierer for den personsentrerte og helhetlige sykepleien.

Den systematiske oversiktsartikkelen belyste videre at stigmatiserende og negative holdninger også medførte mindre utvist empati for pasientene (Boekel et al., 2013, s. 32-33). Om en ser til Travelbees tredje fase, empati, forklares det at sykepleier evner å leve seg inn i eller ta del i og forstå den andres psykiske tilstand, men uten å tenke og føle som den andre. Dernest forordner empati en viss likhet mellom sykepleier og pasient og det vil derfor være utenkelig at sykepleier vil kunne føle empati for alle sine pasienter. Det kan tenkes å være utfordrende for sykepleier å føle empati for mennesker med selvpåført sykdom, slik som alkoholisk levercirrhose. (Travelbee, 1999, s. 195). Dette skal derimot ikke gå utover pleien pasienten

mottar. Ifølge de yrkesetiske retningslinjene skal sykepleieren for det første respektere pasientens integritet og ikke utnytte sårbarheten. Dernest skal sykepleier verne pasienten mot krenkende handlinger og viktigst; yte omsorgsfull helsehjelp og lindre lidelse. (Norsk Sykepleierforbund, 2019, pkt. 2.4; 2.8; 2.10). Likeledes heter det i spesialisthelsetjenesteloven sin hensikt at det skal sikres et likeverdig helsetilbud (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §1-1). Travelbee fastslår imidlertid at det er mulig å utvide sitt empatiske område. Dette fordrer at sykepleieren må være bevisst sine «dommer» ovenfor pasienten og ikke la disse styre sin atferd og innvirke på omsorgen for den syke. Dette handler om aksept og tilgivelse som gir sykepleieren mulighet til å la pasienten skille seg ut og være annerledes. (Travelbee, 1999, s. 195; 199). Sammenlignes Travelbees teori med Hjorth et al. (2020, s. 4538) sine funn kan pasientens erfaringer vitne om en brist mellom empirien og teorien. Majoriteten av pasientene med levercirrhose opplevde skyld og skam på grunn av diagnosen, som ga en følelse av å ha en «merkelapp» i samfunnet. En merkelapp som vitner om avvik fra samfunnets normer og i stor grad en selvforskyldt sykdom. Christiansen (2018, s. 161) belyser også hvordan pasienter med rusrelaterte innleggelse kan føle på skam og det å føle seg underlegen i møte med helsepersonell. Et slikt møte er sårbart fordi det kan bære preg av usikkerhet, angst og tidligere erfaringer. Når sykepleiers stigmatiserende holdninger skinner igjennom, vil dette kunne påvirke pleien i negativ retning og gi uheldige konsekvenser. For det første trekkes det frem at pasienter som opplever stigmatisering i mindre grad oppsøker nødvendig helsehjelp. Dette kan igjen være problematisk med tanke på at sykepleierne har en sentral rolle i identifiseringen av rusrelaterte problemer på et tidlig tidspunkt (Boekel et al., 2013, s. 24). En rapport fra Helsedirektoratet fastslår at det kan påvirke kvaliteten og nytten av behandlingen, i tillegg til å vanskeliggjøre en rehabiliteringsprosess (Helsedirektoratet, 2012b, s. 110). For det andre er pasientgruppen mer utsatte for psykiske påkjenninger i form av depresjon og lite sosial støtte, som totalt sett gir dårligere livskvalitet og lavere sosial status. (Vaughn-Sandler et al., 2014, s. 6). En konsekvens av stigmaet kan sees i pasienters utsagn i studien til Hjorth et al. (2020, s. 4538); Pasientene hadde store vanskeligheter med å snakke om sykdommen, og spesielt når alkohol var årsaken. For å motvirke de uønskede konsekvensene stigma medfører, vil det først og fremst være nødvendig med bevisstgjøring. Det er ikke pasienten og dens problematikk som alene utgjør utfordringer i behandling, tvert imot er det sykepleierens holdninger og følelser som er avgjørende for utfallet. Derfor er det helt nødvendig at sykepleiere er bevisst sine egne holdninger og hvordan de negativt kan virke inn på pasientens samhandling med helsetjenesten. (Lossius, 2021, s. 32). Kort sagt kan en svekket evne til å føle empati for pasienten være en barriere for personsentrert og helhetlig sykepleie. Når

sykepleier evner å akseptere pasienten og være bevisst sine egne holdninger, kan en anstrenge seg for å endre den sykes tilstand og komme videre i forholdet og over i fasen sympati og medfølelse (Travelbee, 1999, s. 193-200) .

5.4 Sympati og medfølelse

Et ledd i bevisstgjøringen rundt de negative holdningene vil være å øke sykepleiernes kunnskapsgrunnlag i form av kompetanseheving og opplæring, samt øke fokuset på problematikken. I samtlige forskningsartikler trekkes det frem et umettet behov for kunnskap, både hos pasienter og sykepleiere. På den ene siden følte helsepersonell at de manglet kompetanse, kunnskap og ferdigheter som gjorde at de opplevde å være lite forberedt i møte med pasientene (Boekel et al., 2013, s. 32; Neville & Roan, 2014, s. 343). På den andre siden har pasienter med levercirrhose lite kunnskap om sykdommen. Det kan tenkes at sykepleiernes utilstrekkelige kompetanse kan påvirke pasientenes kunnskapsnivå i negativ retning. Videre kan et lavt kunnskapsnivå hos pasientene resultere i å øke antall sykehusinnleggelser som kunne vært unngått ved tilstrekkelig informasjon. (Hjorth et al., 2020, s. 4534). Etter pasient- og brukerrettighetsloven heter det at pasienten har rett på tilstrekkelig informasjon om egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Tilsvarende har sykepleier plikt til å gi informasjon om helse- og omsorgstjenestene (Helsepersonelloven, 1999, §10). Selv om studier fastslo nødvendigheten av undervisning og kompetanseheving blant sykepleierne, viste derimot flere studier at dette ikke var tilstrekkelig i seg selv (Boekel et al., 2013, s. 32-33). Som belyst i foregående kapittel (5.3, s. 21-22), mangler sykepleiere engasjement og interesse for pasientgruppen og sykepleien bærer derfor preg av å være mer oppgaveorientert. En oppgaveorientert sykepleie ble det historisk tidlig advart mot da dette kan komme i konflikt med en personsentrert sykepleie med fokus på det individuelle (Eriksen, 2015, s. 893). Ved å trekke paralleller til Travelbees teori, legges det i denne fasen til grunn en ny tilstedeværelse og involvering. Gjennom tidligere faser har sykepleier opparbeidet seg en forståelse av pasienten, som nå resulterer i et oppriktig hjelpeønske. Sykepleieren har en trang og et ønske om å lindre pasientens plager. (Travelbee, 1999, s. 201-205). Imidlertid forteller pasienter at de ikke ble godt nok smertelindret på bakgrunn av sin ruslidelse (Vaughn-Sandler et al., 2014, s. 4). Likeledes forteller sykepleiere i studien til Neville og Roan (2014, s. 344) at de er mer tilbakeholdende med smertestillende medikamenter til pasientgruppen, i frykt for å bidra til ytterligere rusproblematikk. Dette til tross for sykepleieobservasjoner som tyder på at

pasienten har smerter (Neville & Roan, 2014, s. 344). Dermed kan det synes å være en brist mellom sykepleiers hjelpeønske og utviklingen av menneske-til-menneske-forholdet, da sykepleierens hjelpeønske ikke blir omsatt i sykepleietiltak med formål om å lindre pasientens plager (Travelbee, 1999, s. 200-201). Videre strider det også imot sykepleierens behandlende funksjon med hensikt om å fjerne eller redusere pasientens plager (Kristoffersen et al., 2016, s. 18). Ellers er sykepleier etisk forpliktet til å yte omsorgsfull helsehjelp og lindre pasientens lidelse, eksempelvis gjennom å gi tilstrekkelig smertelindring. (Norsk Sykepleierforbund, 2019, pkt. 2.10). Sykepleiers manglende kompetanse kan utgjøre en barriere for en personsentrert og helhetlig sykepleie da de grunnleggende behovene ikke blir tilstrekkelig dekket.

Kontekstuelle faktorer påvirker også helsepersonellens holdninger og engasjement. Bedre arbeidsmiljø, inkludert støtte fra kollegaer og aktivt ønske om å arbeide med pasientgruppen, bidro til at arbeidet ble preget av forventninger, selvtillit og arbeidsglede. Effekten av et godt arbeidsmiljø resulterer i et godt samarbeid som igjen fører til at helsepersonellet kan styrke pasientenes empowerment. (Boekel et al., 2013, s. 32). Selv om en som sykepleier er etisk forpliktet til å bidra til faglig forsvarlig, god og omsorgsfull praksis, kan en også forvente at kollegaer og arbeidsgiver skal utvise respekt og støtte (Norsk Sykepleierforbund, 2019, pkt. 5.2; 5.5). På samme måte som et godt arbeidsmiljø er en hjørnestein for engasjement hos sykepleierne, er andre kontekstuelle faktorer som tid, organisering og bemanning også essensielt (Boekel et al., 2013, s. 32). Gjennom opptrappingsplaner for rusfeltet har kapasiteten til både spesialisthelsetjenesten og kommunene blitt rustet opp for å kunne bedre ivareta pasienter med ruslidelser (Helsedirektoratet, 2012b, s. 104). En medisinsk avdeling inngår derimot ikke, og erfaringer tilsier derfor at avdelingens begrensede rammebetingelser går på bekostningen av den optimale pleien. Sykepleiere fastslår også at pasientene ofte trenger en-til-en oppfølging for å ivareta pasientenes sikkerhet, dersom dette ikke er tilgjengelig byr det på utfordringer. (Neville & Roan, 2014, s. 343). Dette understøttes både i empirien og teorien. Pasienter med alkoholisk levercirrhose kan ved encefalopati være til fare for seg selv da en slik forvirringstilstand kan gjøre pasienten ukritisk, og risikoen for fall og skader er større (Haukeland, 2017). Erfaringsmessig krever pasientene mye av sykepleiers behandlende funksjon da sykdommens kompleksitet skaper et grunnleggende altomfattende hjelpebehov. Til tross for at dette er kjent, forekommer det vakter hvor underbemanning og tidspresstet er et faktum. Ikke bare vil dette utgjøre en barriere for den personsentrerte og

helhetlige sykepleien, men vil også gå på bekostning av målet i fasen, nemlig å omsette et hjelpeønske til sykepleietiltak.

5.5 Gjensidig forståelse og kontakt

Etter å ha gjennomgått de fire fasene er målet for sykepleien å oppnå gjensidig forståelse og kontakt. For sykepleieren må det ligge til grunn et ønske om å lindre plage hos pasienten, i tillegg til evnen til å identifisere pasientens behov. Sykepleieren må ikke bare ønske å hjelpe pasienten, men også evne å iverksette sykepleietiltak. Dette krever igjen kunnskap og ferdigheter, men også vilje. Travelbee forklarer at den gjensidige kontakten og forståelsen er et uttrykk for sykepleiers personlighet og menneskesyn. Det handler om hva sykepleieren faktisk mener om pasienten, som igjen gjenspeiles i handlinger. (Travelbee, 1999, s. 211-212). Dette kan derimot være problematisk med tanke på utøvelsen av en faglig forsvarlig og omsorgsfull sykepleie. Sykepleier er, ifølge de yrkesetiske retningslinjene, etisk forpliktet til å ivareta den enkeltes behov for helhetlig omsorg (Norsk Sykepleierforbund, 2019, pkt. 2.3). Derfor bør sykepleier evne å tilsidesette egne holdninger og meninger for å handle i tråd med de yrkesetiske retningslinjene og utøve en sykepleie som er uavhengig av pasienten og vedkommendes bakgrunn. Når pasienten ansees som en helhet blir både de fysiske og psykiske behovene dekket og ivaretatt. Den profesjonelle sykepleieren har benyttet en disiplinær intellektuell tilnæringsmåte, i tillegg til å bruke seg selv terapeutisk, og har da kommet inn til selve kjernen i denne slutfasen hvor omsorgsevnen og -ønsket er omsatt til sykepleietiltak (Travelbee, 1999, s. 212-213). Ser man derimot på de faktiske forholdene på en medisinsk sykehusavdeling, hvor utilstrekkelig bemanning og tidspress kan være til stede, vil ikke alltid en slik tilnærming som Travelbee presenterer la seg gjøre (5.4, s. 25). Likevel kan det tenkes at bruk av sykepleieteorien medfører en bevisstgjøring rundt sykepleiers negative og stigmatiserende holdninger, og dermed gjøre det mulig å bryte med dem. Samt at en slik teori kan gi grunnlag for en strukturert fremgangsmåte i relasjonsbyggingen mellom sykepleier og pasient, og bidra til at en kan erfare hverandre som unike individer. På den måten kan det tenkes at det er mulig å omsette et hjelpeønske til sykepleietiltak uten å bevisst gjennomgå de fire fasene.

6 Oppsummering

I denne oppgaven er det gjennom Travelbees menneske-til-menneske teori og annen sykepleielitteratur, forskningslitteratur og forfatterens egne erfaringer forsøkt å besvare problemstillingen. Utfordringen med å finne forskningslitteratur vitner om en begrenset mengde studier gjort omhandlende alkoholisk levercirrhose og stigma. Likevel er det identifisert ulike barrierer som kan utfordre en personsentrert og helhetlig sykepleie i møte med pasienter med alkoholisk levercirrhose med bruk av studier omhandlende levercirrhose og ruslidelser. Sett under ett resulterte artiklene i en oppfatning av at sykepleieres forforståelse er preget av negative og stigmatiserende holdninger som i seg selv kan være en barriere for personsentrert og helhetlig sykepleie. Videre fremkommer det av studiene at sykepleiere ofte manglet interesse, engasjement, empati og kunnskap i møte med pasientgruppen. Til tross for at kompetanseheving var ønskelig, avdekket studier at dette ikke var tilstrekkelig i seg selv. Kontekstuelle faktorer som tid, bemanning og kollegial støtte var også nødvendig for å oppnå en personsentrert og helhetlig sykepleie.

Ved bruk av Travelbees fire faser er det mulig definere strategier som kan bidra til å bryte barrierene. Ved å være bevisst sine potensielle fordommer og holdninger vil sykepleieren kunne bryte med et mulig fordreid førsteinntrykk. Likeledes vil en slik bevisstgjøring også kunne bidra til at pasientenes autonomi og medbestemmelse blir tilstrekkelig ivaretatt. Ved å øke bevisstheten kan de forhåndsbestemte stereotypene og kategoriene brytes, og sykepleier kan bli kjent med pasienten som unikt individ. På den måten blir pasientens behov stående i fokus i tråd med den personsentrert og helhetlige sykepleien.

7 Referanseliste

- Biong, S. & Ytrehus, S. (2018). Rusmiddelproblemer - en utfordring for samfunnet, helsetjenesten og den enkelte. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2. utg., s. 13-20). Cappelen Damm Akademisk.
- Boekel, L. C. v., Brouwers, E. P. M., Weeghel, J. v. & Garretsen, H. F. L. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 131(1-2), 23-35.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018>
- Christiansen, Å. (2018). Tidlig intervensjon ved rusmiddelrelaterte lidelser i sykehus. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2. utg., s. 159-177). Cappelen Damm Akademisk.
- Dalland, O. (2020). Den litterære bacheloroppgaven. I *Metode og oppgaveskriving* (7. utg., s. 199-207). Gyldendal
- Eriksen, S. (2015). Menneskets psykososiale behov. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., Bd. 1, s. 887-907). Cappelen Damm Akademisk.
- Fekjær, H. O. (2016). Alkoholbrukens historie. I *RUS* (4. utg., s. 25-28). Gyldendal Akademisk.
- Grue, J., Johannessen, L. E. F. & Rasmussen, E. F. (2014). Prestige rankings of chronic diseases and disabilities. A survey among professionals in the disability field. *Social Science and Medicine*, 124, 180-186. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.11.044>
- Haukeland, J. W. (2017). *Hepatisk encefalopati*. Oslo Universitetssykehus.
<https://ehandboken.ous-hf.no/document/121460>
- Helsebiblioteket. (2016). *Sjekklistor*. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsedirektoratet. (2012a). *Definisjoner, metode og prosess* (IS-1948). (Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP-lidelser, Issue.
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser>

- Helsedirektoratet. (2012b). *Prioriteringer i helsesektoren. Verdigrunnlag, status og utfordringer* (IS-1967). <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/prioriteringer-i-helsesektoren-verdigrunnlag-status-og-utfordringer>
- Helsedirektoratet. (2014a). *Kompetanse, kvalitet og personellsammensetning i TSB* (IS-2160). <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kompetanse-kvalitet-og-personellsammensetning-i-tsb>
- Helsedirektoratet. (2014b). *Sammen om mestring - Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid* (IS-2076). <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>
- Helsedirektoratet. (u.å.). *Stigmatisering* [Hentet fra ordbok]. Hentet 19.02.21 fra <http://www.forebygging.no/Ordbok/Q-A/Stigmatisering/>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Hjorth, M., Svanberg, A., Sjöberg, D., Rorsman, F. & Kaminsky, E. (2020). Liver cirrhosis turns into an unpredictable roller-coaster: A qualitative interview study. *Journal of Clinical Nursing*, 29(23-24), 4532-4543. <https://doi.org/10.1111/jocn.15478>
- Ingstad, K. (2013). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*. Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie : B. 1 : Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Lossius, K. (2021). Om å ruse seg. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling* (3. utg., s. 23-40). Gyldendal.
- Martinsen, B. (2010). Fysisk avhengighet - når kroppen svikter. I A.-M. Graubæk (Red.), *Å være pasient: En innføring i pasientologi* (s. 124-139). Akribe.
- McCormack, B. & McCance, T. (2010). A Theoretical Framework for Person-Centred Nursing. I *Person-Centred Nursing* (s. 21-39). Wiley-Blackwell.
- Michaelsen, J. J. (2010). Vanskelige pasienter og sykepleiere IA.-M. Graubæk (Red.), *Å være pasient: En innføring i pasientologi* (s. 141-160). Akribe.
- Neville, K. & Roan, N. (2014). Challenges in Nursing Practice: Nurses' Perceptions in Caring for Hospitalized Medical-Surgical Patients With Substance Abuse/Dependence. *The Journal of Nursing Administration* 44(6), 339-346. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000079>
- Norsk Senter for Forskningsdata. (2021). *Register over vitenskaplige publiseringskanaler*. Hentet 25.03.21 fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

- Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. NSF.
<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Odland, L.-H. (2016). Menneskesyn. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. utg., s. 25-42). Gyldendal Akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=Pasient%20og%20brukerrettighetsloven>
- Paulsen, V. (2016). Sykdommer i fordøyelsessystemet. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 253-294). Gyldendal akademisk.
- Skoglund, A. & Biong, S. (2018). Sykepleie til personer med rusmiddelavhengighet i somatisk sykehus. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2. utg., s. 178-194). Cappelen Damm Akademisk.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Statistisk Sentralbyrå. (2021). *Døde*. Hentet 11.03.21 fra <https://www.ssb.no/dode>
- Stubberud, D. G. & Almås, H. (2016). Sykepleie til sykdommer i galleveier, bukspyttkjertel og lever. I D. G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (5. utg., Bd. 1, s. 493-514). Gyldendal Akademisk.
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal Akademisk.
- Vaughn-Sandler, V., Sherman, C., Aronsohn, A. & Volk, M. L. (2014). Consequences of Perceived Stigma among Patients with Cirrhosis. *Digestive Diseases and Sciences*, 59(3), 681-686. <https://doi.org/10.1007/s10620-013-2942-0>
- World Health Organization. (u.å.). *Lexicon of alcohol and drug terms published by the World Health Organization*. Hentet 7. januar fra https://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/
- Ytrehus, S. (2018). Familiens situasjon. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med ruslidelse* (2 utg.). Cappelen Damm akademisk.
- Aadland, E. (2011). «Og eg ser på deg...» *Vitenskapsteori i helse- og sosialfag* (3. utg.). Universitetsforlaget

8 Vedlegg

<i>Vedlegg 1: PICO-skjema</i>			
P	I	C	O
Pasienter med (alkoholisk) levercirrhose og/eller alkoholoverforbruk	Helsepersonellets holdning Helhetlig og/eller personsentrert omsorg/sykepleie		Stigma hos pasientgruppa
Livercirrhosis Alcoholic livercirrhosis Alcohol abuse Alcoholism	Attitude of health personnel Nurse attitude Holistic nursing/care Person-centered nursing/care		Stigma