



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKSB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	24-02-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR
Sluttdato:	22-04-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)		
SIS-kode:	203 SYKSB3001 1 PRO-1 2020 VÅR stord		
Intern sensor:	Frode Skorpen		

Deltaker

Kandidatnr.: 642

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Fremje verdigheit i ein sårbar situasjon - Til pasientar med ROP-lidingar

Antall ord *: 8682

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Fremje verdigheit i ein sårbar situasjon

- *Til pasientar med ROP-lidingar*

Promote dignity in a vulnerable situation

- *To patients with dual diagnosis*

Kandidatnummer: 642

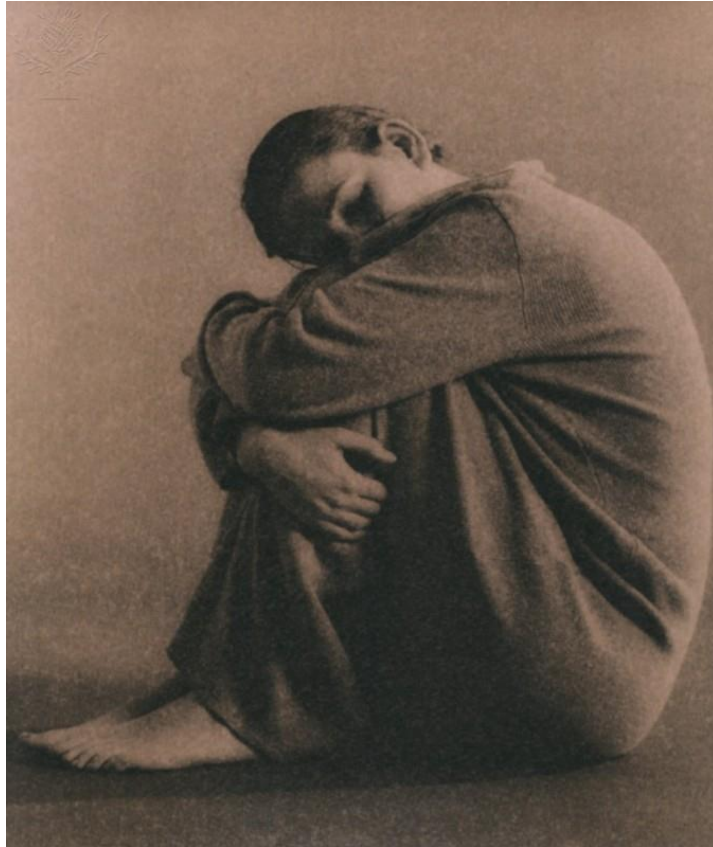
Bachelor i sjukepleie, Stord

Fakultet for helse- og omsorgsvitskap

Innleveringsdato: 06.05.2020

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle

kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.



(Henta 24.04.20 frå ImageQuest)

**FRJEMJE VERDIGHEIT I EIN SÅRBAR SITUASJON
-TIL PASIENTAR MED ROP-LIDINGAR**

Bacheloroppgave i sjukepleie
Høgskulen på Vestlandet, Stord, Kull 2017

Innleveringsdato: 06.05.20

Antall sider: 41

Antall ord: 8682

SAMANDRAG

Tittel: Fremje verdigheit i ein sårbar situasjon - *Til pasientar med ROP-lidingar*

Bakgrunn for val av tema: Det finnes framleis stigma og fordommar knytt til det å ha ei psykisk liding eller ei rusmiddelliding i dagens samfunn. Gjennom praksis, og arbeid i helsevesenet elles, har eg møtt denne pasientgruppa på fleire ulike arenaer i helsevesenet. Ivaretaking av denne pasientgruppa kan bli opplevd som utfordrande.

Problemstilling: Korleis kan sjukepleiar fremja oppleving av verdigheit hos pasientar med samtidig rusmisbruk og psykisk liding?

Hensikt: Å utforske korleis ein som sjukepleiar kan fremja oppleving av verdigheit hos denne pasientgruppa.

Metode: Denne bacheloroppgåva er eit litteraturstudie. Eg har nytta vitenskaplege artiklar med kvalitativt design, relevant litteratur og eigne erfaringar for å svare på problemstillinga.

Resultat: Personar med ROP-lidingar blir møtt med stigma og negative haldningar i møte med psykisk helsevern. I dei inkluderte artiklane kjem det fram at sjukepleiarens haldningar påverkar pasientens oppleving av verdigheit. Det blir identifisert eit auka behov for kunnskapar om psykiske lidingar og rusmiddellidingar blant sjukepleiarar. Relasjonen mellom pleiar og pasient blir også identifisert som ein viktig faktor for pasienten sin oppleving av verdigheit.

Konklusjon: Sjukepleiaren sine kunnskapar knytt til psykiske lidingar og rusmiddelliding ser ut til å ha betydning for å fremja pasienten sin oppleving av verdigheit. Auka kunnskapar vil kunne bidra til mindre negative haldningar blant sjukepleiarar. Auka kunnskapar vil også kunne bidra til å fremje pasienten sin oppleving av verdigheit.

Nøkkelord: Verdigheit, relasjon, ROP-lidingar, kunnskap, haldningar

ABSTRACT

Title: Promote dignity in a vulnerable situation - *To patients with dual diagnosis*

Background: There is still stigma and prejudice associated with having a mental illness or substance use disorder today. Through practice, and work in the health care system in general, I have met this patient group in several different arenas in the health care system. Taking care of this patient group can be challenging.

Research question: How can nurses promote the experience of dignity in patients suffering from dual diagnosis?

Aim: To explore how a nurse can promote the experience of dignity in this patient group.

Method: This bachelor thesis is a literature study. I have used scientific articles with qualitative design, relevant literature and my own experiences to answer the research question.

Results: People with dual diagnosis are faced with stigma and negative attitudes when encountering the mental health care system. The included articles show that the nurse's attitudes influence the patient's experience of dignity. An increased need for knowledge about mental disorders and substance abuse disorders among nurses are identified. The relationship between the caregiver and the patient is also identified as an important factor for the patient's experience of dignity.

Conclusion: The nurse's knowledge related to mental illness and drug disorders appear to have an impact on promoting the patient's experience of dignity. Increased knowledge can contribute to less negative attitudes among nurses. Increased knowledge can also contribute to promoting the patient's experience of dignity.

Key words: Dignity, relation, dual diagnosis, knowledge, attitude

Innholdsliste

1.0	INTRODUKSJON	1
1.1	BAKGRUNN FOR VAL AV TEMA	1
1.2	OPPGÅVA SI HENSIKT	2
1.3	PROBLEMSTILLING	2
1.4	AVGRENSING OG PRESISERING	2
1.0	TEORI	3
2.1	SJUKEPLEIETEORETISK PERSPEKTIV	3
2.2	VERDIGHEIT	4
2.2	RUSMIDDELLIDING	5
2.3	PSYKISK LIDING	5
2.4	SAMTIDIG RUSMIDDELLIDING OG PSYKISK LIDING	6
2.5	RELASJONENS BETYDNING	7
2.0	METODE	8
3.1	METODEOMGREPET	8
3.2	LITTERATURSTUDIE SOM METODE	8
3.3	FRAMGANGSMÅTE	8
3.3.1	<i>Tabell 1</i>	10
3.3.2	<i>Tabell 2</i>	11
3.4	METODEKRITIKK	12
3.4.1	<i>Vurdering av eiga oppgåve</i>	12
3.4.2	<i>Kritisk vurdering av forskingsartiklar</i>	12
3.4.3	<i>Etikk i oppgåveskriving</i>	14
3.0	RESULTAT	15
4.1	SAMANDRAG AV ARTIKLAR	15
4.2	ANALYSE AV RESULTAT	18
4.0	DRØFTING	19
5.1	Å VERA BEVISST OVER EIGNE HALDNINGAR	19
5.2	SJUKEPLEIARENS KUNNSKAP SIN BETYDNING FOR OPPLEVING AV VERDIGHEIT	22
5.3	RELASJONENS BETYDNING	23

5.4 SJUKEPLEIEFAGLEG ANSVAR	24
5.0 AVSLUTNING	26
REFERANSAR	27
VEDLEGG: LITTERATURMATRISER	30
VEDLEGG 1	30
VEDLEGG 2	31
VEDLEGG 3	32
VEDLEGG 4	33
VEDLEGG 5	34
VEDLEGG 6	35

1.0 Introduksjon

1.1 Bakgrunn for val av tema

Helsedirektoratet (2012) hevder at det kan vera vanskeleg å tolka førekomststudiar av psykiske lidningar hos rusavhengige på bakgrunn av at mange forskarar ikkje skil mellom sjølvstendige uavhengige og rusutløyste psykiske lidningar. Det blir likevel sett ein klar samanheng mellom psykiske lidningar og ruslidningar. Videre kjem det tydeleg fram at førekomsten av psykiske lidningar aukar parallelt med alvorlighetsgraden av ei rusmiddelliding, og at førekomsten av rusmiddellidingar aukar parallelt med alvorlighetsgraden av ei psykisk lidning. Enkelte utanlandske studiar viste at livstidsførekomsten av rusmisbruk blant personar med alvorleg psykisk lidning er på mellom 40 og 60 prosent (Helsedirektoratet, 2012). I ein studie utført av Gråwe og Ruud (2006) kjem det fram at 9 % av pasientane som mottek døgnbehandling i psykisk helsevern hadde ein rusdiagnose. I tillegg kjem det fram at førekomsten er vesentleg høgare hos yngre pasientar og blant menn (Gråwe & Ruud, 2006).

Gjennom tidene har personar med psykiske lidningar vore ei utstøytt gruppe. Foucault, referert av Sandmo (2000), beskriv korleis store menneskegrupper på midten av 1600-talet vart innesperra og ekskludert frå eit lite tolerant samfunn. Dei første store interneringshusa der dei gale blei sperra inne fungerte ikkje som behandlingstilsetningar. Dei fungerte derimot som halvt administrative og halvt rettslege reiskapar for å etablere orden i eit uroleg samfunn, og dei gale var berre ein av gruppene som blei innesperra der. Innesperringa var først og fremst eit middel for å administrere moralen, og fungerte som ei straff for moralsk villfaring.

Hensikta var å isolere menneske som var uproduktive, altså grupper som av ein eller anna grunn ikkje bidrog til samfunnet slik dei skulle. Personar med psykiske lidningar vart på denne tida sett på som umenneskelege, og blei behandla deretter. Dei vart behandla med systematisk sløving eller dressur slik at dei som arbeida der skulle få mogelegheit til å få kontroll over dei (Sandmo, 2000). Psykiatrien har naturlegvis endra seg betydeleg sidan den gong. Først og fremst blir psykiske lidningar i dag betrakta som ein sjukdom. Sjukdomsomsgrepet bidrar til å tone ned skyldsaspektet fordi det viser til at ingen kan noko for at dei blir ramma av sjukdom (Snoek & Engedal, 2017, s. 22).

Bakgrunnen for val av tema er at det framleis finnes stigma og fordommar knytt til det å ha ei psykisk lidning eller ei rusmiddelliding i dagens samfunn (Snoek og Engedal, 2017, s. 22; Jacobson, 2012, s. 55). I tillegg har eg gjennom praksisperiodane på sjukepleiarstudiet, og

gjennom arbeid i helsevesenet elles, møtt denne pasientgruppa på fleire ulike arenaer i helsevesenet. Ein pasient eg møtte gjennom praksis i heimesjukepleia var ein mann med ROP-liding som hadde fleire utfordringar knytt til si fysiske helse. Nokre av desse utfordringane var knytt til omfattande rusmisbruk over mange år. Når heimesjukepleiarane kom heim til bustaden hans var han enkelte gangar rusa og hadde aggressiv åtferd. Dette førte til at mange av dei tilsette i heimetenestene kjente seg utrygge i møte med denne pasienten. På bakgrunn av dette opplevde fleire av sjukepleiarane ivaretaking av denne pasienten som utfordrande.

1.2 Oppgåva si hensikt

Hensikta med oppgåva er å tileigne meg auka kunnskap og forståing knytt til sjukepleie til pasientar med ROP-lidingar, samt utforske korleis ein som sjukepleiar kan fremja oppleving av verdigheit hos denne pasientgruppa.

1.3 Problemstilling

«Korleis kan sjukepleiar fremja oppleving av verdigheit hos pasientar med samtidig rusmisbruk og psykisk liding?»

1.4 Avgrensing og presisering

I denne oppgåva har eg valt å ha fokus på korleis ein som sjukepleiar kan bidra til auka oppleving av verdigheit hos personar med ROP-lidingar. Omgrepet ROP-lidingar blir i denne oppgåva brukt om personar med alvorleg psykisk liding kombinert med ei rusliding. Personar med mindre alvorleg psykisk liding kombinert med ei rusliding blir også inkludert når lidinga er forbunde med betydeleg funksjonssvikt. Eg har valt å ikkje avgrense oppgåva til ein einskild psykiatrisk diagnose eller eit einskild rusmiddel fordi det ikkje er funne eintydige samanhengar mellom type psykisk liding og bruk av spesielle rusmidlar blant desse pasientane (Gråwe R. W., 2014, s. 203). Videre har eg valt å ikkje avgrensa oppgåva til ein bestemt del av helsesektoren, då dette er ei pasientgruppe som ein som sjukepleiar vil kunne møte i fleire av dei ulike arenaane i helsevesenet (Helsedirektoratet, 2012).

1.0 Teori

2.1 Sjukepleieteoretisk perspektiv

Den teoretiske forankringa i denne oppgåva byggjer på Martinsen sin omsorgsteori. I hennar sjukepleiarteori står verdioppfatninga om at menneske er gjensidig avhengige av kvarandre heilt sentralt. Ho vektlegg ei menneskeoppfatning som setter det menneskelege fellesskapet i sentrum, og ikkje det nakne individet (Martinsen, 1990, s. 63). Martinsen er i tillegg valt på grunnlag av hennar engasjement for dei svake pasientgruppene i samfunnet (Martinsen, 2003, s. 42).

I følge Martinsen (2003) blir det å vera avhengig av andre sett på som noko negativt. I dagens samfunn blir meistring sett på som ein individuell verdi, og som følge av det som motpolen til det å vera avhengig av andre. Sjølvstendigheit og uavhengigheit er sentrale verdiar i dagens samfunn (Martinsen, 2003, ss. 43-44). Når menneske står i situasjonar der dei treng hjelp, som ved sjukdom, funksjonstap eller skade, trer menneska sin avhengigheit tydeleg fram. Martinsen meiner derimot at avhengigheita ikkje er avgrensa til slike situasjonar. Ho meiner at ein del av mennesket sitt liv er utlevert til eit anna menneske i kvar ein situasjon (Martinsen, 2003, s. 47).

Martinsen (2003) påpeiker at mellommenneskelege relasjonar er prega av makt og avhengigheit, og framhevar moralen si rolle i forvaltninga av desse. Vidare hevdar ho at moralen ut frå dette har to ansikt. På ei side har den ofte blitt brukt til å rettferdiggjera undertrykking og maktutøving. På ei anna side kan moralen vera eit vern for dei svake, på denne måten er den eit uttrykk for ein moralsk ansvarleg maktutøving. Videre forklarar ho at det moralske prinsipp om ansvaret for dei svake kan nyttast til å trekke ei grense mellom moralsk uansvarleg og ansvarleg maktutøving (Martinsen, 2003, s. 47-48).

Martinsen (1990) beskriv korleis menneska sin avhengigheit av kvarandre gir opphav til ei fordring om å ta vare på kvarandre. For å forklare dette byggjer ho på Løgstrups tenking om dei suverene livsytringane. Dei spontane og suverene livsytringane er fundamentale i dei mellommenneskelege relasjonane. Livsytringane er spontane og medfødt, blant desse er tillit, medkjensle og barmhjertigheit. Videre hevdar ho at livsytringane viser seg gjennom våre handlingar. Våre handlingar krev moralsk drøfting og skjønsmessige vurderingar for å vurdere i kva grad man i kvar einskild situasjon handlar i samsvar med livsytringa (Martinsen,

1990, s. 64-66) Eksempelvis beskriv Martinsen (1990) tillit som fundamental og utan vilkår. Tilliten er dermed spontant til stede mellom menneske inntil den blir broten. Misstillit er erfart, og oppstår på grunnlag av mangel på tillit (Martinsen, 1990, s. 70).

Martinsen (2003) ser på omsorg som ein mellommenneskeleg prosess. Ho beskriv at omsorg har med korleis vi forhold oss til kvarandre, samt korleis vi viser omsorg til kvarandre i kvardagen (Martinsen, 2003, s. 69). Martinsen (2003) tar avstand frå at omsorga skal vera oppgåveorientert og problemløysande, og vektlegg at omsorga skal vera retta mot å lindra lidning. Derimot hevdar ho at dette perspektivet ikkje ekskluderer problemløysing, men at det skal ta utgangspunkt i den lidande personen, og ikkje problemet (Martinsen, 2003 s. 67-68).

2.2 Verdighet

I grunnlaget for dei yrkesetiske retningslinjene for sjukepleiarar står det at «Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet» (Norsk sykepleierforbund, 2020).

Verdighet er ein menneskeleg eigenskap som er likestilt med verdien av å vera eit menneske og verdien av å vera ein person. Videre er verdighet kjensler som den enkelte har for seg sjølv, som eksempelvis sjølvrespekt, sjølvtilit, stoltheit, sjølvkjensle og sjølvsikkerheit. Verdighet er medfødt og ibuande i alle. Mellombels er verdighet også noko flytande. Det eksisterer i ulike nivå og fungerer som ein stadig skiftande indikator på din plass i verden (Jacobson, 2012, s. 1).

I følge Jacobson (2009, s. 13) kan omgrepet verdighet bli forstått på to måtar; som ein absolutt verdighet og som ein relativ verdighet.

Den absolutte verdigheita er knytt til menneskeverdet, og er verdien som menneske ganske enkelt har i kraft av å vera menneske. Denne betydninga blir forstått som å vera grunnleggjande og sjølvinnlysande. Verdigheita den beskriver er dermed ibuande, objektiv, utan vilkår og statisk (Jacobson, 2012, s. 13). Menneskeverdet er utan vilkår og absolutt, og viser til at alle menneske har like stor verdi (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 100). Historisk sett er menneskeverd knytt til religion. Menneske har verdighet fordi dei er skapt i guds bilete (Jacobson, 2012, s. 13).

Den relative verdigheita er knytt til idéen om at verdigheita er sterkt forbundet med relasjonar mellom menneske. Her er verdigheit ein kvalitet, som er subjektiv og dynamisk, og som stadig blir påverka av handlingar og i samhandling mellom og blant individ, menneskelege fellesskap, organisasjonar og samfunn (Jacobson, 2012, s. 14). Vidare kan den relasjonelle verdigheita delast inn i to typar; «sjølvverdigheit» og «verdigheit i relasjon». Sjølvverdigheit er knytt til eigenverd og sjølvrespekt som blir identifisert med eigenskapar som integritet, sjølvtilit og ei verdig åtferd. Verdigheit i relasjon refererer til metodane respekt og verdiar blir formidla på i samhandling mellom menneske. Det omfattar også kjensla av verdigheit som er forbundet rang eller status. Denne verdigheita er målbar og kan samanliknast, og kan dermed både fremjast og krenkast (Jacobson, 2012, s. 17). Menneske i sårbare eller hjelpetrengjande situasjonar er særleg utsett for å oppleve omsorga som verdig eller som krenkjande (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 100).

2.2 Rusmiddelliding

Bruk av rusmiddel er i seg sjølv ingen sjukdom. Omgrepet rusmiddelliding blir først aktuelt når personen har utvikla eit behandlingstrengande misbruk (Snoek & Engedal, 2017, s. 176). I denne oppgåva blir omgrepet rusmiddelliding brukt som samleomgrep for både rusmisbruk, rusavhengigheit og skadeleg bruk, og omfattar bruk av substansar som både narkotiske stoff og alkohol. Ei rusmiddelliding er kjenneteikna ved eit dysfunksjonelt mønster av rusmiddelbruk som fører til betydeleg funksjonssvikt eller belastning hos den enkelte (Gråwe R. W., 2014, s. 199).

2.3 Psykisk liding

Psykiatri kan i følge Snoek og Engedal (2017) definerast som læra om sjelas eller sinnets lidingar. I tillegg beskriv dei psykiatrien som læra om avvikande tankar, kjensler og handlingar betrakta som sjukdommar. Ei psykisk liding er ein samlebetegnelse på dei sjelelege lidingane som vi ser på som sjukelege eller behandlingstrengane innanfor vår vestlege kultur (Snoek & Engedal, 2017, s. 19-20). Vidare påpeiker dei at det på trass av forskning og utvikling på fleire område framleis ikkje finnes ein klar definisjon på kva psykiske lidingar eigentleg er, og korleis slike lidingar skil seg frå eller liknar på fysisk sjukdom. Dei ulike lidingane blir definert gjennom ei rekkje inkluderings- og ekskluderingskriteriar. Det vil dei at ein må definera kva symptom pasienten må ha eller ikkje kan ha for at ein kan stilla ein bestemt diagnose (Snoek & Engedal, 2017, s. 23-24).

2.4 Samtidig rusmiddelliding og psykisk liding

I følge Gråwe (2014) omfattar ROP-lidingar personar med samtidig rusmiddellidingar og psykiske lidingar. Videre inkluderer omgrepet ROP personar med alle kombinasjonar av alvorleg og mindre alvorleg rusmiddelliding og samtidig alvorleg og mindre alvorleg psykisk liding. Alvorlege psykiske lidingar blir kjenneteikna ved lidingar som har ei vedvarande negativ effekt på personen sin psykososiale fungering, som eksempelvis mellommenneskelege relasjonar, utdanning og jobb. Det dreier seg først og fremst om lidingar som schizofreni og liknande psykoselidingar, affektive lidingar og alvorlege personlegdomsforstyringar (Gråwe R. W., 2014, s. 200).

Personar med ROP-lidingar er ei sårbar pasientgruppe, har ofte samansette utfordringar og vil dermed ha behov for koordinert innsats frå eit breitt spekter av hjelpeapparatet, kommunehelsetenesta, ulike deler av spesialisthelsetenesta og NAV (Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, 2020). Likevel ser vi at denne pasientgruppa ofte fell utanfor dei eksisterande behandlingstilboda i spesialisthelsetenesta og kommunane. Det at ein person har behov for hjelp frå fleire ulike instansar, kan vera ei hindring for at vedkommande får den hjelpa han eller ho faktisk har behov for og krav på (Ytrehus, 2012, s. 246). Psykologisk behandling og rusbehandling er organisert kvar for seg. Det kan då vera vanskeleg å avgjera kven som har det særskilde ansvaret. For pasientar med begge typar utfordringar kan dette vera utfordrande.

Jacobson (2012) påpeiker at både psykiske lidingar og rusmiddellidingar plasserer menneske i ein sårbar situasjon på fleire måtar. For det første opplev fleire menneske at symptom på psykiske lidingar, eller effekten av abstinens eller av rusmiddel, kan føre til åtferd som er forbundet med uverdighet. For det andre fører psykiske sjukdommar eller avhengigheits «stempel» ofte til at folk blir mislikt, og blir møtt med stigma og fordømmar. I tillegg er sårbarheit knytt til dei omstenda menneske er i når dei opplev psykisk sjukdom eller avhengighet. Eksempelvis er enkelte innlagt under psykisk helsevern eller er heimlause (Jacobson, 2012, s. 55).

Det finnes fleire forklaringsmodellar på kvifor det er så høg samanheng mellom ruslidingar og psykiske lidingar. Ein av dei byggjer på at det er felles sårbarheitsfaktorar ved begge typar lidingar som aukar risikoen for lidingane, som eksempelvis genettikk eller traume. For mange

kan den psykiske lidinga vera ein hovudårsak til ei rusmiddelliding. På ei anna side kan ei rusmiddelliding vera hovudårsak til ei psykisk lidning. I tillegg kan ROP-lidingar bli sett på som ein gjensidig interaksjon mellom begge lidingane (Gråwe R. W., 2014, s. 204).

2.5 Relasjonens betydning

I arbeid med personar med ROP-lidingar har relasjonen mellom pasient og tenesteytar stor betydning for resultatet av behandlinga, og kan ofte vera viktigare enn kva behandlingmetode som blir brukt (Helsedirektoratet, 2012). Dette blir også understreka av Hummelvoll (2012) som hevder at fellesskapet mellom sjukepleiar og pasient spelar ei avgjerande rolle i betringprosessen ved arbeid med psykiatriske pasientar. Videre påpeiker han at relasjonar vil gjera det mogeleg å utforma ein sjukepleiepraksis som tar utgangspunkt i pasienten sine ynskjer og behov (Hummelvoll, 2012, s. 38). Dette er i samsvar med det som Bøe og Thomassen (2017) skriv om at relasjonen sin betydning i behandling. Dei viser til eit eksempel frå relasjonen og den dialogen som er mellom pasient og behandlar. Dei hevdar at relasjonen og den gode dialogen gjer at dei i samarbeid kan finne den behandlinga som hjelper pasienten maksimalt. Vidare påpeiker dei at ved å få respekt og innflytelse blir individet anerkjend som eit menneske, med kunnskap og erfaring, og blir tildelt makt til å ha innverknad på eige liv. Dette gir betring (Bøe & Thomassen, 2017, s. 138). I tillegg vil ein god relasjon kunne bidra til at pasienten blir lengre i rusbehandlinga (Helsedirektoratet, 2012).

2.0 Metode

3.1 Metodeomgrepet

I følge Dalland (2017) er metode reiskapen vår i møte med noko vi ynskjer å undersøke, og vert nytta til å samle inn informasjon og/eller til å svara på ei problemstilling. Metoden fortel noko om korleis ein skal gå fram for å finne fram til ny kunnskap. Kva for ein metode ein vel å bruke er avhengig av kva metode ein meiner at løyser problemstillinga best. Det blir skilt mellom kvalitativ og kvantitativ metode. Kvalitativ metode har som hensikt å fange opp ei meining og oppleving som ikkje lar seg målast eller talfestast, medan kvantitativ metode gir data i form av målbare einingar. På kvar sin måte bidrar kvantitative og kvalitative metodar til at vi får ei auka forståing av samfunnet vi lever i, og av korleis grupper, enkeltmenneske og intuisjonar handlar og samhandlar (Dalland, 2017, ss. 51-52).

3.2 Litteraturstudie som metode

Denne oppgåva er eit litteraturstudie. Eit litteraturstudie er eit studie basert på systematisert kunnskap frå skriftlege kjelder. Systematisert kunnskap vil seia innhenta litteratur som er kritisk vurdert og samanfatta. Hensikta er å gi lesaren god forståing og oppdatert kunnskap på det feltet som problemstillinga etterspør, samt korleis ein har funne fram til denne kunnskapen (Thidemann, 2015, ss. 79-80).

3.3 Framgangsmåte

Manuelt søk

I løpet av søkjeprosessen har eg, etter kvart som eg fann fram til relevante forskingsartiklar, utført manuelt søk i artiklane sine referanselister. I artiklanes referenseliste har eg leita etter andre interessante og relevante artiklar og primærstudiar.

Søk i databasar

I denne oppgåva har eg nytta aktuell og relevant faglitteratur, pensumlitteratur og forskingsartiklar for å belysa problemstillinga. For å finna relevant og oppdatert forskingslitteratur har eg nytta databasane CINAHL, MEDLINE og SweMed+. Desse er tilgjengelege gjennom biblioteket på HVL sine nettsider. Databasane blei valt på grunnlag av at dei blir sett på som pålitelege og fordi gir meg tilgang på både nordisk og internasjonal litteratur innan sjukepleiarfaget.

Inklusjonskriteriar i søkjeprosessen var kvantitative og kvalitative studiar, på enten engelsk eller norsk. Det var å føretreke at artiklane var fagfellevurderte og følgde IMRaD-strukturen. Vitskaplege artiklar som følgjer IMRaD-strukturen er godt organisert og har ein tydeleg struktur som inneheld introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Thidemann, 2015, ss. 30-31). Eksklusjonskriteria i søkjeprosessen var publikasjonar som ikkje var eldre enn 10 år, og studiar som ikkje var overførbare til norske forhold. Ein artikkel frå 2009 blei likevel inkludert i oppgåva på grunn at resultatata som kjem fram framleis er relevant for oppgåvas problemstilling. Fire artiklar vart inkludert til denne oppgåva etter søk i databasen MEDLINE. Etter søk i databasen CINAHL vart ytterlegare to artiklar inkludert til oppgåva.

Søkjeord

Søkjeorda blei valt med utgangspunkt i problemstilling og avgrensing. For å operasjonalisere problemstillinga slik at den blei presis og søkjebar blei rammeverket PICO nytta (Thidemann, 2015, s. 86). I søkjeprosessen prøvde eg ulike ord på engelsk og norsk, før eg fann fram til relevante søkjeord som gav resultat. Søkjeord på norsk i databasen SweMed+ gav få eller ingen resultat og blei derfor ekskludert frå oppgåva. Søkjeorda som blir presentert nedanfor er dei som gav relevante treff med utgangspunkt i problemstillinga.

Engelske søkjeord: *Dignity, violation, relation, psychiatric care, substance use*

3.3.1 Tabell 1

Database: MEDLINE						
Søk dato	Søk nummer	Søkeord	Antall artiklar	Leste abstrakt	Leste artiklar	Artiklar inkludert
10.11.19	S1	Dignity	8518			
	S2	Violation	20 544			
	S3	S1 AND S2	154	3	1	1
	S4	Psychiatric care	36 170			
	S5	S1 AND S4	79	5	2	1
12.03.20	S6	Substance use	44 654			
	S7	Relation	895 688			
	S8	S1 AND S6	24	4	2	
	S9	S1 AND S6 AND S7	5	3	3	2

Søk nr.3 gav treff på artikkelen *Dignity Violation in Health Care* (Jacobson, 2009). Artikkelen blei sett på som relevant fordi den belyser prosesser som medfører brot på verdigheit i helsevesenet, samt fordi den belyser problemstillinga i oppgåva.

Søk nr.5 gav treff på artikkelen *The significance of small things for dignity in psychiatric care* (Skorpen, Rehnsfeldt, & Thorsen, 2014). Artikkelen blei inkludert til oppgåva på grunn av sin relevans til oppgåvas problemstilling.

Søk nr.9 gav treff på artikkelen *The multifaceted vigilance - nurses' experiences of caring encounters with patients suffering from substance use disorder* (Johansson & Gustin, 2015). Søk nr.9 gav og treff på artikkelen *It is just that people treat you like a human being: The meaning of dignity for patients with substance use disorders* (Solberg & Nåden, 2019). Denne artikkelen blei også valt på bakgrunn av sin relevans til oppgåvas problemstilling.

3.3.2 Tabell 2

Database: CINAHL						
Søk dato	Søk nummer	Søkeord	Antall artiklar	Leste abstrakt	Leste artiklar	Artiklar inkludert
12.03.20	S1	Dignity	7091			
	S2	Relation	430 751			
	S3	Psychiatric care	34 879			
	S4	Substance use	77 784			
	S5	S1 AND S2 AND S3	30	7	5	1
	S6	S1 AND S2 AND S4	12	4	3	1

Søk nr.5 gav treff på artikkelen *Undignified care: Violation of patient dignity in involuntary psychiatric hospital care from a nurse's perspective* (Gustafsson, Wigerblad, & Lindwall, 2013). Artikkelen blei inkludert til oppgåva fordi den tar opp eit tema som belyser problemstillinga i oppgåva.

Søk nr.6 gav treff på artikkelen *A sanctuary of safety: A study of how patients with dual diagnosis experience caring conversations* (Priebe, Gustin, & Fredriksson, 2017). Denne artikkelen blei også valt på bakgrunn av sin relevans til oppgåva si problemstilling.

3.4 Metodekritikk

3.4.1 Vurdering av eiga oppgåve

Eg har valt å basere denne litteraturstudien på studiar med kvalitativ tilnærming. Denne tilnærmingemetoden er hensiktsmessig for å belysa oppgåvas problemstilling, då denne har som hensikt å tileigna seg kunnskap om menneskelege eigenskapar, som haldningar, meiningar, opplevingar, erfaringar og liknande (Thidemann, 2015, s. 78). Eg har nytta studiar som kvar for seg beskriv både sjukepleiarar og pasientar sine opplevingar knytt til ivaretaking av pasientverdigheita i helsevesenet. På denne måten har eg tileigna meg ei meir perspektivrik forståing av dei prosessane som påverkar pasienten sin verdigheit i helsevesenet. Eg vurderer dette som ei styrkje i denne oppgåva. Videre er fem av dei seks inkluderte artiklane utført i Skandinavia. To av desse er frå Norge og tre frå Sverige. Ein er frå Canada. Alle artiklane kan etter mi vurdering overførast til norske forhold.

Eg har også nytta relevant pensumlitteratur og anna sjølvvalt litteratur for å belysa oppgåva si problemstilling. På grunn av Covid-19 situasjonen må det likevel takast høgde for at det har vore utfordrande å skaffa nyare litteratur, og at det på grunnlag av dette har vore nytta bøker av noko eldre utgåver.

3.4.2 Kritisk vurdering av forskingsartiklar

For å kritisk vurdere valte forskingsartiklar har eg nytta sjekklister. Desse er tilgjengelege gjennom helsebiblioteket sine nettsider (Helsebiblioteket, 2016). Sjekklisene vart ikkje direkte fylt ut, men det blei tatt utgangspunkt i dei krava som sjekklisene stiller for å vurdere artiklane sin relevans og faglege kvalitet. Alle artiklane inkludert til oppgåva er publisert i anerkjende tidsskrift og inneheld informasjon av relativt ny dato.

Studien «*Dignity Violation in Health Care*» (Jacobson, 2009) har eg etter kritisk vurdering vurdert til å vera god, og av god kvalitet. Problemstilling og hensikt med studiet kjem tydeleg fram tidleg i artikkelen. For å svare på problemstillinga vart det nytta tre metodar for datainnsamling. Desse var; analytisk gjennomgang av litteratur om verdigheit, 9 intervju av ekspertar i teori om praksis om helse og menneskerettigheitar, og 55 intervju av eit breitt spekter av menneske. Denne metoden er hensiktsmessig for å belyse problemstillinga frå ulike perspektiv, samt for å oppnå ei breiare forståing for temaet. Konklusjonen i studien kunne mogelegvis vore noko tydelegare formulert. Studien vart godkjend av etisk komité i Canada, og deltakarane sitt personvern vart ivare tatt. Artikkelen blei vurdert som relevant for å belyse

problemstillinga i oppgåva, då den beskriv ulike utfordringar knytt til ivaretaking av pasienten sin verdigheit i helsevesenet. Studien er utført i Canada, men eg vurderer likevel at resultata kan overførast til norske forhold. Til tross for noko eldre publikasjonsdato har eg likevel vald å nytte denne artikkelen i oppgåva då eg vurderer resultata som relevante opp i mot oppgåvas problemstilling.

Studien av Solberg og Nåden (2019) vurderer eg som god. Dei har utført eit kvalitativt studie med tittelen «*It is just that people treat you like a human being: The meaning of dignity for patients with substance use disorders*» (Solberg & Nåden, 2019). Artikkelen er strukturert og gjev god oversikt over relevante funn. Studien hadde fleire inklusjonskriteriar, og nemnar avgrensingar som det bør takast omsyn til under tolkinga. Blant anna var det ynskjeleg å ha jamn kjønnsfordeling, men det viste seg at det ikkje var mogeleg å rekruttere like mange kvinner som menn. Studien vart evaluert av Regional Etisk Komité og helsefagleg forskingsetikk og norsk senter for forskingsdata, der begge konkluderte med studien kunne gjennomførast. Det blir også tatt etiske omsyn, og deltakaranes personvern vart sikra. Studien er relevant for oppgåva si problemstilling, då den belyser kva betydning verdigheit har for pasientar med ruslidingar. Studien er utført i Noreg.

Studien «*Undignified care: Violation of patient dignity in involuntary psychiatric hospital care from a nurse's perspective*» (Gustafsson, Wigerblad, & Lindwall, 2013) har eg kritisk vurdert, og kome fram til at den er god og held god kvalitet. Det vart nytta kvalitativ metode, noko som er hensiktsmessig for å belysa brot på pasientverdigeita frå eit sjukepleiarperspektiv. Strukturen er god, og relevante funn kjem tydeleg fram. Studien vart godkjend av eit lokalt etisk universitetsutvalg, og alle deltakarar vart informert om at deltaking var frivillig. Studien er frå Sverige, og eg har derfor vurdert at funna kan overførast til norske forhold.

Etter kritisk vurdering av studien «*A sanctuary of safety: A study of how patients with dual diagnosis experience caring conversations*» (Priebe, Gustin, & Fredriksson, 2017) har eg kome fram til at den held god kvalitet. Artikkelen er strukturert og oversiktleg, og relevante funn kjem tydeleg fram. Studien viser til inklusjonskriteriar og eksklusjonskriteriar. Eit inklusjonskriterie var vaksne over 25 år med samtidig rusmiddelliding og psykisk lidning. Studien tek etiske omsyn, og personvernet til deltakarane vert ivaretatt. Artikkelen er sentral for å belyse problemstillinga i oppgåva, då den belys korleis sjukepleiarar kan bidra til

attreising av verdigheit hos personar med samtidig rus- og psykiatrilidingar. Denne studien er også frå Sverige, og er dermed overførbar til norske forhold.

Studien «*The significance of small things for dignity in psychiatric care*» (Skorpen, Rehnsfeldt, & Thorsen, 2014) har eg etter kritisk vurdering kome fram til at er god, og held god kvalitet. Artikkelen er bygd opp etter IMRaD-strukturen, er godt organisert og har ein tydeleg struktur. Det vart nytta ein kvalitativ metode, noko som er hensiktsmessig for å utforske opplevingar og erfaringar frå pasientar og pårørande knytt til ivaretaking av pasientverdigeita. Studien er godkjend av Regional Etisk Komité og datatilsynet. Deltakarane fekk informasjon om at deltaking var frivillig, og deira personvern vart ivaretatt. Studien er utført i Noreg.

Etter kritisk vurdering av studien «*The multifaceted vigilance - nurses' experiences of caring encounters with patients suffering from substance use disorder*» (Johansson & Gustin, 2015) har eg kome fram til at den er av god kvalitet. Artikkelen har god struktur, og relevante funn kjem tydeleg fram. Kvalitativ tilnærming blei nytta for å belyse sjukepleiarar sine opplevingar i møte med pasientar med rusmiddellidingar. Tilnærminga var deltakarorientert, og deltakarane blei sett på som medforskarar. Studien nemnar både styrkjer og svakheiter. Ein styrkje var at sjukepleiarane var erfarne, representerte ulike alder og ulike kjønn. Studien er godkjend av ein etisk komité, og deltakarane sitt personvern vart ivaretatt. Denne studien er også svensk, og er overførbar til norske forhold.

3.4.3 Etikk i oppgåveskriving

Forskingsetikk handlar blant anna om å ivareta personvern og sikre at forskingas deltakarar ikkje blir påført unødvendig skade eller belastningar. I forskning som blir basert på kunnskap om menneske, deira livssituasjon og måten dei stiller seg til samfunnet på, er vi avhengige av tillit. Derfor er det viktig at deltakarane opplev at dei blir ivaretatt når dei bidrar til forskning (Dalland, 2017, s. 235-236). I arbeid med denne oppgåva blei det tatt omsyn til forkingsetikk i kritisk vurdering av valte artiklar, og eg har forsikra med om at desse føl dei krava som forkingsetikken stiller. Det er også blitt tatt omsyn til personvern og anonymitet i forhold til eigne erfaringar frå klinisk praksis. Vidare vart APA-standardten følgt når det vart vist til kjelder, for å unngå plagiat i oppgåva.

3.0 Resultat

4.1 Samandrag av artiklar

Artikkel 1

Jacobson (2009) har utført eit kvalitativt studie med tittelen «*Dignity Violation in Health Care*» (Jacobson, 2009). Hensikta med studien var å forstå brot på verdigheit i helsevesenet og utforske i kva kontekst slike brot finner stad. Det vart nytta metodisk tilnærming grounded theory. Funna i studien indikerte at verdigheitsbrot i helsevesenet skjer gjennom prosessar med likegyldigheit, nedlatande haldning, uhøflegheit, avsetjing, ignorering, avhengigheit, påtrengande oppførsel, objektifisering, stempling, avgrensing, diskriminering, forakt, frårøving, avvising, overgrep og ynkeleggjering. Funna viste også ei rekkje faktorar som fremja desse prosessane. Ein faktor er det asymmetriske forholdet mellom pasient og helsepersonell. Ein annan faktor er at helsevesenet er prega av fleire misforhold. Når behovet for pleie- og omsorgstenester ikkje samsvarer med ressursane til helsevesenet får vi eit slik misforhold. Studien konkluderer med at det er fleire inngrep som er nødvendig og mogeleg å iverksette for å redusere verdigheitsbrot i helsevesenet (Jacobson, 2009).

Artikkel 2

Solberg og Nåden (2019) har utført eit kvalitativt studie med tittelen «*It is just that people treat you like a human being: The meaning of dignity for patients with substance use disorders*» (Solberg & Nåden, 2019). Bakgrunnen for studien var litteratur som avslørte at personar med psykiatri- og ruslidingar blei møtt med fordommar og negative haldningar blant helsepersonell. Studiet sin hensikt var å få innsikt i kva betydning verdigheit har for pasientar med ruslidingar. Metoden som vart nytta var djupneintervju av seks pasientar. Intervjua blei deretter analysert og tolka. Analysen resulterte i tre hovudtema om betydninga av verdigheit. Desse var; Den materielle dimensjonen, å bli respektert av andre, og den indre opplevinga. Det blei også avdekka ei rekkje faktorar som påverka verdigheita hos pasientane i møte med helsepersonell. Faktorar som styrkja verdigheita var; Å bli respektert og anerkjend, å bli tatt vare på, helsepersonell sin kunnskap og vedvarande relasjonar. Faktorar som svekka verdigheita var; Stigma og fordommar, utilstrekkelege relasjonar og mangel på stadfesting, og opplevingar knytt til respektlause og negative haldningar og mangel på kunnskap. Studien konkluderte med at den materielle dimensjonen av verdigheit, som inkluderte det estetiske aspektet, var viktig for desse pasientane. Videre blei verdigheit også opplevd sterkt knytt til respekt. Det vart oppdaga at verdigheit kunne svekkjast gjennom stigmatisering og ved at

helsepersonell hadde manglande kunnskap. På same måte kunne verdigheit fremjast gjennom å behandle pasientar med ruslidingar med forståing og respekt. Studien konkluderte også med at helsepersonell har behov for auka kunnskapar om ruslidingar, då denne pasientgruppa har eit komplekst og samansett behov for sjukepleie (Solberg & Nåden, 2019).

Artikkel 3

Gustafsson, Wigerblad og Lindwall (2013) har utført eit kvalitativt studie med tittelen «*Undignified care: Violation of patient dignity in involuntary psychiatric hospital care from a nurse's perspective*» (Gustafsson, Wigerblad, & Lindwall, 2013). Bakgrunnen for studien var at det er kjent at verdigheit er ein av dei viktigaste etiske bekymringane i helsesektoren. Som sjukepleiar står ein ansvarleg for å yta pleie og omsorg som sikrar ivaretaking av pasienten sin verdigheit. Det er derfor identifisert eit behov for meir forskning på dette området. Hensikta med studien var å identifisera sjukepleiarar sine opplevingar av brot på pasienten sin verdigheit, hos pasientar innlagt under tvungent psykisk helsevern. Metoden som vart nytta var gruppeintervju av 15 sjukepleiarar, som representerte 7 forskjellige psykiatriske avdelingar underlagt tvungent psykisk helsevern. Sjukepleiarane blei delt inn i to separate intervjugrupper og blei intervjuet over ein periode på ni månadar. Analysen resulterte i at sju hovudtema vart identifisert. Desse var; Når pasientar ikkje blir tatt på alvor, når pasientar blir ignorert, når pasientar blir avkledd og eksponert, når pasientar blir krenka fysisk, når pasientar blir offer for ein annan sin overlegenheit, når pasientar blir forrådt, og når pasientar er førehandsdømde. Konklusjonen var at sjukepleiarar dagleg står ovanfor mange etiske utfordringar i samhandling med pasientar som er følsame for brot på verdigheita, på grunn av relasjonen sin asymmetriske natur. Det bør derfor leggjast til rette for at sjukepleiarar kan reflektere opent over slike situasjonar i eit støttande miljø, slik at sjukepleiarane blir meir bevisste over handlingane sine (Gustafsson et al., 2013).

Artikkel 4

Priebe, Gustin og Fredriksson (2017) har utført eit kvalitativt studie med tittelen «*A sanctuary of safety: A study of how patients with dual diagnosis experience caring conversations*» (Priebe, Gustin, & Fredriksson, 2017). Bakgrunnen for studiet var høg førekomst av samtidig rusmisbruk og psykisk lidning. I tillegg til at det på trass av omfattande forskning som fokuserte på effekten av ulike behandlingsmetodar, var det lite forskning som undersøkte dei mellommenneskelege utfordringane. Hensikta med studiet var å utforska og belysa kva pasientar med samtidig rus- og psykiatrilidingar opplevde som omsorgsfullt i samtalar med

sjukepleiarar ved ei poliklinisk avdeling. Metoden som vart nytta var semistrukturerte intervju av fem pasientar. Resultata identifiserte eit hovudtema; Ein fristad av tryggleik – der lidinga blir lindra og verdigheit og sjølvtilitt blir oppattretta. Tre undertema blei identifisert. Desse var; gjensidigheit skaper tryggleik og fellesskap/tilhøyrse, liding blir synleggjort og forståeleg, og sjølvtilitten blir oppattretta. Konklusjonen var at den omsorgsfulle samtalen bidrar til oppleving av tryggleik. I tillegg bidrar den omsorgsfulle samtalen til betring, redusering av liding, og til attreising av verdigheit og sjølvtilitt hos personar med samtidig rus- og psykiatri lidingar. Det vart identifisert eit behov for meir forskning på korleis den omsorgsfulle samtalen kan bidra til å auke kompetansen til psykiatriske sjukepleiarar (Priebe et al., 2017).

Artikkel 5

Skorpen, Rehnsfeldt og Thorsen (2014) har utført eit kvalitativt studie med tittelen «*The significance of small things for dignity in psychiatric care*» (Skorpen, Rehnsfeldt, & Thorsen, 2014). Bakgrunnen for studiet var den ontologiske trua på menneskeleg gjensidig avhengigheit, og tidlegare forskning som har vist at pasientar på psykiatriske sjukehus og deira pårørande opplev liding og uverdighet. Hensikta med studiet var å utforske erfaringar frå pasientar og pårørande knytt til respekt for verdigheit etter innlegging på ei psykiatrisk avdeling. Studien er basert på intervju med seks pasientar på eit psykiatrisk sjukehus, og fem pårørande til pasientar som opplevde psykose. Ein fenomenologisk hermeneutisk metode blei nytta til å evaluera intervjua. Analysen avdekkja eit hovudtema; Betydninga av små ting for opplevinga av verdigheit. Fire undertema blei identifisert; Å vera bevisst over små ting, å vera bevisst over kva man seier, bli møtt, og å vera klar over personleg kjemi. Studien konkluderte med at helsepersonell ikkje er merksame nok over viktigheita av desse små tinga. Helsepersonell må utforske dette fenomenet systematisk, slik at dei kan utvide si eiga forståing av det (Skorpen et al., 2014).

Artikkel 6

Johansson og Gustin (2015) har utført eit kvalitativt studie med tittelen «*The multifaceted vigilance - nurses' experiences of caring encounters with patients suffering from substance use disorder*» (Johansson & Gustin, 2015). Bakgrunnen for studiet var tidlegare forskning som avdekkja at negative haldningar til «avhengige» pasientar, samt desse pasientane si åtferd, kan gi opphav til negative kjensler som skuffelse og frustrasjon blant sjukepleiarar. Dette vil kunne bidra til ei dømmende og kontrollerande haldning til pasientgruppa. Hensikta med

studiet var å beskrive korleis sjukepleiarar som arbeider i psykisk helsevern opplev omsorgsfulle møter med pasientar med rusmiddellidingar. Data blei samla gjennom fire refleksjonsdialogar med seks sjukepleiarar på eit psykiatrisk sjukehus, over ein periode på tre månadar. Tilnærminga var deltakarorientert, og deltakarane blei sett på som medforskarar. Analysen resulterte i eit hovudtema; den mangefasetterte årvakenheita. Temaet beskreib sjukepleiarane sitt forsøk på å yta god omsorg, samstundes var dei på vakt for pasientane sin åtferd, så vel som sine eigne reaksjonar på det. Studien konkluderte med at dersom helsepersonell anerkjenner og reflekterer over årvåkenheita, kan dei nytta det som ei styrke som gjer at sjukepleiarar kan ivareta omsorgsverdiar, og bruka sin autoritet til å fremja pasientane si helse og lindra liding (Johansson & Gustin, 2015).

4.2 Analyse av resultat

I analysen av artiklane kjem det fram at sjukepleiarens haldningar påverkar pasienten sin oppleving av verdigheit. Fleire studiar legg vekt på at pasientar framleis blir møtt med fordommar og stigmatisering i møte med psykisk helsevern. Det kjem også fram at sjukepleiarens kunnskapsnivå har betydning for pasientverdigheita, og det blir identifisert eit behov for auka kunnskapar om psykisk liding og rusmiddelliding blant helsepersonell. Ein anna fellesnemnar er at relasjonen mellom pleiar og pasient også er av betydning for pasienten sin oppleving av verdigheit. Analysen identifiserte tre hovudtema: Å vera bevisst over eigne haldningar, sjukepleiarens kunnskap sin betydning for oppleving av verdigheit og relasjonens betydning.

4.0 Drøfting

I denne delen av oppgåva drøftar eg oppgåvas problemstilling: *Korleis kan sjukepleiar fremja oppleving av verdigheit hos pasientar med samtidig rusmisbruk og psykisk lidning?*

Problemstillinga drøftast på bakgrunn av funn frå forskning og opp mot relevant teori og egne erfaringar.

5.1 Å vera bevisst over egne haldningar

Fleire studiar viser at pasientar blir møtt med negative haldningar og stigmatisering i møte med psykisk helsevern, og identifiserer dette som ein verdigheitshemmande faktor (Gustafsson et al., 2013; Jacobson, 2009; Johansson & Gustin, 2015; Solberg & Nåden, 2019). Det tyder på at slike haldningar påverkar pasienten sin verdigheit, i negativ retning. Jacobson (2009) fant at situasjonar der pasientane blir møtt med negative haldningar blant helsepersonell førte til eit brot på pasienten sin verdigheit. Dette samsvarer med studien til Solberg og Nåden (2019) som fant at fleire av pasientane rapporterte at det å bli møtt med stigma og fordømmar, og opplevingar knytt til respektløse samt negative haldningar, blei sett på som ein barriere for oppleving av verdigheit. Dette er også i samsvar med studien til Gustafsson et al. (2013) som belyste sjukepleiarane si oppleving av brot på pasienten sin verdigheit i psykisk helsevern. Studien identifiserte fleire faktorar knytt til personale sine fordømmar og negative haldningar som sjukepleiarane opplevde at førte til brot på pasienten sin verdigheit (Gustafsson et al., 2013). Denne typen verdigheitsbrot kan sjåast i forhold til Jacobson (2012) sin teori om den relative verdigheita, som viser til metodane vi formidlar respekt og verdiar på i samhandling med andre menneske, som personale sin manglande ivaretaking av den enkelte pasient sin verdigheit (Jacobson, 2012, s. 17).

Personar med ROP-lidingar er ei sårbar pasientgruppe med samansette problemstillingar og høgt lidingsuttrykk (Jacobson, 2012, s. 55). Erfaringsmessig er denne pasientgruppa svært observante over personale sine veremåtar og kroppsspråk, og sensitive dersom dei blir møtt med ei nedlatande haldning. Dette støttast av det som Kristoffersen og Nortvedt (2016) beskriv om at menneske i sårbare situasjonar er særleg utsett for å oppleve omsorga som krenkjande (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 100). Sjukepleiarar bør difor vera bevisste over egne haldningar i møte med denne pasientgruppa. Martinsen (2003) seier at dersom omsorga skal vera ekte, må ein som helsepersonell forhalda seg til den andre ut frå ei haldning

som anerkjenner den andre ut i frå hans situasjon (Martinsen, 2003, s. 71). Men kvifor er det slik at helsepersonell har negative haldningar i møte med ROP-pasientane?

Først og fremst viser Solberg og Nåden (2019) til forskning som har vist at det er behov for auka kunnskap om psykiske lidningar blant sjukepleiarar. Vidare viser dei til forskning som indikerer at det er mindre negative haldningar til personar med ROP-lidningar blant helsepersonell som har fått opplæring i korleis dei skal jobbe med denne pasientgruppa (Solberg & Nåden, 2019). Det kan derfor også tenkast at auka kunnskapar også vil kunne bidra til ei haldningsendring blant helsepersonell, slik at dei kan møte denne pasientgruppa på ein måte som sikrar ivaretaking av verdigheita. I studien til Johansson og Gustin (2015) kom det også fram at manglande kunnskap og forståing blant sjukepleiarar skapar frustrasjon og utryggleik samt opplevingar av å vera makteslaus. Videre hevder dei at dette kan bidra til å skapa ei dømmande og kontrollerande haldning, samt gi opphav til konflikhtar med pasientar. I tillegg hevdar dei at manglande kunnskap og forståing kan resultere i at sjukepleiarar kan mislukkast i å identifisera omsorgsbehov, eller i at dei oppfattar pasientar som for svake til å kontrollera livet sitt på eiga hand (Johansson & Gustin, 2015). Dette indikerer at sjukepleiarar har behov for auka kunnskapar på dette området. Videre ser ein at mangel på kunnskap blant sjukepleiarane både skapar utfordringar for sjukepleiarane, samt at det kan føre til ein praksis som er utfordrande for pasientane.

På ei anna side har forskning vist at helsepersonell møter ulike utfordringar ved omsorg for pasientar med rusmiddellidningar, og at dette kan føre til at dei opplev det som utfordrande å gi omsorg til denne pasientgruppa (Johansson & Gustin, 2015; Solberg & Nåden, 2019). Det er også kjend at alvorlege psykiske lidningar har negativ effekt på personen sin psykososiale fungering, deriblant mellommenneskelege relasjonar (Gråwe, 2014, s. 200). Johansson og Gustin (2015) viser i sin studie til forskning som har avdekka at omsorg for personar med ruslidningar kan gi personlege utfordringar for sjukepleiarar. Pasientar som lid av rusavhengigheit blir i nokre tilfelle opplevd som farlege og uføreseielege av helsepersonell (Johansson & Gustin, 2015). Dette samsvarer med studien til Solberg og Nåden (2019) som påpeiker at sjukepleiarar opplever utfordringar, som manipulasjon og/eller truslar, og at dei opplev det som utfordrande å gi omsorg til pasientar med ruslidningar, som i periodar hadde provoserande åtferd. Videre hevder dei at arbeid med pasientar med ruslidningar, spesielt pasientar som brukar narkotika, har lav status. Dei viser også til at det er ein samanheng mellom negative haldningar til ulovlege medikament og personale sin terapeutiske haldning

(Solberg & Nåden, 2019). Med andre ord blir også sjukepleiarar og annet helsepersonell påverka av stigma og fordommar som finnes ute i samfunnet. Martinsen (2003) beskriv korleis dei haldningane og forventningane som dei sosiale omgivnadane har til avhengigheit, slår ut i mennesket sin oppfatning av seg sjølv. Videre hevdar ho at sjølvstendigheit og uavhengigheit blir oppfatta som sentrale verdiar i dagens samfunn (Martinsen, 2003, s. 43). Sjukdom som fører til at ein blir avhengig av andre blir ut frå denne verdiramma sett på som noko negativt. Samfunnet sitt syn på avhengigheit kan dermed gi opphav til dei negative haldningane mot desse sårbare pasientgruppene.

Johansson og Gustin (2015) legg også til at sjukepleiarar opplev pasienten sin manglande motivasjon som ei barriere for å gripe inn i tilfelle med eksempelvis rusproblematikk. Det blir også trekt fram at dersom sjukepleiaren oppfattar pasienten sine helseproblem som sjølvpåført, kan dette påverka sjukepleiaren si kjensle av omtanke for pasienten (Johansson & Gustin, 2015). I studien til Skorpen et al. (2014) kjem det fram at pleiarar i nokre tilfelle vel å ikkje involvera seg for mykje med kvar enkelt pasient, som eit forsøk på å handtera sin eigen reaksjon på pasienten sin lidning. Videre påpeiker dei at dette kan vera ein metode som personale nyttar for å beskytte seg i mot å bli ein del av lidningane til desse menneske, ved å redusera dei til kategoriane pasientar eller pårørande (Skorpen et al., 2014).

Ein anna mogleg forklaring på kvifor helsepersonell har negative haldningar i møte med pasientar er avgrensa tilgang på ressursar, høgt arbeidstempo og -press. I studien til Jacobson (2009) kjem det fram at periodar med høgt arbeidspress kan gi opphav til negativiteten. Pasientar rapporterte at helsepersonell ignorerte dei eller behandla dei på ein måte som viste liten forståing eller omtanke i slike situasjonar. I tillegg kunne dette resultere i at pasientane blei objektifisert. Med andre ord eit resultat av at menneske blir sett på som ei rutine/oppgåve. Videre påpeiker ho at administrative rammer og politikk, med bekymringar knytt til effektivitet, tyder at helsepersonell ikkje kan bruke tid med pasienten eller ikkje kan utføra tenester som er utanfor avdelinga sine rammer og rutinar. Strategiar som helsepersonell nyttar for å oppfylle sine arbeidsoppgåver dannar deretter opphavet til haldningar som uhøfligheit, likegyldigheit, ignorering, objektifisering og avvising (Jacobson, 2009).

5.2 Sjukepleiarens kunnskap sin betydning for oppleving av verdigheit

«One part of being a professional healthcare staff member is to have knowledge about and be aware of these processes» (Skorpen et al., 2014).

Fleire studiar indikerte eit behov for auka kunnskap knytt til både psykiske lidingar og ruslidingar (Johansson & Gustin, 2015; Solberg & Nåden, 2019). Johansson og Gustin (2015) fann at sjukepleiarens medvit om pasientane sin skjulte sårbarheit var fundamental, då denne sårbarheita blei oppfatta som ei kjelde til lidning. Sjukepleiarane relaterte pasienten sin sårbarheit til skam og mangel på sjølvtilitt, samt til vanskar med å forholde seg til andre menneske og til å setje grenser for seg sjølv og andre. Pasientane skulle skjule sin sårbarheit ved å setje på ein fasade, ofte oppfatta som ei negativ haldning. Derfor var det viktig at sjukepleiarane forsøkte å sjå under fasaden og kjenna att pasienten sine lidingar (Johansson & Gustin, 2015). Solberg og Nåden (2019) fann tilsvarande at verdigheita til pasienten kunne krenkjast gjennom helsepersonell sine manglande kunnskapar. Videre tydeleggjer studien behovet for meir kunnskap om ruslidingar blant helsepersonell. Studien identifiserte blant anna at manglande kunnskap om legemiddelassistert rehabilitering (LAR) påverka personale sine haldningar til behandlinga. Pasientane såg det som ein fordel at personale hadde kunnskap om ruslidingar og om den enkelte sin situasjon. Dette forhindrar misforståingar mellom pasientane og personale og gjorde det mogeleg for personale å evaluere den enkelte sin behandling (Solberg & Nåden, 2019). Sjukepleiarar bør difor forbetre sine kunnskapar knytt til ruslidingar og psykisk sjukdom.

Martinsen (2003) seier at sentralt i omsorg er forståing av den andre sin situasjon. I tillegg til den kunnskap og erfaring helsepersonell har som medmenneske, har vedkommande også fagkunnskapar som kan bidra til at han/ho er i betre stand til å yte pleie og omsorg for den sjuke (Martinsen, 2003, s. 76). I studien til Priebe et al. (2017) kjem det fram at sjukepleiaren kan formidle kunnskap om psykiatrisk sjukdom og avhengigheit til pasienten, både gjennom informasjon og gjennom støtte og råd om korleis man kan handtere vanskar som sjukdommen medfører. Kjensler av skam og skyld basert på egne og andre sine fordommar, og opplevingar av å bli krenka vil bidra til å redusera verdigheit. På same måte vil det å bli respektert og sett på som eit menneske bidra til å styrkja verdigheita. Ny kunnskap og forståing reduserte ikkje berre kjensler av skam og skyld, det auka også deltakarane sin tillit til sin eigen evne til å takle utfordringar i livet, og dei blei meir deltakande i avgjersler knytt til eigen omsorg (Priebe et al., 2017). Det er dermed heilt sentralt at sjukepleiarar tileignar seg

kunnskapar på dette området. I følgje Kristoffersen, Nortvedt, Skaug og Grimsbø (2016) har ein som sjukepleiar eit ansvar for å tileigne seg ny kunnskap og vidareutvikle yrkeskompetansen (Kristoffersen et al., 2016).

I studien til Skorpen et al. (2014) kjem det fram at kvardagslege og små ting relatert til veremåten til dei tilsette ovanfor pasientar og pårørande har betydning for oppleving av verdigheit (Skorpen et al., 2014). Tilsvarende viser Bøe og Thomassen (2017) til Skartveit, som påpeiker at små møter mellom menneske kan vera av stor betydning for den enkelte, sjølv om møta er så kvardagslege og alminnelege at ein ikkje tenkjer over det. Vidare hevder ho at dialog og gestar i kvardagshendingar som kanskje står fram som tomme, utan betydning og innhald, kan sjå ut til å vera fulle av meining. Desse alminnelege augeblink kan sende eit signal om verdigheit (Bøe & Thomassen, 2017, s. 147-148). Dette samsvarer med det som Jacobson (2012) beskriv om at verdigheit kan styrkjast gjennom små ting som å vise høflegheit gjennom haldningar og veremåten ovanfor andre (Jacobson, 2012, s. 121). Ein del av det å vera ein profesjonell medarbeidar i helsevesenet, er å ha kunnskap om og vera klar over disse prosessane (Skorpen et al., 2014).

5.3 Relasjonens betydning

«Menneskets vesenstrekk er at det er til for andres skyld – for sin egen skyld» (Martinsen, 2003, s. 69).

Litteratur viser at relasjonen mellom pleiar og pasient har stor betydning for resultatet av behandlinga i arbeid med personar med ROP-lidingar (Helsedirektoratet, 2012). Alle studiane inkludert til denne oppgåva viste at relasjonen mellom pleiar og pasient var av betydning for opplevinga av verdigheit (Gustafsson et al., 2013; Jacobson, 2009; Johansson & Gustin, 2015; Priebe et al., 2017; Skorpen et al., 2014; Solberg & Nåden, 2019). Jacobson (2009) fann at brot på pasienten sin verdigheit er meir vanleg når relasjonen mellom pleiar og pasient er asymmetrisk. Det vil seie når ein av personane har meir makt, autoritet, kunnskap, rikdom eller styrkje enn den andre. Gustafsson et al. (2013) fann tilsvarende at forholdet mellom pleiar og pasient er i grunnlaget asymmetrisk, og framhevar at det blir spesielt synleg i ufrivillig psykiatrisk sjukehusomsorg. Vidare fann dei at pasientane hamna i ei dårlegare stilling når dei blei samanlikna med dei tilsette som hadde makt over pasientane sitt liv i avdelinga, samt deira framtid. Dei trekk også fram at administrative rutinar støttar opp under

desse maktposisjonane, og pasientar må underordna seg desse omstenda, enkelte under ufrivillig pleie og behandling (Gustafsson et al., 2013).

I studien til Solberg og Nåden (2019) kjem det fram at vedvarande relasjonar mellom pleiar og pasient var ein faktor som kunne styrkja verdigheita til pasientane. God kontinuitet gav pasientar og tilsette moglegheit til å kjenne kvarandre (Solberg & Nåden, 2019). Dette er i samsvar med det som kom fram i studien til Priebe et al. (2017) som viste at ein relasjon mellom pleiar og pasient var ein føresetnad for ein omsorgsfull samtale, der lidinga kan delast. Videre kan relasjonen bidra til ei kjensle av tryggleik, som gjorde det mogleg for pasientane å la fasaden falle. Når fasaden fell kan lidingane forteljast og synleggjerast. Å verbalisere lidinga blir ein måte å forstå at det er grunnar, eksempelvis vanskelege livshendingar, for avhengigheita eller den psykiatriske sjukdommen (Priebe et al., 2017). Dette er i samsvar med det som Hummelvoll (2012) skriv om at fellesskapet mellom pleiar og pasient spelar ei avgjerande rolle for betringsprosessen ved arbeid med psykiatriske pasientar (Hummelvoll, 2012, s. 38).

Studien til Skorpen et al. (2014) viser at kvaliteten på relasjonen mellom pleiar og pasient også er viktig. Vidare hevder dei at i kva grad personale tar omsyn til, og er klar over, kva både pasientar og pårørande beskriv som personleg kjemi, også er viktig for å ivareta pasienten sin verdigheit (Skorpen et al., 2014).

5.4 Sjukepleiefagleg ansvar

Vår absolutte og ibuande verdigheit er knytt til menneskeverdet, og er verdien som tilhøyrar eitkvart menneske ganske enkelt i kraft av å vera menneske (Jacobson, 2009). Denne verdigheita er ikkje menneskeskapt. Den er spontan og utan vilkår (Jacobson, 2012, s.13). Den kan forklarast som ein ontologisk posisjon, som ikkje kan bevisast, men som oppstår umiddelbart som eit karakteristisk trekk ved det å vera eit menneske. Det same gjeld også vår gjensidige avhengigheit. Martinsen (2012) forklarar den gjensidige avhengigheita som eit grunnvilkår som er ontologisk gitt. Me angår kvarandre, og det er ikkje noko me kan velje. Ho beskriv det slik: «Selv når vi er mest suverene og selvstendige, er vår styrke og uavhengighet fundamentalt sett en avhengighet av andre. Sårbart og avhengig er vi i all vår skrøpeligheit utlevert til hverandre» (Martinsen, 2012, s. 47). Videre meiner ho at menneskets grunnleggjande verdiforutsetning er at vi er vist til kvarandre for å ta vare på kvarandre, samt at vår grunnleggjande livsforutsetning ligg i livsytringane. Livsytringane kjem til uttrykk

gjennom vår henvistheit til kvarandre (Martinsen, 1990, s. 63-65). På grunnlag av den gjensidige avhengigheita mellom oss menneske kan ein seie at vi får ei medfødt plikt som sjukepleiar, men og som menneske, til å ta vare på kvarandre. Dette ansvaret kjem kanskje særleg til uttrykk i møte med sårbare pasientgrupper.

Ut i frå det eg har observert i praksis ved ei sikkerhetsavdeling har fleire av pasientane innlagt under tvungen psykisk helsevern ulike kombinasjonar av ROP-lidingar. Ein av utfordringane ved ei slik avdeling er at pasientane i stor grad er fråtatt sin sjølvråderett. Ivaretaking av pasienten sin verdigheit under slike omstende kan vera særleg utfordrande, men er etter mi meining også ekstra viktig. Studien til Gustavsson et al. (2013) påpeiker at omsorg og omsorgsetikk blir presset til sitt ytste i tvungent psykisk helsevern, der pasientar ikkje har bedt om hjelp, men blir behandla utan informert samtykke. Vidare meiner dei at brot på pasienten sin verdigheit under desse omstenda kan bli forstått som langt meir krenkjande sidan pasientane ikkje har evne til å beskytte seg sjølv ved for eksempel å skrive seg ut frå klinikken eller avvise behandling. Verdigheit blir derfor sett på som ein av dei viktigaste eigenskapane i ufrivillig psykiatrisk sjukehusomsorg (Gustafsson et al., 2013).

5.0 Avslutning

Litteratur viste at det framleis finnes stigma og fordommar knytt til det å ha ei psykisk lidning eller ei rusmiddelliding i dagens samfunn (Snoek og Engedal, 2017, s. 22; Jacobson, 2012, s. 55). Forsking viste at fleire pasientar blir møtt med negative haldningar og stigma i møte med psykisk helsevern (Gustafsson et al., 2013; Jacobson, 2009; Solberg & Nåden, 2019). Dette blir opplevd som ei barriere for pasienten sin oppleving av verdigheit. Personar med ROP-lidingar er ei sårbar pasientgruppe, og er derfor særleg utsett for å oppleve omsorga som krenkjande (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 100). På bakgrunn av dette bør sjukepleiarar difor vera bevisste over eigne haldningar i møte med denne pasientgruppa. Videre blei det identifisert ulike forklaringar på kvifor helsepersonell har negative haldningar i møte med ROP-pasientane. Faktorar som mangel på kunnskap, utfordringar knytt til provoserande åtferd eller manipulasjon og truslar, og avgrensa tilgang på ressursar, høgt arbeidstempo og arbeidspress blir trekt fram som mogelege forklaringar.

Forsking indikerte eit behov for auka kunnskapar knytt til både psykiske lidningar og ruslidningar blant sjukepleiarane (Johansson & Gustin, 2015; Solberg & Nåden, 2019). Videre ser ein at mangel på kunnskap blant sjukepleiarane både skapar utfordringar for sjukepleiarane, samt at det kan føre til ein praksis som er utfordrande for pasientane. Ved at sjukepleiarar som arbeider med denne pasientgruppa aukar sine kunnskapar knytt til psykiske lidningar og ruslidningar, vil dei kunne møte desse pasientane med ei breiare forståing for den enkelte sin situasjon og på denne måten kunne bidra til at verdigheita blir ivaretatt. I tillegg vil auka kunnskapar og forståing kunne bidra til at sjukepleiarane vil få mindre negative haldningar. Videre vil sjukepleiarane kunne nytta denne kunnskapen til å informere pasientar om korleis man kan handtere ulike vanskar som sjukdommen medfører, slik at dei kan få auka tillit til sin eigen evne til å takle utfordringar i livet.

Forsking viste også at relasjonen mellom pleiar og pasient var av betydning for oppleving av verdigheit blant desse pasientane (Gustafsson et al., 2013; Jacobson, 2009; Johansson & Gustin, 2015; Priebe et al., 2017; Skorpen et al., 2014; Solberg & Nåden, 2019). Ein viktig faktor var at relasjonen mellom pleiar og pasient var asymmetrisk, og at brot på pasienten sin verdigheit var meir vanleg når dei eine personen hadde meir makt enn den andre (Jacobson, 2009). Avslutningsvis kom det fram at god kontinuitet og vedvarande relasjonar mellom sjukepleiar og pasient var ein viktig faktor for å styrkja verdigheita til pasientane.

Referansar

- Bøe, T. D., & Thomassen, A. (2017). *Psykisk helsearbeid - Å skape rom for hverandre* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Gråwe, R. W. (2014). Forståelse og behandling av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse. I L. Borge, & A. Almvik (Red.), *Å sette farger på livet - helhetlig psykisk helsearbeid* (ss. 197-214). Bergen: Fagbokforlaget.
- Gråwe, R. W., & Ruud, T. (2006). *Rus og psykiske lidelser i psykisk helsevern for voksne*. SINTEF. Hentet 12. mars, 2020 fra SINTEF: <http://hdl.handle.net/11250/2443413>
- Gustafsson, L.-K., Wigerblad, Å., & Lindwall, L. (2013). Undignified care: Violation of patient dignity in involuntary psychiatric hospital care from a nurse's perspective. *Nursing Ethics*, 21(2), ss. 176-186. doi:<https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1177/0969733013490592>
- Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). *Sjekklistor*. Hentet 19. mars, 2020 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP-lidelser. Sammensatte tjenester - samtidig behandling*. Hentet 23. februar, 2020 fra Helsedirektoratet.no: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser>
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Jacobson, N. (2009). Dignity Violation in Health Care. *Qualitative Health Research*, 19(11), ss. 1536-1547. doi:<https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1177/1049732309349809>
- Jacobson, N. (2012). *Dignity and health*. Nashville: Vanderbilt University Press.
- Johansson, L., & Gustin, L. W. (2015). The multifaceted vigilance – nurses' experiences of caring encounters with patients suffering from substance use disorder. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, ss. 303-311. doi:<https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/scs.12244>

- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling - en historisk reise. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3 - Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., ss. 15-80). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J., & Nortvedt, P. (2016). Pasient og sykepleier - verdier og samhandling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie - Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., ss. 89-138). Oslo: 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 - Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., ss. 15-27). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Martinsen, K. (1990). Omsorg i sykepleien - en moralsk utfordring. I G. Engelsrud, T. Lauvdal, L. Løvlie, K. Martinsen, T. R. Eriksen, R. Rønning, & K. Jensen (Red.), *Moderne omsorgsbilder* (ss. 61-97). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Martinsen, K. (2003). *Fra Marx til Løgstrup - Om etikk og sanselighet i sykepleien* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2012). *Løgstrup og sykepleien*. Oslo: Cappelen Damm .
- Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse. (2020). *Om NKROP*. Hentet 05. november, 2019 fra Rop.no: <https://rop.no/om-rop-tjenesten/>
- Norsk sykepleierforbund. (2020). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Priebe, Å., Gustin, L. W., & Fredriksson, L. (2017). A sanctuary of safety: A study of how patients with dual diagnosis experience caring conversations. *International Journal of Mental Health Nursing*, ss. 856-865. doi:<https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/inm.12374>
- Sandmo, E. (2000). Innledende essay. I M. Foucault, *Galskapens historie* (F. Engelstad, & E. Falkum, Overs.). Bokklubben dagens bøker: Oslo.

Skorpen, F., Rehnsfeldt, A., & Thorsen, A. A. (2014). The significance of small things for dignity in psychiatric care. *Nursing Ethics*, 22(7), ss. 754-764. doi:<https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1177/0969733014551376>

Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stånicke, E. (2010). *Psykiatriboken: Sinn-kropp-samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Snoek, J. E., & Engedal, K. (2017). *Psykiatri - For helse og sosialfagutdanningene* (4. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.

Solberg, H., & Nåden, D. (2019). It is just that people treat you like a human being: The meaning of dignity for patients with substance use disorders. *Journal of Clinical Nursing*, ss. 480-491. doi: <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/jocn.15108>

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

Ytrehus, S. (2012). Kommunalt rusarbeid. I S. Biong, & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (ss. 240-264). Oslo: Cappelen Damm AS.

Vedlegg: Litteratormatriser

Vedlegg 1

Artikkel	Hensikt	Metode og datasamling	Utval	Resultat	Konklusjon
«Dignity Violation in Health Care» (Jacobson, 2009).	Å forstå brot på verdigheit i helsevesenet og utforske i kva kontekst slike brot finner stad.	<ul style="list-style-type: none"> - Kvantitativt studie - Grounded theory - Analytisk gjennomgang av litteratur - Intervju med ekspertar i teori og praksis om helse og menneskerettigheitar - Intervju med eit breidt spekter av menneske 	<ul style="list-style-type: none"> - Analytisk gjennomgang av tverrfagleg litteratur om verdigheit - 9 intervju med ekspertar i teori og praksis om helse og menneskerettigheitar - 55 intervju med eit breidt spekter av menneske i alderen 23-76 år. Av desse var 28 kvinner, 26 menn og 1 «kjønnsfri» 	<ul style="list-style-type: none"> - Verdigheitsbrot i helsevesenet skjer gjennom prosessar med likegyldigheit, nedlating, uhøflegheit, avsetjing, ignorering, avhengigheit, påtrenging, objektifisering, stempling, begrensing, diskriminering, forakt, berøving, avvising, overgrep og ynkeleggjering. Funna viste også ei rekkje faktorar som fremja desse prosessane. 	<ul style="list-style-type: none"> - Det er fleire inngrep som er nødvendig og mogeleg å iverksette for å redusere verdigheitsbrot i helsevesenet

Vedlegg 2

Artikkel	Hensikt	Metode og datasamling	Utval	Resultat	Konklusjon
« <i>It is just that people treat you like a human being: The meaning of dignity for patients with substance use disorders</i> » (Solberg & Nåden, 2019).	Å få innsikt i kva betydning verdigheit har for pasientar med ruslidingar	Dette er eit kvalitativt studie der det blei utført djupneintervju med deltakarane ved hjelp av ein semistrukturert intervju guide	- 6 pasientar med ruslidingar deltok, i alderen 20-55 år - Av desse var 4 menn og 2 kvinner	Tre hovudtema vart identifisert - Den materielle dimensjonen - Å bli respektert av andre - Den indre opplevinga	- Den materielle dimensjonen av verdigheit var viktig for denne pasientgruppa - Verdigheit blei opplevd sterkt knytt til respekt - Verdigheit kan fremjast gjennom forståing og respekt, og svekkjast gjennom stigmatisering og manglande kunnskap - Studien tydeleggjer behovet for meir kunnskap om ruslidingar blant helsepersonell

Vedlegg 3

Artikkel	Hensikt	Metode og datasamling	Utval	Resultat	Konklusjon
« <i>Undignified care: Violation of patient dignity in involuntary psychiatric hospital care from a nurse's perspective</i> » (Gustafsson, Wigerblad, & Lindwall, 2013)	Å identifisera sjukepleiarar sine opplevingar av brot på pasienten sin verdigheit, hos pasientar innlagt under tvungent psykisk helsevern	Dette er eit kvalitativt studie der det blei utført gruppeintervju av deltakarane	- 15 sjukepleiarar som arbeida i tvungent psykisk helsevern, i alderen 27-52 år deltok - Av desse var 10 kvinner og 5 menn	Sju hovudtema vart identifisert - Når pasientar ikkje blir tatt på alvor - Når pasientar blir ignorert - Når pasientar blir avkledd og eksponert - Når pasientar blir krenka fysisk - Når pasientar blir offer for ein annan sin overlegenheit - Når pasientar blir forrådt - Når pasientar er førehandsdømde	Sjukepleiarar står dagleg ovanfor mange etiske utfordringar i samhandling med pasientar som er følsame for brot på verdigheita, på grunn av relasjonen sin asymmetriske natur. Det bør derfor leggast til rette for at sjukepleiarar kan reflektere opent over slike situasjonar i eit støttande miljø, slik at sjukepleiarane blir meir bevisste over handlingane sine.

Vedlegg 4

Artikkel	Hensikt	Metode og datasamling	Utval	Resultat	Konklusjon
«A sanctuary of safety: A study of how patients with dual diagnosis experience caring conversations» (Priebe, Gustin, & Fredriksson, 2017)	Å utforska og belysa kva pasientar med samtidig rus- og psykiatrilidingar opplevde som omsorgsfullt i samtalar med sjukepleiarar ved ei poliklinisk avdeling	Dette er eit kvalitativt studie der det blei utført semistrukturerte intervju av deltakarane	- Fem pasientar med samtidig rusmiddelliding og psykisk liding - Av desse var tre kvinner og to menn, i alderen 27-58 år	Eit hovudtema vart identifisert - Ein fristad av tryggleik, der lidinga blir lindra og verdigheit og sjølvtilit blir gjenoppretta Tre undertema blei identifisert - Gjensidigheit skaper tryggleik og fellesskap/tilhøyrse - Liding blir synleggjort og forståeleg - Sjølvtiliten blir gjenoppretta	Den omsorgsfulle samtalen bidrar til oppleving av tryggleik. I tillegg bidrar den omsorgsfulle samtalen til betring, redusering av liding, og til attreising av verdigheit og sjølvtilit hos personar med samtidig rus- og psykiatri lidingar. Det vart identifisert eit behov for meir forskning på korleis den omsorgsfulle samtalen kan bidra til å auke kompetansen til psykiatriske sjukepleiarar.

Vedlegg 5

Artikkel	Hensikt	Metode og datasamling	Utval	Resultat	Konklusjon
tittelen « <i>The significance of small things for dignity in psychiatric care</i> » (Skorpen, Rehnsfeldt, & Thorsen, 2014)	Å utforske erfaringar frå pasientar og pårørande knytt til respekt for verdigheit etter innlegging på ei psykiatrisk avdeling.	Dette er eit kvalitativt studie der det blei utført intervju av deltakarane. Ein fenomenologisk hermeneutisk metode blei nytta til å evaluera intervju.	- Seks pasientar på eit psykiatrisk sjukehus i alderen 20-59 år. Av desse var fem menn og ei kvinne. - Fem pårørande til pasientar som opplevde psykose. Alle pårørande var foreldre i alderen 50-70 år. Av desse var ein mann og fire kvinner.	Eit hovudtema vart identifisert - Betydninga av små ting for opplevinga av verdigheit Fire undertema vart identifisert - Å vera bevisst over små ting - Å være bevisst over kva man seier - Bli møtt - Å vera klar over personleg kjemi	Helsepersonell ikkje er merksame nok over viktigheita av desse små tinga. Helsepersonell må utforske dette fenomenet systematisk, slik at dei kan utvide si eiga forståing av det.

Vedlegg 6

Artikkel	Hensikt	Metode og datasamling	Utval	Resultat	Konklusjon
« <i>The multifaceted vigilance - nurses' experiences of caring encounters with patients suffering from substance use disorder</i> » (Johansson & Gustin, 2015)	Å beskrive korleis sjukepleiarar som arbeider i psykisk helsevern opplev omsorgsfulle møter med pasientar med rusmiddellidningar	Dette er eit kvalitativt studie der det blei utført refleksjonsdialogar med deltakarane.	- Det blei utført fire refleksjonsdialogar med seks sjukepleiarar på eit psykiatrisk sjukehus over ein periode på tre månadar. - Av desse var to menn og fire kvinner i alderen 24-63 år. - Tilnærminga var deltakarorientert, og deltakarane blei sett på som medforskarar.	Eit hovudtema vart identifisert - Den mangefasetterte årvakenheita. Temaet beskreib sjukepleiarane sitt forsøk på å yta god omsorg, samstundes var dei på vakt for pasientane sin åtferd, så vel som sine eigne reaksjonar på det	Studien konkluderte med at dersom helsepersonell anerkjenner og reflekterer over årvåkenheita, kan dei nytta det som ei styrke som gjer at sjukepleiarar kan ivareta omsorgsverdiar, og bruka sin autoritet til å fremja pasientane si helse og lindra liding.