



SY180H

Bacheloroppgave i sykepleie

Kull 07H

*Stigmatisering av hepatitt C-smittede i sykehusavdelinger*

29.04.2010

Kandidat nr. 16

[Holst, Christer]

Antall ord 9499

BODØ

## INNHALDSFORTEGNELSE:

### 1.0 INNLEDNING

- 1.1 Presentasjon av problemstilling..... s. 4
- 1.2 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling..... s. 4
- 1.3 Avgrensing og presisering..... s. 6
- 1.4 Oppgavens hensikt..... s. 6
- 1.5 Oppgavens oppbygging..... s. 6

### 2.0 METODE

- 2.1 Presentasjon av litteratur og kildekritikk..... s. 8
- 2.2 Databaser og søkeord..... s. 8
- 2.3 Vitenskapelig forståelse – hermeneutikk..... s. 9
- 2.4 Kvalitativt intervju som metode..... s. 10
- 2.5 Utvalg..... s. 10
- 2.6 Planlegging og gjennomføring..... s. 11
- 2.7 Bearbeiding..... s. 12
- 2.8 Funn..... s. 12
  - 2.8.1 Kunnskap..... s. 12
  - 2.8.2 Kommunikasjon..... s. 14
  - 2.8.3 Bearbeide egne fordommer..... s. 16

### 3.0 HILDEGARD PEPLAUS SYKEPLEIERTEORI

- 3.1 Hildegard Peplau – en pioner..... s. 18
- 3.2 Syn på sykepleie..... s. 19
- 3.3 Pasienten som fremmed og sykepleierens seks roller..... s. 20
- 3.4 Sykepleier – pasient: Interaksjon i fire faser..... s. 21
- 3.5 Kommunikasjon..... s. 22

### 4.0 STIGMATISERING AV PASIENTER – EN OVERSIKT

- 4.1 Persepsjonsprosessen og stereotyper..... s. 24
- 4.2 Stigmatiserte gruppe..... s. 25
- 4.3 Vitenskapelige undersøkelser..... s. 25

## 5.0 HEPATITT C-VIRUSET

- 5.1 Hepatitt C..... s. 27
- 5.2 Utbredelse og prevalens..... s. 27
- 5.3 Behandling..... s. 28

## 6.0 DRØFTING

- 6.1 Kunnskap..... s. 29
- 6.2 Kommunikasjon..... s. 32

## 7.0 Oppsummering og konklusjon

- 7.1 Oppsummering..... s. 36
- 7.2 Konklusjon..... s. 36

## LITTERATURLISTE

*Som underlige roser sprang de ut,  
de modne sår på føtter og på hender.  
Da så de alle, mannens nære venner,  
den tydelige skriften på hans hud.*

*Fra "Frans mottar stigmata" av Jens Bjørneboe.*

## 1.0 INNLEDNING

### 1.1 Presentasjon av problemstilling

Jeg ønsker å se på hvordan pasienter smittet av hepatitt C-viruset blir behandlet i norske sykehusavdelinger, og hvordan sykepleieren kan unngå å stemple sine pasienter som mindreverdige.

### 1.2 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling

Min interesse for dette feltet fikk jeg gjennom en historie jeg ble fortalt av en privatperson. Han delte med meg sine erfaringer med helsevesenet, som bærer av viruset hepatitt C. Under et tannlegebesøk opplevde han at det ble iverksatt ekstraordinære smitteverntiltak da hepatitt C-smitten ble tema. Tannlegen gav også tydelig uttrykk for at han var overrasket over hvor bra tanngarden var, enda denne personen hadde flere hull enn på lenge, som om tannlegen forventet at tennene skulle være dårlige. Når han gikk til rutinekontroll på sykehuset følte han at enkelte sykepleiere sendte han nedsettende blick og tiltalte han på en uverdigg måte.

På denne tiden hadde jeg flere jobber i helsevesenet og hadde hørt om sammenhengen mellom smitte og bruk av sprøyter blant narkotikaavhengige. Jeg begynte å legge merke til at bærere av dette viruset nærmest bar på en merkelapp hvor det stod at de var rusmisbrukere og at de hadde seg selv å takke. Det virket også som om mange av helsepersonellet hadde mangelfulle kunnskaper om viruset og bl.a. ble det snakket om at hvis man ikke blir syk av det, så ligger det innkapslet og er ikke til skade. Jeg fikk

inntrykk av at kunnskaper om dette viruset og smittebærerne var preget av synsing.

Hepatitt C er et virus som angriper leveren og ble oppdaget i 1989. Det smitter utelukkende fra blod til blod og er svært utbredt blant personer som driver med sprøytemisbruk. Jeg har funnet tall som viser at 85 prosent av bærerne av dette viruset driver med eller har drevet med venøs injisering av narkotiske stoffer (Fonn 2007).

Jeg har personlig erfart at pasienter som er smittet med hepatitt C har blitt behandlet på en måte som ikke er forenelig med god sykepleie, og med god sykepleie mener jeg slik *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* beskriver det:

*Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet (Norsk Sykepleierforbund 2007).*

Ved å granske disse inntrykkene nærmere håper jeg å kunne belyse dette problemet, og deretter drøfte hvordan sykepleieren kan unngå å stigmatisere pasienter som har krav på å bli behandlet på lik linje med alle andre. Et eksempel på frykt for å bli stigmatisert er den hepatitt C-smittede sykepleieren som fikk beskjed av flere leger at hun ikke måtte være åpen om dette i avdelingen for da ville hun bli mistenkeliggjort som rusmisbruker. Noe hun også selv var enig i (Fonn 2008).

Jeg ønsker å omtale hele gruppen av hepatitt C-smittede. Mitt anliggende er å se på stigmatiseringen denne pasientgruppen blir utsatt for, ikke at det er en gruppe smittebærere der mange er avhengige av narkotika eller har vært det.

**Problemstillingen: *Hvordan kan sykepleieren i en sykehusavdeling unngå å stigmatisere sine pasienter smittet med hepatitt C?***

Jeg ønsker for ordens skyld også å presisere at jeg ikke mener at det er verre at personer som er smittet ved for eksempel blodoverføring eller kirurgiske inngrep blir tatt for å være rusmisbrukere enn at rusmisbrukere blir behandlet dårlig. Det er uansett like uprofesjonelt og uetisk etter mitt syn.

### 1.3 Avgrensning og presisering.

- Pasienter i sykehusavdelinger innlagt av grunner som ikke er relatert til deres hepatitt C-smitte, slik som cirrhose eller leverkreft. Årsaken kan for eksempel være bruddskader eller hjertesykdommer.
- Mellommenneskelige relasjoner med verbal kommunikasjon er et gjennomgående tema i drøftingen. Jeg har derfor valgt å ikke rette oppgaven mot barn, komatøse, demente og psykisk utviklingshemmede. Dette fordi det ville krevd en langt grundigere gjennomgang av ikke-verbal kommunikasjon som er svært viktig i kommunikasjon med mennesker som har svekkete eller ikke fullt utviklede kognitive evner (Eide og Eide 2007).

### 1.4 Oppgavens hensikt

Det er viktig for meg at denne oppgaven ikke først og fremst problematiserer alt som er feil, men at jeg søker å finne svar på hvordan dette problemet kan bli bedre eller i beste fall ikke lenger er et problem. Hildegard Peplau, som jeg har valgt som teoretiker, sier også at sykepleie skal være en prosess som utvikler mennesket i en konstruktiv og kreativ retning (Peplau 1991).

### 1.5 Oppgavens oppbygging

Oppgaven er bygd opp i sju deler. Etter innledningen presenterer jeg metodevalget. Her redegjør jeg for litteratur, vitenskapelig forståelse og kvalitativt intervju som metode, med påfølgende funn delt inn i tre kategorier; kunnskap, kommunikasjon og fordommer. Deretter følger kapitlet hvor jeg presenterer Hildegard Peplau, sykepleieteoretikeren jeg har valgt. Så redegjør jeg for hva stigmatisering i helsevesenet innebærer, og setter det i kontekst til andre stigmatiserte sykdommer, samt i et historisk perspektiv. En innføring i hva Hepatitt C-viruset er, historie, hvordan det smitter og hvordan det kureres, blir gitt i kapitlet før selve drøftingen. I drøftingen har jeg satt opp en rekke punkter med forslag til svar på oppgavens spørsmål, og de blir drøftet med funnene fra intervjuet, Hildegard Peplaus sykepleieteori, pensumlitteratur og artikler som kilder. Til sist kommer

oppsumming og konklusjon, hvor jeg til slutt fastslår resultatene etter denne undersøkelsen.

## 2.0 METODE

### 2.1 Presentasjon av litteratur og kildekritikk

Når det gjelder selve fenomenet stigmatisering av pasienter med hepatitt C-viruset har det vært vanskelig å finne konkret litteratur. Jeg har funnet to artikler fra Sykepleien.no, men ellers har det vist seg å være nødvendig å hente inn forskning gjort utenfor landegrensene. Min erfaring er at dette er et etablert begrep i mange vestlige land, dette at man stigmatiserer denne pasientgruppen. Jeg fant et litteraturstudie fra Canada som har analysert tjueen studier om stigmatisering av hepatitt C-smittede, og det har vært en viktig kilde for å komme i gang med skrivingen.

Bøkene jeg har benyttet er i stor grad fra pensumet jeg har hatt de tre siste årene ved profesjonsutdanningen ved Høgskolen i Bodø. I disse bøkene har jeg funnet utfyllende stoff om stigmatisering generelt og det at helsepersonell tenderer til å se sine pasienter som del av en gruppe og ikke som individer. Jeg har også funnet godt faktastoff om selve sykdommen hepatitt C i pensumslitteraturen.

Det var vanskelig å finne norsk litteratur angående Hildegard Peplau, som jeg har valgt som sykepleieteoretiker. Jeg har lånt tre bøker for å redegjøre for hennes syn, den ene er hennes hovedverk *Interpersonal Relations in Nursing*, den andre er en samling med sykepleierteoretikere, mens den tredje er en gjennomarbeiding av hennes verk i svensk oversettelse.

### 2.2 Databasen, søkeord

Jeg bruker godkjente søkemotorer som Sage text, Pubmed og Google Scholar fordi jeg har gode erfaringer med dem, både hva gjelder kvalitet og utvalg. Hjemmesidene til Sykepleien.no og Tidsskriftet.no er også gode kilder til kunnskap. Ord som jeg har brukt i søkeprosessen er *stigmatisering*, *hepatitt C*, *smittefare* og *smittevern*.



### 2.3 Vitenskapelig forståelse – hermeneutikk

I en slik oppgave faller det naturlig å bruke hermeneutikken som vitenskapelig teori, da det her gjelder å forstå et menneskelig fenomen gjennom å tolkning. Jeg har prøvd å avdekke en del av den menneskelige historien som ikke er synlig for det blotte øyet. Den lar seg ikke registrere for det blotte øyet slik som innen naturvitenskapelig forskning, som benytter seg av en positivistisk tilnærming til kunnskapen. Naturvitenskapelig sett kunne man sett på hvordan hepatitt C-viruset rent fysisk påvirker kroppen, men fokuset i denne oppgaven har vært å avdekke hvordan denne virusmitten påvirker sosiale mekanismer i sykepleierens arbeid ved en sykehusavdeling, altså må man tolke de observasjonene man gjør (Dalland 2007).

Skal vi forstå hvordan det oppleves å få en slik sykdom, må vi se dette i lys av det enkelte menneskets historie. All forståelse må ses i historisk sammenheng. Fordi mennesket er et tenkende, handlende, villende og skapende vesen, kan vi ikke forklare mennesket ut fra et positivistisk og naturvitenskapelig tankeskjema (Dalland 2007:55).

Hermeneutikk er viktig for alle som skal jobbe med mennesker, fordi det er en tilnærmelse som søker å finne svar på grunnlaget for menneskelig eksistens. Dermed blir min egen forståelse for fenomenet også viktig. Forforståelsen er i følge Dalland både et verktøy og en ressurs i tolkningen (Dalland 2007). Det at min forforståelse spiller en viktig rolle i hvordan jeg behandler dette temaet, har gjort at jeg har vært nødt til å være svært kritisk overfor meg selv. Min tolkning av innsamlede data vil påvirkes av hvilke tanker og følelser jeg har til dette fenomenet. Etter hvert som prosessen skrider fremover vil jeg også ha tilnærmet meg mer kunnskap enn tidligere, noe som i høy grad kan forme min forståelse. Det har vært viktig for meg å tenke gjennom hvilke fordommer jeg selv har, da jeg personlig er av den oppfatning at alle mennesker bærer på noen fordommer, selv om de ikke trenger å være av en alvorlig karakter. En person som hevder at alle sykepleiere er idealistiske i forhold til jobben sin mener det sannsynligvis ikke for å ramme noe, men det er like fullt en fordom.

## 2.4 Kvalitativt intervju som metode

Da jeg hadde bestemt meg for å skrive om dette temaet, ble jeg tidlig i prosessen klar over at det finnes lite litteratur angående emnet, og da særlig her i Norge. Jeg kunne sannsynligvis ha fullført denne oppgaven ved hjelp av utenlandske kilder, da først og fremst engelskspråklige, men jeg ønsket å ha en nasjonal/lokal tilknytning til emnet. Dette fordi sykdommen og problemstillinger rundt smittefare og stigmatisering er relativt ny her i landet, og det finns lite litteratur å referere til, men jeg synes det er viktig med informasjon som referer til spesifikt norske forhold. Løsningen ble da å intervju en fagperson med bred erfaring fra denne tematikken.

Opprinnelig ville jeg intervju to-tre bærere av hepatitt C-viruset, men jeg ble rådet av veilederen min til å heller prioritere fagfolk. Det krever mindre bearbeiding av materialet, språkbruken er kjent og fagpersonen er en primærkilde på sitt område. Problemet med å bruke en fagperson er at intervjuet kan bli veldig saklig og overflatisk og informanten kan virke belærende på intervjueren som er student (Dalland 2007).

## 2.5 Utvalg

Jeg valgte å gjennomføre et kvalitativt intervju med en sykepleier som utelukkende jobber med smitteproblematikk og behandling av hepatitt C pasienter. En informant Dalland karakteriserer som et strategisk valg (Dalland 2007). Sykepleieren jobber i en smitteavdeling ved et sykehus i en større norsk by, og har hvert år et titalls hepatitt C smittede pasienter, som hun bistår i forbindelse med behandling og kurering av sykdommen. Dette gjør at hun kommer svært tett på denne pasientgruppen, både når det gjelder det rent medisinske og hva angår det sosiale aspektet med å være smittebærer. Opprinnelig ønsket jeg å intervju 2-3 forskjellige sykepleiere ved tilfeldige sykehusavdelinger. Jeg fant imidlertid ut denne sykepleieren, med sine

spesialkompetanse, burde kunne generere nok informasjon til en oppgave av denne størrelsen.

## 2.6 Planlegging og gjennomføring

Informanten var positiv til å la seg intervjuet da jeg tok kontakt og intervjuet ble gjennomført like etterpå. Jeg anså informanten som en veldig god kilde og ønsket at hun skulle få lov til å snakke utfyllende om hennes innfallsvinkel til problematikken. I et ustrukturert intervju kan det dukke opp viktige opplysninger i bisetninger og avsporinger (Dalland 2007). Slike opplysninger er vanskeligere å få tak i når informanten må forholde seg til faste spørsmål og temaer.

Informanten fikk informasjon om prosjektet mitt og skrev under samtykkeformular før jeg begynte intervjuet. Jeg understreket også at hun kunne trekke seg når som helst hvis hun ville. Dette er et viktig etisk prinsipp (Dalland 2007).

Jeg brukte deretter en del tid på å gjøre meg kjent med min egen forforståelse av temaet. Det er viktig at man er bevisst på hvem man selv er i møte med intervjupersonen og hvilke fordommer man selv har til det området som skal omtales (Dalland 2007).

Selv om et ustrukturert intervju krever at man bruker seg selv underveis og bygger spørsmål på det som kommer frem under samtalen, er det nødvendig å ha enkelte holdepunkter under samtalen (Dalland 2007). Derfor utarbeidet jeg en enkel intervjuguide med noen spørsmål jeg kunne bruke for å starte samtalen og for å støtte meg til underveis. Jeg valgte å bruke problemstillingen til denne oppgaven som hovedspørsmål også i intervjuet. Det var også viktig for meg å spørre om hva hun ville ha gjort hvis hun skulle undervise om hepatitt C i en sykehusavdeling. I tillegg stilte jeg henne noen personlige spørsmål om hvordan hun opplever å jobbe med denne smittegruppen og hvordan hun møter pasientene sine.

Intervjuet ble tatt opp med lydopptaker og deretter transkribert i sin helhet. Opptaket ble deretter slettet.

## 2.7 Bearbeiding

Etter å ha lest gjennom det transkriberte intervjuet en rekke ganger ble jeg oppmerksom på at det var enkelte momenter som informanten snakket mye om. I et ustrukturert intervju vil relevansen bli synlig ved gjennomlesninger (Dalland 2007). Jeg valgte derfor ut tre temaer som jeg syntes var mest relevante. De tre temaene er: *Kunnskap, Kommunikasjon og Bearbeide egne fordommer*. Deretter plukket jeg ut den informasjonen fra intervjuet som passet til de utvalgte overskriftene.

Jeg har brukt noen sitater i oppgaven som jeg har renskrevet. Denne renskrivingen begrenser seg til at jeg har kuttet typiske muntlige ord og uttrykk som for eksempel jo, vet du og altså, som i denne sammenhengen ikke har hatt betydning for innholdet i sitatet. Jeg har også fjernet halve setninger.

Informanten er anonymisert av etiske hensyn. Jeg har valgt å bruke pronomenformen *hun* da jeg ikke ser at kjønn har betydning. Utover dette ønsker jeg ikke å utdype hennes personlige egenskaper mer enn at hun er sykepleier og har lang erfaring med behandling av hepatitt C-smittede. Sykehuset og byen det ligger i er også anonymisert fordi hun tilhører et lite fagmiljø (Dalland 2007).

## 2.8 Funn

### 2.8.1 Kunnskap

Det er gjennomgående i intervjuet at informanten stadig vender tilbake til kunnskapsmangel som en avgjørende faktor hvorfor hepatitt C-virus-smittede ofte får problemer når de blir innlagt på sykehus. Informanten mener at det i stor grad er liten kunnskap om hvordan hepatitt C smitter, og at om flere hadde vært klar over at dette er et virus som utelukkende smitter fra blod til blod så hadde mange flere sykepleiere følt seg tryggere i møte med smittede. Hun nevner at dette gjelder flere typer

virussmitte, og hun trekker særlig frem hiv-viruset som en kilde til misforståelser og frykt, men som i likhet med hepatitt C ikke smitter uten videre.

*Når du vet at det er blodsmitte og det ikke smitter gjennom hel hud, når det ikke smitter gjennom dråper, ikke i lufta, så er det bare å behandle disse menneskene på akkurat samme måte som alle andre.*

Det kommer også frem at informanten opplever at sykepleiere spør hverandre for lite til råds. Hun etterlyser at man i større grad kan henvende seg til fagpersoner som har kompetanse innenfor feltet, at man f. eks. tar en telefon og får oppklart hvordan smittebildet er. Informanten har lang erfaring innenfor denne type problematikk.

*Det er vanskelig å si akkurat hva man skal gjøre, men kunnskap om hvordan det smitter og kunnskap om hvordan man får det, hvordan det ikke smitter, og veldig ofte at de som har det har en dårlig fortid eller er narkomane nå, men at de også er vanlige folk.*

Informanten har også flere eksempler på at helsepersonell heller ikke er klar over at dette er en virussmitte man kan bli kvitt og informasjonen til pasientene blir deretter. Gjennom årene har hun erfart at selv ikke enkelte leger vet om denne kuren. Hun fortalte om flere av sine pasienter og deres bekjente som hadde opplevd akkurat dette, at selv ikke legen hadde de nødvendige kunnskapene. En pasient fortalte at en bekjent hadde nylig, altså i 2010, vært hos en privat lege og fått beskjed om at hepatitt C ikke lar seg behandle. Informanten sier at det er vanskelig å tro det, men hun har hørt flere lignende historier, bl.a. fra personer som har ringt fra andre kanter av landet og fortalt det samme.

Et annet eksempel hadde hun opplevd selv, ved sykehuset der hun jobber. En person med hepatitt C som var pasient ved hennes avdeling ble innlagt på et akuttmottak på det samme sykehuset. Grunnen til innleggelsen var ikke hepatitt C. Da legen skulle hilse på pasienten stilte han seg i døråpningen med engangshansker på. Dette gjorde pasienten svært sint og hun ringte til informanten og ville snakke med henne. Pasienten ba sykepleieren om å komme til akuttmottaket for å fortelle om hepatitt C og hvordan det smitter. Noe informanten også gjorde. Hun sa ikke noe om hvordan

dette endte, men jeg oppfatter det slik at hun brukte denne historien for å understreke at selv på et større norsk sykehus kan ekspertisen være ukyndig på dette feltet.

### 2.8.2 Kommunikasjon

Informanten forteller om personer som har ringt spesialavdelinger der de er pasienter fordi de har andre kroniske lidelser. Først får de time, men når det viser seg at de har hepatitt C, så er timen ikke ledig og istedenfor finner de en time på slutten av dagen, og ventetiden blir lang. Hun mener resepsjonisten heller skulle vært likefrem og sagt rett ut:

*Jeg ser du har hepatitt C.*

Informanten var opptatt av kommunikasjonen mellom sykepleieren og pasienten. Hun sier i intervjuet at om hun hadde jobbet ved en sykehusavdeling der det viste seg at en pasient var smittet av hepatitt C-viruset, ville hun ha tatt dette direkte opp med pasienten i et tidlig stadium av forholdet, men gjort det klart at hun var kjent med smitteåten. Tanken hennes bak en slik fremgangsmåte er å avdramatisere situasjonen rundt det smittsomme viruset, et virus som ikke var bakgrunnen for innleggelsen i hennes eksempel, slik at ikke dette skal bli et tema når for eksempel laboratoriepersonalet dukker opp og skal ta blodprøver. Informanten trekker frem primærkontakten som den naturlige personen i avdelingen til å ta dette opp med pasienten, fordi denne rollen gir rom for mye samtale.

På vegne av pasienten ville informanten gått ut med informasjon på posten om hva hepatitt C er. Hun synes det er et opplagt gjøremål når man har en pasient med denne smitten på avdelingen.

*Hvis jeg hadde opplevd det sånn som jeg tenker i dag, hadde jeg helt klart gått ut med informasjon på denne posten om hva det er; holdt et lite innlegg - morgenmøter og lunsjmøter og hva det måtte være, så alle får det med seg.*

I arbeidet sitt møter informanten mange som er aktive eller tidligere rusmisbrukere. Personer som har kommet seg ut av rusmiljøet forteller ikke at de har hepatitt C. Når de begynner på kuren som er veldig hard for både den mentale og fysiske helsen, yteevnen etter hvert nedsettes og mange blir dårlige i flere dager etter hver ukentlige sprøyte de får, og for noen er dette noe de må forholde seg til hver uke i kanskje opp til ett år. Likevel ser hun at det sitter veldig langt inne for pasientene sine å fortelle dette til for eksempel sjefen der de jobber. Noen forteller det ikke til ungene sine og tør ikke si det til venner. I enkelte tilfeller kan det hende at de bare forteller det til helsepersonellet på avdelingen der informanten jobber.

Informanten synes det er vanskelig å si eksakt hva man skal si i en samtale og hvordan man skal gå frem. Det er ikke som å stelle et sår, der prosedyren er beskrevet, og hvis man lurer på noe kan man henvende seg til en kollega og spørre om råd. Prosedyrer er konkrete, men det ikke samtaler. Hun nevner imidlertid flere ganger åpenhet som det viktigste i en god samtale. Dette er informantens råd til den uerfarne sykepleier i samtale med en hepatitt C-smittet pasient:

*Hvis du har lite til ingen erfaring, så vær så god å si det. Det er det smarteste av alt, for da kan man heller sammen komme seg gjennom det; sammen finne ut av hvordan tingene er. Det viktigste er at de får snakke om det. Man må innhente opplysninger, innhente kunnskap underveis. Åpenhet er det viktigste,*

Informanten snakket også om sine tanker rundt kroppsspråk og nonverbal kommunikasjon. Hun synes det er et vanskelig å si noe om dette området, men hun tror at måten man uttrykker kroppsspråket på påvirkes av erfaring og egen trygghet. En sykepleier vil vise det gjennom kroppsspråket hvis sykepleieren ikke føler seg bekvem i en situasjon med en pasient, er redd eller engstelig for smitte, syns at noen er mindre verdt eller har en nedlatende holdning. Informanten mener man må unngå overbærende smil, men understreker samtidig at sannsynligvis er man ikke klar over at man gjør en slik handling, og knytter det til egen trygghet og hvilke holdninger man har til folk flest. Hun mener også at det ikke er mulig å snakke seg til å like en pasient hvis man sitter og misliker pasienten.

*Hvis du synes narkomane er noe helt forferdelige greier, så kan du snakke så mye du orker, men antakelig så vil kroppsspråket ditt si deg noe helt annet.*

Hun nevner også at dette er noe sykepleiere bør lære på skolen, men siden det er mange år siden hun utdannet seg, er hun ikke sikker på hvilket opplegg det er i dagens sykepleierutdanning.

### 2.8.3 Bearbeide egne fordommer

I arbeidet med dette avsnittet refereres det noen ganger til hepatitt C-smittede som aktive eller passive rusmisbrukere. Dette faller naturlig da dette segmentet utgjør 85 % av alle smittede og størstedelen av informantens pasientliste, samt danner grunnlaget for det stigmaet som knyttes til denne sykdommen.

*Vi har fordommer på sett og vis for et eller annet, alle mann.*

Informanten sier at hun ikke føler at egne fordommer nå har vært et problem i arbeidet med hepatitt C-smittede. Da hun begynte å jobbe med denne pasientgruppen hadde hun noen fordommer mot enkelte og det de stod for, i et miljø med rus og elendighet. Det gikk på hvordan personer uttrykte seg og hvordan de var. Noen av pasientene virket puslete, var ustelte og uflidde og kom ikke alltid til timer. Hun kan huske at hun syntes noen kunne være irriterende når de kom, uten at det dermed betød at hun ikke syntes synd på dem. Etter hvert lærte hun seg å sette grenser for både dem og seg selv.

Når det gjelder frykten for selve smitten, understreker hun flere ganger under intervjuet at hun ikke er redd for smitte, fordi hun vet at det bare smitter mellom blod og blod, men hun tar også sine forbehold. Hvis hun for eksempel skulle være uheldig å skjære seg på papir og får et åpent kutt, og så hadde kommet i nærheten av blod med hepatitt eller hiv, noe de har mye av på avdelingen, da ville antakelig også hun blitt vettskremt som alle andre, fordi det er en ubehagelig følelse.



*Jeg vet ikke helt hva jeg skal si til å jobbe med hepatitt C pasienter. Jeg syns det er, ja, antakelig som jeg ville syns det var med alle andre pasienter.*

Mange års arbeid med personer med rusproblematikk har gjort at hun ser menneskene bak rusmisbruket. Hun forteller at mange forteller om en fryktelig dårlig fortid – barndom og oppvekst. Noen sier til henne at de er nødt til å ruse seg for å slippe unna de fryktelige tankene, angsten og alt de har vært gjennom. Hun har pasienter som har greid å komme seg unna rusmiljøet. De har ofte en lite flatterende og vond fortid. hepatitt C-smitten er siste rest fra det livet, og behandlingen de får skal få dem vekk fra den tanken.

Informanten sier at man kan bruke mange ord og uttrykk om den behandlingen hepatitt C-pasienter får, men at det handler om at de blir sett ned på og ikke blir tatt på alvor. Hun har hørt mange pasienthistorier. Det som går igjen i dem er at når noen har hepatitt C så er det ensbetydende med at personen er narkoman, og helsepersonellet hører ikke ordentlig etter, som om personen ikke er troverdig.

*Hvis du velger å begynne for eksempel på sykepleieskolen eller innenfor helse, og ha med folk å gjøre, så kan du ikke være såpass stinn av fordommer at du ikke kan jobbe med folk. Jeg tror ikke folk er sånn, men jeg tror det er mye ukunnskap på forskjellige områder, bl.a. overfor rusmisbrukere.*

Informanten forteller om en tenkt person som en gang ble smittet via en tatovering. Denne personen har ingen fortid som narkoman eller mangler skole. Tvert i mot er dette en person med utdanning, god jobb, kanskje familie og lever et A4- liv. Denne personen går ikke dukknakket, men med rak rykk og takler folk på en helt annen måte enn en person som har mangel på skolegang og dårlig økonomi, som bor i en kommunal bolig med dårlig stand, lever på trygd eller sosialstønad og vet at det er lavstatus.

### 3.0 HILDEGARD PEPLAUS SYKEPLEIETEORI

#### 3.1 Hildegard Peplau – en pioner

Hildegard Peplau regnes av mange for å være den første teoretikeren som definerte sykepleie som en selvstendig vitenskap, og ikke bare en del av medisinen. Hun bidro til at sykepleieren ikke lenger var minimalisert til en assistent for legene. Hun lanserte sitt hovedverk *Interpersonal Relations in Nursing* i 1952. Hun skal ha hatt dette nedskrevet allerede flere år tidligere, men tiden var ikke moden for såpass radikalt stoff som beskrev forholdet mellom sykepleier og pasient, og der dette i tillegg ble betraktet som en del av behandlingen (Forchuk, Evans og O'Connor 1995).

Det er flere forhold som gjør at jeg har valgt Peplau som teoretiker. Det første som slo meg da jeg leste henne var at hun bruker begrepet *Role of Stranger* som den første av i alt seks sentrale sykepleierroller, og forklarer det med at sykepleieren og pasienten er fremmede for hverandre når de først møtes. Hun sier i klartekst at sykepleieren skal behandle alle som om de var hvem som helst, og det skal være det samme om pasienten ankommer sykepleierens eget hjem eller sykehuset. Jeg synes også det er interessant hvordan hun regner kommunikasjon som en vesentlig del av forholdet mellom pasient og sykepleier, og hvordan sykepleieren og pasienten i sitt mellommenneskelig forhold kan lære av hverandre. Peplau stiller krav til pasienten som deltaker i pleieprosessen.

hepatitt C er en relativt ny sykdom og sykepleieren vil sannsynligvis ha manglende kunnskaper om sykdommen. Jeg tror sykepleieren kan vokse faglig på å utvikle et forhold til pasienten der man kan lære av hverandre, i stedet for at sykepleieren går og skuler på pasienten og baserer sitt forhold på ubegrunnet frykt. Det å utvikle et mellommenneskelig forhold til pasienten og dermed ta individet på alvor tror jeg er et viktig skritt for å forsikre seg om at man ikke knytter pasienten til bestemte stereotyper og dermed stigmatiserer.

Gastmans skriver at menneskelig kommunikasjon, profesjonell holdning, informasjon og omsorgsengasjementet virker som det viktigste grunnelementet i Peplaus omsorgsforhold (Gastmans 1998).

### 3.2 Syn på sykepleie

Peplau mener at sykepleieren skal bidra til at enkeltindivider kan fungere best mulig i samfunnet. Sammen med andre profesjonelle helsearbeidere skal man legge til rette for at organismen skal fungere best mulig på en naturlig måte. Sykepleie er også en måte å utvikle seg på som menneske, en kraft som driver mennesket fremover og gjør at vi utvikler oss i retning av et kreativt og konstruktivt liv i samfunnet. I første kapittel av *Interpersonal Relations in Nursing*, som er Peplaus hovedverk, gir hun en presis definisjon av hva hun mener er kjernen i sykepleie:

*Nursing is a significant, therapeutic, interpersonal process. It functions cooperatively with other human processes that make health possible for individuals in communities. In specific situations in which a professional health team offers health services, nurses participate in the organization of conditions that facilitate natural ongoing tendencies in human organism. Nursing is an educative instrument, a maturing force, that aims to promote forward movement of personality in the direction of creative, constructive, productive, personal, and community living (Peplau 1991:16).*

Noen mener at Peplau representerer et paradigmeskifte i forholdet mellom pasient og pleier. Etter at *Interpersonal Relations in Nursing* ble publisert i 1952 gikk pasienten fra å være et objekt for sykepleie til å bli en deltaker (Tomey og Alligood 2002).

Slik jeg ser det har sykepleieforskningen kommet mange steg videre enn da Hildegard Peplau skrev *Interpersonal Relations in Nursing*. Dessuten har sykehusene endret seg. Operasjoner som tidligere krevde flere ukers innleggelse, krever i dag knapt ett døgn, og mye av pleien foregår i pasientenes egne hjem. Likevel tror jeg grunntankene hennes fortsatt er relevante for dagens sykepleiere. Den som jobber ved norske sykehus i dag vil oppleve at sykepleierne i stor grad er selvstendige og en egen yrkesgruppe med sin egen vitenskap. Pasientene deltar i stor grad i behandlingen og pleien og kommunikasjon er blitt et av de viktigste stikkordene i det moderne sykehuset.

### 3.3 Pasienten som fremmed og sykepleierens seks roller

Peplau mener at sykepleieren har seks forskjellige roller i forholdet til pasienten. De følgende rollene er *fremmed, ressursperson, lærer, leder, surrogatperson og rådgiver*. Dette er de mest sentrale rollene, men i følge Peplau kan en sykepleier ha mange andre roller. Disse rollene mener Peplau det er opp til den enkeltes fantasi å definere (Peplau 1952). Flere roller kan opptre på samme tid, men de trenger ikke gjøre det. I tillegg til rollen som fremmed som jeg skriver om under er det fem definerte roller:

1. ressursperson: tilbyr helseinformasjon og behandlings- og medisineringsplan.
2. lærer: en kombinasjon av alle rollene. Undervisningen avhenger av hva pasienten vet, og hva pasienten er interessert i og i stand til å lære av medisinske spørsmål.
3. leder: lederrollen innbefatter en demokratisk prosess der pasienten deltar og samarbeider om å løse problemene. Peplau skriver forøvrig at demokratisk sykepleie er et mål å jobbe mot da ikke alle pasienter er fortrolige med å delta i pleieprosessen.
4. surrogatperson: Sykepleiernes holdninger og væremåte kan vekke følelser hos en pasient og minne om en person de står nært. En sykepleier kan forbindes med en mor eller et søsken eller en sykepleier pasienten hadde tidligere i livet.
5. rådgiver: Sykepleieren responderer på pasientens krav ved å hjelpe pasienten til å orientere seg om sin nåværende situasjon. Målet er å få pasienten til å forstå hva som foregår og integrere hendelsen som en del av livet i kontrast til at hendelsen blir atskilt fra andre erfaringer i livet.

Uansett hvilke roller sykepleiere utvikler overfor sin pasient, er det alltid som en fremmed sykepleieren innleder forholdet (Forchuk, Evans og O'Connor 1995).

Peplaus bruk av den fremmede som en sykepleierrolle var mitt innfall til denne teoretikeren. Jeg tror at hvis man kan møte sine pasienter som om de var hvem som

helst, så gjør man det smidigere for både seg selv og ikke minst pasientene. Smidigere fordi man unngår konflikter, misforståelser og andre uheldige faktorer som kan skade det mellommenneskelig forholdet og forpurre et videre samarbeidet.

I møte med hepatitt C-smittede er dette en veldig bra måte å unngå stigmatisering fra første stund. Sykepleieren går inn i situasjonen som en profesjonell helsearbeider og møter et selvstendig menneske, et individ, som trenger hjelp fordi kroppen eller sinnet er skadet eller sykt. Ved første møte er det i utgangspunktet underordnet om pasienten er bærer av hepatitt C-viruset. Dette trenger ikke å være et tema så lenge det ikke er snakk om en blødning. Peplau skriver om rollen som fremmed at det beste man kan gjøre helt i begynnelsen er å si til pasienten akkurat det man tror pasienten vil høre – noe som virker oppløftende på et sykt menneske (Peplau 1991).

Etter hvert som pasienten og sykepleieren utvikler et mellommenneskelig forhold vil sykepleieren få en eller flere roller overfor pasienten sin, og dette synes jeg er et viktig punkt i arbeidet med å unngå stigmatisering. Når sykepleieren får et nært forhold til sin pasient tror jeg at respekten for individet blir større, det blir lettere å se det enkelte menneske og det blir vanskeligere å se ned på og/eller knytte dette mennesket til bestemte grupper og egenskaper. Skulle man overhøre at noen baksnakker denne pasienten pga. hepatitt C eller misbruket som kanskje lå til grunn for smitten, vil man kanskje føle det naturlig å si fra at dette finner man seg ikke i. Rollen som pasientens advokat vil etter min mening styrkes når man har et forhold til pasienten som kan betegnes som nært i en profesjonell kontekst.

Kvaliteten på sykepleien må alltid ses i lys av forholdet mellom en unik sykepleier og en unik pasient (Gastmans 1998).

#### 3.4 Sykepleier - pasient: Interaksjon i fire faser

Peplau har beskrevet fire overlappende utviklingsfaser i pasient/sykepleier-forholdet. Denne prosessen kan skje over et ikke definert tidsrom, altså kan det dreie seg om få dager eller mange måneder. Det har vært reist kritikk mot denne teorien fordi den

forutsetter at pasientene er på et kognitivt nivå som utelukker barn, demente og komatøse. Dette har jeg tatt forbehold om (se 1.3).

*Orienteringsfasen:* Pasienten søker hjelp, mens sykepleieren registrerer og forstår, og fastslår pasientens behov for hjelp. Pasienten relaterer seg med sykepleieren og det skapes tillit.

*Identifiseringsfasen:* Pasienten begynner med identifisering av sine problemer, som kan spenne over hele omsorgsfeltet. Sykepleieren gir rom for at pasienten kjenner på sine følelser og det å være syk. Dette styrker personligheten og øker entusiasmen.

*Utnyttelsesfasen:* Pasienten bruker sykepleierens tjenester for at de identifiserte problemene skal bli løst. Sykepleieren skal ikke alene løse problemene for pasienten, men legge til rette for at pasienten kan utforske muligheter og alternativ innenfor relasjonen, altså med sykepleierens bistand. Opplysning er en viktig del, men sykepleieren skal unngå å være rådgiver. En del pasienter øker sine behov for tjenester etter hvert, og man ser også at noen pasienter som er på bedringens vei har flere krav enn da de var svært syke. Krav til utnyttelse skal etterkommes, men kan begrenses.

*Resolusjonsfasen:* Den siste delen inntreffer i punktet mellom at problemene er løst og relasjonen skal avsluttes. Nå kan sykepleieren bidra til at pasienten klarer seg uten hjelp, eventuelt gi en hjelpende hånd hvis det er behov for videre oppfølging og assistanse.

### 3.5 Kommunikasjon

Peplau vektlegger både verbal og ikke-verbal kommunikasjon i sitt syn på sykepleie. Verbal kommunikasjon uttrykkes via språket, mens ikke verbal kommunikasjon gir seg uttrykk i empati gjennom vennlighet, gester, kroppsholdning og mønster (Forchuk, Evans og O'Connor 1995).

Når en sykepleier bestemmer seg for å pleie en person prøver de å sette seg inn i hvem denne personen er, hvilke krav personen har og hva som kan bidra til å forbedre livssituasjonen på en best mulig måte. Det er det viktig at forskjellsbehandling og ignoranse ikke skal forekomme i en ordentlig relasjon der noen blir tatt vare på.

Det finnes forbehold i hennes teori der pasienten ikke er i stand til å uttrykke seg klart om sine behov, og i den forbindelse vektlegger Peplau viktigheten av ikke-verbal eller ikke uttrykt intuitiv kunnskap i pleieforløpet. Sykepleieren skal være et bindeledd for å kommunisere personlige ønsker som pasienten kanskje har problemer med å formulere (Gastmans 1998).

Peplau advarer mot ”sosialt prat”. Sykepleieren skal ikke snakke til pasienten på samme måte som til sin egen familie eller venner, selv om det skulle være lettere og mer underholdende. Det som sykepleieren snakker om må fremme pasientens helsetilstand og ha en terapeutisk effekt. Forholdet skal være profesjonelt (Gastmans 1998).

## 4.0 STIGMATISERING AV PASIENTER – EN OVERSIKT

### 4.1 Persepsjonsprosessen og stereotyper

Når man stigmatiserer setter man merkelapper på individer eller grupper, noe man kaller stereotyper, på bakgrunn av synlige eller spesielle kjennetegn, såkalte stigma. En del stereotyper er positive, men mange er negative, og de aller fleste vektlegger forskjeller hos andre fremfor likheter. Noen eksempler på egenskaper som stereotyper baserer seg på er alder og kjønn, nasjonale og regionale særtrekk, væremåte og etnisk opprinnelse (Walker, Payne, Smith and Jarret, 2007).

Mengden informasjon vi mottar blir behandlet i persepsjonen. Der blir den begrenset, sortert og organisert til en meningsfull og helhetlig oppfatning av vår omverden. I persepsjonsprosessen kan det skje at man spontant skaper stereotyper eller fordreininger av virkeligheten. Persepsjonen kan påvirkes både positivt og negativt ved læring og erfaring, men normalt sett vil disse faktorene bidra til et nyansert syn på virkeligheten. Hvis erfaringer bekrefter våre fordommer kan dette forsterke stereotypiene. Dette kan være en viktig innsikt for å forstå at våre fortolkninger av virkeligheten ikke trenger å være den absolutte sannheten (Eide og Eide, 2007).

*Having any sort of distinguishing feature or stigma can lead others to assign a negative stereotype. Once such a label has been attached to an individual it is difficult to remove (Walker, Payne, Smith and Jarret, 2007:30).*

Flere studier viser at sykepleiere sjelden kjenner sine pasienter noe videre. Det viser seg å være et sprik mellom pasientenes behov og hvordan sykepleieren oppfatter dem, og sykepleierne baserer seg ofte på stereotype forestillinger når de skal beskrive pasientenes omsorgsbehov. Mange forskere har påpekt at selv om intensjonene i dagens helsevesen er å behandle den enkelte pasient som et selvstendig individ, så viser det seg at sykepleiere fortsatt har en tendens til å se pasienten som en mennesketype, atferdstype og sykdomstype (Svensson 2006)

Ordet *fordom* indikerer at vi dømmer på forhånd, altså at vi gjør oss opp en mening om et fenomen før vi undersøker det (Dalland 2007).



Holdninger er subjektive evalueringer som gjør personer i stand til å oppføre seg negativt eller positivt mot et objekt eller en person, og gjør seg gjeldende som meninger, følelser eller handlinger (Walker, Payne, Smith and Jarret, 2007).

#### 4.2 Stigmatiserte grupper

Personer med mentale problemer er sannsynligvis den mest stigmatiserte gruppen. Selv personer som har hatt én enkelt episode med depresjon eller har en mindre alvorlige sinnslidelser blir bl.a. betraktet som mindre etterrettelig og intelligent, noe som igjen fører til sosial utestenging og høyere grad av stress. Mange fysiske sykdommer blir også stigmatisert, blant dem er HIV og Epilepsi, mens også kreft inntil nylig ble hvasket om (Walker, Payne, Smith and Jarret, 2007).

#### 4.3 Vitenskaplige undersøkelser

Jeg har funnet flere artikler som omtaler dette fenomenet, og den mest utfyllende er en canadisk undersøkelse som samler 21 forskjellige undersøkelser og sammenligner og analyserer resultatene. I artikkelen står det blant annet at stigmatiseringen er kjent fra å stamme fra assosiering med sprøytemisbruk, og at helsearbeidere beskriver sprøytemisbrukere som de minst populære å jobbe med, og regner dem for å være farligere, mer manipulerende, mindre takknemlige, mindre samarbeidsvillige, mindre fornøyde, mer aggressive og mer krevende enn de fleste andre pasienter.

Pasienter med hepatitt C rapporterer om at de blir gitt mangelfull og fordømmende hjelp av helsepersonell fordi de blir antatt å være sprøytemisbrukere. Stigmatiseringen kan i noen grad skyldes at helsepersonell har hatt en eller flere dårlige erfaringer, og overfører disse over på en hel gruppe. Et eksempel på dette er at det er bevist at helsepersonell som har hatt dårlige erfaringer med diabetikere som ikke har fulgt regimet, dermed har regnet med at dette kan gjelde alle (Paterson, Backmund, Hirsch og Yim 2007).

En annen lignende svensk undersøkelse som har tatt for seg stigmatisering av HIV-smittede personer viser til stor forskjellsbehandling av disse pasientene. Deltakere i

studier forteller om røde merker som har blitt satt på journaler, sykepleielister og senger. Taushetsplikten blir brutt ved at helsepersonellet prater høyt om sykdommen mens andre pasienter er til stede i rommet og det blir fortalt om nedsettende kroppsspråk, slik som blikk, avstand, unnvikende kroppskontakt og tonefall. Mange føler at helsepersonellet er ubekvemme med å være i nærheten av dem og de føler seg nedsettende behandlet (Ginsburg og Papadelis 2009).

## 5.0 HEPATITT C

### 5.1 Hepatitt C-viruset

Hepatittforskerne oppdaget tidlig at det fantes andre typer hepatitt enn A og B. Disse ble kalt non-A -og non-B-hepatitter. Etter hvert fikk de typene som ble overført med blod navnet hepatitt C (Schøyen 2004).

Hepatitt C er en blodbåren infeksjon som ble oppdaget i 1989 og viruset overføres via blod og blodprodukter. Viruset er en viktig årsak til kronisk leversykdom hos en del pasienter og disponerer bl.a. for leverkreft, og kan utvikle seg over 20-40 år til en gradvis leverskade med cirrhose og siste stadium av leversykdom. Hepatitt C er en veldig vanlig årsak til levertransplantasjon. I Norge utgjør andelen 10-15 % (NEL 2010).

### 5.2 Utbredelse og prevalens

Prevalensen i Norge er vurdert til 0,5-0,7%, altså 20-30 000 smittede. Det anslås at 20 % får akutt sykdom, der symptomene i mange tilfeller er moderate. 80 % får et kronisk forløp av sykdommen, der det ofte er mildt den første tiden. Anslagsvis 20-30% får cirrhose i løpet av 20-30 år (NEL 2010).

Tidligere eller nåværende sprøytemisbrukere er overrepresentert. Så mange som 85% av alle smittede er smittet via sprøyte. Vel 5 % er smittet via blodtransfusjon (Sykepleien 2007). I Norge tilbys det undersøkelse til alle som fikk blodoverføring før 1994 (NEL 2010).

10-15 % er smittet ved andre årsaker, for eksempel via tatovering, piercing eller ved seksuell omgang (Fonn 2007).

Et eksempel på smitte i forbindelse med sykehusprosedyrer er tilfellet hvor en kirurg ved Universitetssykehuset i Nord-Norge i Tromsø smittet 10 pasienter fordi han ikke var klar over at han selv var smittebærer (Sykepleien.no 2008).

### 5.3 Behandling

Personer som er smittet kan gjennomgå en krevende og hard behandling, som medfører en rekke bivirkninger, blant annet depresjon. Interferon blir gitt som subkutane injeksjoner én gang i uken. Dette blir ofte kombinert med ribavirin (NEL 2010).

Det finnes per dags dato ingen vaksine mot hepatitt C (Schøyen 2004).

## 6.0 DRØFTING

### 6.1 Kunnskap

Eksemplene fra analysen av intervjuet viser at kunnskapsmangelen er en aktuell problemstilling. Ut fra det informanten fortalte om hennes pasienters møte med det norske helsevesenet, er det ikke vanskelig å forestille seg at dette er et område der den gjengse sykepleier har kunnskapsmangel. Når en sykepleier blir satt til å pleie for en pasient med hepatitt C-virus som kan være dødelig, er det kanskje naturlig at denne pleieren reagerer med angst, da vi mennesker gjerne reagerer slik når vi blir eksponert for noe som er ukjent for oss og truer vår eksistens. I tillegg blir vi påvirket gjennom massemedia fra alle kanter, og på tross av en informasjonsstrøm uten sidestykke i verdenshistorien, har menneskeheten aldri følt mer indre usikkerhet noen gang enn i dag (Hummelvoll 2008).

Et bra tiltak ved norske sykehusavdelinger vil være å øke den generelle kompetansen på smittsomme sykdommer og da først og fremst de alvorligste som truer liv og helse til den som blir smittet. I *Sykepleien* skriver Lien og Skaarud (2009) i artikkelen "Hvordan HIV smitter – og hvordan det ikke smitter", hvor temaet er stigmatisering av HIV positive, at mye tyder på at det er en sammenheng mellom kunnskapsmangel og stigmatisering generelt i helsevesenet og samfunnet for øvrig. De understreker også at den enkelte sykepleier bør stille store krav til seg selv når det gjelder å ha kunnskap om HIV og hvordan viruset smitter og viser til Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Lien og Skaarud 2009).

Hildegard Peplau lanserte sykepleierens mange roller og jeg vil si at to av de viktigste rollene er det å være student hele livet og samtidig kunne være lærer for sine kollegaer. *Student* ved at sykepleieren hele tiden stiller krav til seg selv hva angår nye kunnskaper, slik som sykdomsforskning og ny vitenskap om sykepleiefaget. Sykepleierne er en selvstendig yrkesgruppe med sine selvstendige kunnskaper og oppgaver, og det krever at den enkelte yrkesutøver aldri gir slipp på studentrollen, med andre ord aldri føler seg helt utlært.

*Sykepleieren bidrar til verdibevissthet, fagutvikling og forskning, og til at ny*

*kunnskap innarbeides og anvendes i praksis (Norsk Sykepleierforbund 2007).*

Lærerrollen er definert av Peplau som først og fremst en rolle i relasjon til pasienten, men jeg vil si at sykepleieren også har en lærerrolle i forhold til sine kollegaer. Hvis alle sykepleiere i arbeidsfellesskapet bidrar med det de til en hver tid tar til seg av ny kunnskap, vil det kunne bidra til at alle drar nytte av det, og ikke minst pasienten. I intervjuanalysen fremkommer det at informanten hevder at den stigmatiseringen som foregår i norske sykehusavdelinger av hepatitt C-smittede ville vært unngått hvis alle tok ansvar for både sitt eget og andres kunnskapsnivå, det samme som Lien og Skaarud (2009) konkluderer med angående helsevesenet generelt.

Når kunnskapsnivået heves vil den enkelte sykepleier føle seg trygg på ikke å bli smittet. Pasienten blir dermed ikke utsatt for unødvendige smittevernsprosedyrer slik som gule frakker og merking av rommet. Sykepleierne og det øvrige personellet skal heller ikke føle at de må holde stor fysisk avstand og ikle seg hansker under for eksempel visitten. Eventuelle medpasienter på rommet får dermed heller ingen hint og taushetsplikten blir ivaretatt.

Sykepleie et fag som fordrer at den enkelte sykepleieren tar ansvar for egne avgjørelser og etiske valg, samt bidrar til utviklingen av det faglige miljøet og veileder sine kollegaer der det er nødvendig (Norsk sykepleierforbund 2007). Hvis en sykepleier observerer at det er mangelfulle kunnskaper på avdelingen knyttet til hepatitt C-smitte, vil det være naturlig at denne sykepleieren gjør noe med saken. Det at sykepleieren tar tak i problemet innebærer forståelse av at stigmatisering faktisk er et problem, men ved å bringe kunnskapen videre bidrar sykepleieren til at flere får ta del i denne kunnskapen. Lykkes sykepleieren med sitt engasjement vil resultatet bli at avdelingen får høynet sitt kompetansenivå ytterligere, og dette vil komme pasienter med hepatitt C-smitte til gode.

Det finnes flere måter å tilegne seg og sine kollegaer mer kunnskap om smitte av hepatitt C og andre farlige sykdommer. Det mest nærliggende er kanskje å skaffe til veie faglitteratur om emnet og legge denne tilgjengelig på personalrommet. Sykepleieren kan også bruke personalrommet som arene for å starte en diskusjon og sette i gang en prosess der det kommer frem hva kollegaer egentlig vet, og eventuelt

synliggjøre behovet for mer kompetanse på feltet. I et travelt arbeidsmiljø der pausene er viktige er dette ingen fullgod løsning, fordi det ikke er garantert at kulturen på avdelingen gir rom for fagprat. Dessuten er man ikke sikret at alle blir inkludert i informasjonsflyten eller hvor mye som blir absorbert. Et alvorlig tema som diskriminering av en bestemt pasientgruppe trenger et kvalitetssikret opplegg som ikke overlater noe til tilfeldighetene. Det bør da være en selvfølge at sykepleieren drøfter problemstillingen med ledelsen og tilbyr seg som veileder i et vitenskapelig forsvarlig opplegg (Jakobsen 2006).

I en sykehusavdeling har både ledelsen og den enkelte sykepleier en viktig rolle når det gjelder fagutvikling og kompetanse, men det er avdelingsledelsen som har ansvaret for at dette blir satt på dagsorden, og ledelsen bør ha akademisk kompetanse (Hoff og Waldum 2003). Hvis det skulle vise seg at det er mangler kompetanse om smitte av hepatitt C, som igjen fører til urimelig behandling av enkelte pasienter, kan ledelsen iverksette tiltak for å forbedre kunnskapsnivået. I denne forbindelse er det viktig at ledelsen involverer hele avdelingen og lar alle få bidra med sine innspill og refleksjoner. I en slik åpen kultur blir medarbeiderne motivert til å ta ansvar og den enkelte kan være med å påvirke (Jakobsen 2006).

Når det gjelder kunnskap om hepatitt C, tror jeg at det kan være hensiktsmessig å benytte reaktiv atferd, altså sette i gang tiltak umiddelbart for å rette opp en feil (Jakobsen 2006). Dette kan gjøres på forskjellige måter og på flere arenaer. Innledningsvis kan man lage et informasjonsskriv med nødvendig informasjon om viruset, sykdommen og smittemåten. I denne prosessen kan man involvere en eller flere sykepleiere og danne en gruppe. Hvis en sykepleier har tatt initiativ til en slik kompetanseforbedring kan denne sykepleieren være fornuftig å ta med på gruppen. Denne sykepleieren kan også stå for distribuering av informasjonsskrivet og ha ansvaret for at informasjonen blir gjennomgått av alle medarbeidere på avdelingen. En gjennomgang som haster kan for eksempel gjøres på postmøte, rapport eller til et avtalt tidspunkt som passer inn i agendaen på avdelingen. Hvis en gjennomgang ikke lar seg gjennomføre kan ledelsen legge frem en navneliste der alle signerer etter hvert som de har satt seg inn i informasjonsskrivet.

Ledelsen i en avdeling bør også legge grunnlag for hvilken kultur som skal råde i avdelingen. Det forutsetter at ledelsen involverer alle i arbeidet og sammen skaper medarbeiderne en felles visjon. En slik atferd er proaktiv, noe som innebærer at man jobber mot en felles fremtid der alle har et eierforhold til kulturen (Jakobsen 2006). I dette tilfellet blir målet å skape en kultur der medarbeiderne føler seg sikre i arbeidet med hepatitt C-smittede, og tryggheten gjenspeiles i omsorgen for disse pasientene.

Ledelsen kan sette av noe av arbeidstiden til dette hver uke gjennom noen måneder, der man bevisst jobber med denne problemstillingen. Det gjelder å skape et fokus som engasjerer og inkluderer. Et slikt opplegg kan være tema på for eksempel rapporter, postmøter og personalmøter, og når det dukker opp smitteproblematikk kan man drøfte dette fortløpende og samtidig støtte hverandre. Det er også naturlig at man i et slikt arbeid også trekker inn stigmatisering av denne pasientgruppen fordi smittefare og fordommer henger sammen.

I intervjuanalysen trekker informanten frem dette med tverrfaglig samarbeid som en viktig faktor i arbeidet med å høyne kunnskapsnivået. Ethvert norsk sykehus har et bredt sammensatt personell av forskjellige yrkesgrupper. Det burde derfor være enkelt å benytte seg av personer som har spesialkompetanse innen faget eller lang erfaring. Dette kan være smittevernsykepleiere, bioingeniører eller indremedisinere. Disse yrkesgruppene trenger man ikke bare å trekke inn i planlagte opplegg, men man kan bruke dem som ressurser når man føler seg usikker (kilde). Informanten sier det også så enkelt at om en sykepleier er usikker på noe med hepatitt C, så ta en telefon til noen som vet.

## 6.2 Kommunikasjon

*Språket og samtalen er blant de viktigste verktøyene i helsearbeidet (Svensson 2006:189).*

Det første møtet med pasienten legger grunnlag for både forholdet mellom sykepleieren og pasienten og det forholdet pasienten vil ha til hele sykehusoppholdet.



Det er veldig viktig at dette skjer på en hensiktsmessig måte, preget av profesjonalitet. Sykepleieren kan løse dette ved å innstille seg på at alle pasienter er fremmede og må behandles deretter, Det skal ikke være forskjell på om pasienten er en respektert forretningsmann eller en narkoman med et frynsete rykte. Alle har krav på å bli behandlet som selvstendige individer (Norsk sykepleierforbund 2007).

I følge Peplau er pasienten og sykepleieren fremmede for hverandre til de blir kjent. Jeg tror at en slik holdning til mennesker generelt skaper et godt utgangspunkt for profesjonell kommunikasjon fordi man tar ikke med seg fordommer inn i forholdet, men starter på null. Dette gjelder uansett hvilken pasient det er. Akkurat som sykepleieren ikke sier til en hepatitt C-smittet at ”vi blir nødt til å iverksette noen ekstra smitteverntiltak”, sier sykepleieren heller ikke til en popstjerne som er innlagt at ”jeg så deg på tv i går, du var kjempekul”.

I følge informanten skjuler mange av de som bærer hepatitt C-viruset dette for omverdenen. Dette antyder at denne gruppen er sårbar, noe som stiller krav til god kommunikasjon. Jeg vil anta at de fleste pasienten ønsker at det skal være minst mulig snakk om sitt tilfelle ved avdelingen der de er innlagte, da de kan være redd for at sin historie skal komme ut, eller at de blir tatt for å være tidligere eller aktive rusmisbrukere.

Samtidig kan pasientene observere at helsepersonell oppfører seg merkelig i deres nærvær og at det blir brukt utstyr for smittevern som ikke er relatert til deres innleggelsesårsak. Flere steder i analysen av intervjuet forteller informanten om rutiner og enkelthendelser ved sykehusavdelinger der formålet er å unngå å bli smittet selv eller for å advare kollegaer om smitte, slik som for eksempel ved bruk av gule lapper og smittefrakker.

Da er det fornuftig at en sykepleier, for eksempel pasientens primærkontakt, tar dette opp i en samtale med pasienten slik at det hele blir avdramatisert. Alle som jobber på sykehuset har uansett taushetsplikt og for taushetspliktens del så gagnar det også pasienten at smittevernrutiner unngås, med all den unødvendige oppmerksomheten det skaper med tanke på omgivelsene og eventuelle medpasienter på rommet (Molven 2006).

Jeg tror det er viktig å vektlegge de to første av Peplaus utviklingsfaser - orienteringsfasen og identifiseringsfasen. Det er i begynnelsen at grunnlaget for oppholdet på sykehuset legges, og i disse fasene kan sykepleieren ta opp med pasienten det som angår hepatitt C-smitte. I dette arbeidet tror jeg det er veldig viktig at sykepleieren til å begynne med holder seg til orienteringsfasen for å sikre seg pasients tillitt. *Etter hvert* som forholdet utvikles går sykepleieren over til identifiseringsfasen og hepatitt C-virussmitten blir et tema i arbeidet med å identifisere hele pasientens helsetilstand og behov.

Når sykepleieren treffer sin nye pasient for første gang er det en selvfølge at sykepleieren begynner med å presentere seg med navn og stilling. Et reelt håndtrykk virker tillitsvekkende og man viser at man ikke frykter smitte. Deretter får pasienten generell informasjon om avdelingen og når det er legevisitt og for eksempel når røntgen skal tas. Sykepleieren betrygger også pasienten med at dette skal gå bra og at pasienten er i gode hender. Det er vanskelig å vite akkurat når pasienten er klar for å bli konfrontert med hepatitt C-smitten. En grei regel kan være å sørge for å ta dette opp med pasienten før laboratoriepersonellet eller andre som kjenner til virussmitten kommer, i tilfelle de skulle sette i gang unødvendige smitteverntiltak. Hvis sykepleieren føler seg usikker på noe som angår hepatitt C, sier informanten at da ville hun ha sagt det rett ut til pasienten og fått pasienten til å komme med innspill. En metode Peplau også støtter da hun mener at sykepleieren kan lære av pasienten sin og ikke bare andre veien.

Peplaus teori samsvarer med det informanten forteller i intervjuanalysen. Hun er opptatt av at sykepleieren i et tidlig stadium av forholdet skal ta opp smitteproblematikken med pasienten og begrunner det med at hun ønsker å avdramatisere situasjonen. Jeg synes at informanten gjennom disse opplysningene viser at direkte og oppriktig kommunikasjon med pasienten er viktig for å unngå at pasienten føler seg stigmatisert. I stedet for at pasienten blir liggende å engste seg for hva personalet tror, så blir situasjonen tatt kontroll over allerede i begynnelsen. Pasienten trenger ikke å føle at det foregår noe over hodet på seg, for sykepleieren har gjort det klart at dette er kjent problematikk ved avdelingen.

Jeg tror det er mye å hente for en sykepleier når det kommer til nonverbal kommunikasjon. Dette er også noe Peplau vektlegger. Mennesker snakker med hele seg, og som profesjonell helsearbeider er det viktig at man har kontroll over kroppsspråket i den grad det er mulig, og at det er kongruent, altså i samsvar med det man sier verbalt (Eide og Eide 2007). Hvis man for eksempel sier ”god bedring” til en rusmisbruker, men smiler overbærende, virker det lite tillitsvekkende.

Walker, Payne, Smith and Jarret (2007) skriver at når man dokumenterer eller rapporterer personlig informasjon er det en god idé å forestille seg at pasienten eller klienten står bak skulderen. Det er viktig at sykepleieren er bevisst på at selv om pasienten ikke ser hva som blir skrevet, så er denne handlingen med å forme holdningene til de som leser dokumentet. Dette gjelder all form for skriftlig kommunikasjon på avdelingen.

## 7.0 AVSLUTNING

### 7.1 OPPSUMMERING

Mitt inntrykk er at dette er et felt der det skulle vært gjort mye i forhold til kartlegging av holdninger og kunnskap blant sykepleiere, og helsepersonell for øvrig. Det var interessant å oppdage tidlig i arbeidet at det nesten ikke finnes litteratur på norsk om dette viktige temaet. Løsningen for meg ble da å innhente informasjon fra en informant og jeg er fornøyd med at jeg fikk lov til å intervju en sykepleier som kan mye om både sykdommen og holdningene rundt.

Jeg håper dette kan være et lite bidrag til arbeidet med å skape et helsevesen der pasienter slipper å føle seg stigmatiserte. Hepatitt C-smittede er en av mange grupper som blir stigmatiserte i helsevesenet. De funnene jeg har gjort vil sannsynligvis ha overføringsverdi til andre utsatte pasientgrupper.

### 7.2 KONKLUSJON

*Hvordan kan sykepleieren i en sykehusavdeling unngå å stigmatisere sine pasienter smittet med hepatitt C?*

Det er to faktorer som har utmerket seg som satsningsområder i arbeidet med å unngå stigmatisering; bedre *kunnskap* blant helsepersonellet på avdelingen om hvordan hepatitt C smitter og bedre *kommunikasjon* med de berørte pasientene.

Både ledelsen og den enkelte sykepleier bærer på et ansvar for at alle på avdelingen har gode kunnskaper, men det hviler et ekstra stort ansvar på avdelingsledelsen, som må jobbe aktivt for å bygge opp en kultur der ingen frykter smitte fordi de vet hvordan hepatitt C smitter. Når frykten forsvinner, forsvinner også behovet for å iverksette smitteverntiltak som strengt tatt ikke er nødvendige, og som bidrar til at pasienten føler seg stigmatisert.

Gjennom god kommunikasjon må sykepleieren i en tidlig fase i forholdet til pasienten gjøre det klart at avdelingen vet at pasienten er smittet, men samtidig understreke at det vil ikke bli iverksatt ekstra tiltak mot smitte. Sykepleieren som har ansvaret for denne oppgaven bør også påta seg å informere avdelingen om at pasienten er smittebærer, og samtidig sørge for at alle er kjent med at hepatitt C ikke utgjør en stor risiko. Situasjonen må avdramatiseres både overfor pasienten og helsepersonellet ved avdelingen.

## LITTERATURLISTE:

Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Eide, H., Eide, T. (2007) *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Ad notam Gyldendal

Fonn, M. (2007) Endelig frisk. *Sykepleien* nr. 17: 26-31.

Fonn, M. (2008) Sykepleier holder tett om egen smitte. *Sykepleien.no* 06.03.2008  
[http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/nyheter/nyhetsartikler/vis?p\\_document\\_id=119389](http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/nyheter/nyhetsartikler/vis?p_document_id=119389) (28.04.2010 Kl. 19.24)

Forchuk, C. (1993) Hildegard E. Peplau: Teori om relationsaspekten i omvårdnad. I: Forchuk, C., Sieloff Evans, C. L., O'Connor, N. (red.) (1995) *Anteckningar om omvårdnadsteorier II*. Lund, Sverige: Studentlitteratur.

Gastmans, C. (1998) Interpersonal relations in nursing: a philosophical-ethical analysis of the work of Hildegard E. Peplau. *Journal of Advanced Nursing* 28(6): 1312-1319

Ginsburg, J & Papadelis, E. (2009) *Hiv-stigma inom sjukvården ur ett patientperspektiv. En litteraturstudie*. Examensarbete i omvårdnad. Malmö högskola: Hälsa och Samhälle, Utbildningsområde omvårdnad.  
<http://muep.mah.se/bitstream/2043/8328/1/Hiv-stigma%20inom%20sjukvården.pdf>  
(26.04.2010. Kl. 20.16)

Howk, C. (2002) Psychodynamic Nursing. I: Tomey, A. M., Alligood, M. R. (red.) (2002) *Nursing Theorists and their work*. St. Louis, MO: Mosby, Inc.

Hummelvoll, J. K. (2004) *Helt – ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal.

Jakobsen, R. (2005) *Klar for fremtiden? - om kvalitet, endring og teamarbeid i sykepleieledelse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lien, M. G. og Skaarud, K. J. (2009) Hvordan HIV smitter – og hvordan det ikke smitter. *Sykepleien* nr. 11: 58-61.

Molven, O. (2006) *Sykepleie og jus*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Norsk elektronisk legehåndbok (2010) *Hepatitt C*.

<http://legehandboka.no/mage-tarm/tilstander-og-sykdommer/lever/hepatitt-c-2298.html> (28.04.2010 Kl. 19.44)

Norsk Sykepleierforbund (2007) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*.

<https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/304808/Yrkesetiske%20retningslinjer.pdf> (26.04.2010. Kl. 21.39)

Notis i Sykepleien.no (2008) Ti pasienter smittet med hepatitt C. *Sykepleien.no* 14. august.

[http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-nyhet?p\\_document\\_id=116655](http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-nyhet?p_document_id=116655) (28.04.2008 Kl. 19.36).

Paterson, B. L., Backmund, M., Hirsch, G., Yim, C. (2007) The depiction of stigmatization in research about hepatitis C. I: *International journal of drug policy*. Oct;18(5):364-73. Epub 2007 Apr 30.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17854724?ordinalpos=1&itool=PPMCLayout.PPMCAppController.PPMCArticlePage.PPMCPubmedRA&linkpos=4> (26.04.2010. Kl. 20.07)

Peplau, H. (1991) *Interpersonal Relations in Nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. New York, NY: Springer Publishing Company, Inc.

Schøyen, R. (2004) *Mikroorganismer og sykdom: Lærebok i mikrobiologi og infeksjonssykdommer for helsepersonell*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Svensson, R.(1998). *Samfunn, medisin og sykepleie*. Oslo: Ad notam Gyldendal

Walker, J., Payne, S., Smith, P. & Jarrett, J. (2004) *Psychology for Nurses and the Caring Professions. (Second Edition.)* Open University Press.