

UNIVERSITETET I
NORDLAND

PROFESJONSHØGSKULEN
SJUKEPLEIE OG HELSEFAG

KULL 08H

SY 180H 000 BACHELOROPPGÅVE I SJUKEPLEIE

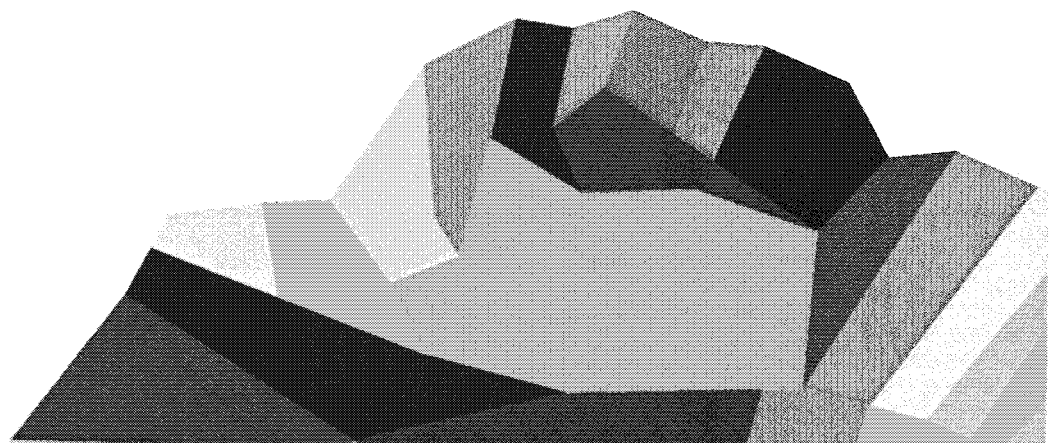
*"Dobbelt opp – med verdighet
.....om dobbeltdiagnosar i eit sjukehus"*

INNLEVERINGSDATO 29.APRIL 2011

KANDIDATNUMMER 6

ANTALL SIDER: 26

[Corneliusson, Kristian Meek]



Innholdsfortegnelse

1.0 Innleiing	1
1.1 Bakgrunn for val av tema og problemstilling	1
1.2 Avgrensingar jamfør problemstillinga	2
1.3 Mål med oppgåva	3
1.4 Disposisjon av oppgåva.....	3
2.0 Metode	4
2.1 Etske Overveiningar.....	5
2.2 Datasamling til litteraturstudie.....	6
3.0 Eigenerfart forteljning.....	7
4.0 Teoridel	9
4.1 Teori knyta til diagnosen.....	9
4.1.1 Dobbeldiagnosar	9
4.1.2 Rusmisbruk/misbruk	10
4.1.3 Alvorleg psykisk lidning	10
4.2 Viktige punktatar for å kunne møte pasientar på ein verdig måte	11
4.2.1 Menneskesyn.....	11
4.2.2 Menneskeverd	11
4.2.3 Kommunikasjon	12
4.3 Medisinsk sengepost	13
4.4 Det sjukepleieteoretiske grunnlaget	14
4.4.1 Menneske til menneske	14
5.0 Drøfting.....	16
5.1 Kva som skjer før eg skal møte Frank for fyrste gong.....	16
5.1.1 ”Av det eg fekk høyre, var det spesielt ein pasient som skilde seg ut.....”	16
5.1.2 Ein god rapport er viktig	17
5.1.3 Haldningar.....	18
5.2 Sjølve møtet med Frank	19
5.2.1 Tankar på førehand av møtet.....	19
5.2.2 ”Me handhelste....”	20
5.2.2 Å ta ein sjanse på å møte Frank, og ikkje sjukdommen.....	21
5.3 I etterkant av møtet.....	21
6.0 Avslutning	23

Litteraturliste	24
Pensumlitteratur	24
Sjølvalt litteratur.....	24

1.0 Innleiing

1.1 Bakgrunn for val av tema og problemstilling

Eg har valt meg temaet psykisk helse og rus. Årsaka til at eg har fatta interesse for akkurat dette temaet er at det i vårt samfunn eksisterer mange forforståingar om menneske som har denne kombinasjonen psykiske lidningar og eit alvorleg rusmisbruk. Medan nokon ser dei psykiske lidingane først i møta med desse menneska, ser andre kanskje rusproblema først. Nokon ser og dei psykiske lidingane og rusmisbruket på ein gong. Rundt denne pasientgruppa vert det fortalt mange historier, både i media og i andre samanhengar. Når media sett søkelyset på menneske som har kombinasjonen psykiske lidningar og rusmisbruk, er det mykje forskjellig som vert lagt fram. Til dømes er noko av det som vert skrive er at dei har vanskelege levekår. Det snakkast om ressursvake personar som ikkje klarar å ta vare på seg sjølv og om lovbrøt.(Thommesen, 2008).

I denne oppgåva har eg kome fram til at eg vil fokusere på pasientar innanfor somatisk sjukehus, og då spesielt på ein medisinsk sengepost. Eg har i den samanheng, først skrive ei eigenerfart historie for å belyse temaet og problemstillinga mi. Problemstillinga mi er:

”Korleis kan ein sjukepleiar møte pasientar med ei psykisk lidning og eit alvorleg rusmisbruk på ein medisinsk sengepost på ein verdig måte”

Eg har opptil fleire gonger opplevd uvisse i møtet med denne gruppa pasientar, både hjå meg sjølv, og hjå andre sjukepleiarar. Uvissa går ofte ut på at me er usikre på kva som kan møte oss. Er pasienten rusa? Korleis oppfører han/ho seg mot pleiepersonalet i rusa tilstand? Denne tankegangen går og ut på om ein sjølv har erfart eller høyrte om hendingar av negativ art, slik som truslar om vald eller liknande. Om ein ikkje har erfart liknande situasjonar, er det enklare å bli påverka av dei som er rundt oss. Kva dei seier og korleis dei oppfører seg i møtet med ei slik pasientgruppe. Eg trur det er slik at både eg og andre sjukepleiarar er usikre på oss sjølv. Eg veit sjølv, at eg i alle fall er det. Mange sjukepleiarar er kanskje ikkje kjende med sine egne haldningar rundt denne pasientgruppa. Eller kanskje dei er kjende med haldningane sine, men ikkje ser kor mykje deira haldningar påverkar utførselen av arbeidet deira. Eg har sjølv kjent på ei kjensle av uvisse når eg møter pasientar som har ein dobbeltdiagnose. Ei

kjensle av å vere usikker og ein skepsis i møtet med personar som kanskje har litt andre livsval enn meg. Eg trur denne redsla kjem litt av påverknad frå media og utilstrekkeleg kunnskap. Og ut i frå denne nysgjerrigheita på kvifor desse kjenslene og tankane kjem, har eg kome fram til at eg vil skrive om dette temaet.

Eg trur sjølv at med betre kunnskap om pasientgruppa, betre innsikt i mine eigne haldningar og kva desse haldningane gjer i møta med desse og andre pasientar, vil eg om mogleg vere tryggare i møta med denne pasientgruppa. Dette vil vidare føre til at eg kjem til å møte desse pasientane på ein meir tilfredstillande og verdig måte

1.2 Avgrensingar jamfør problemstillinga

Når eg skriv om begrepet dobbeltdiagnose i mi oppgåve meiner eg pasientar som har eit kjent rusmisbruk og ei alvorleg psykisk lidning. Sjølv om dobbeltdiagnosar dei siste åra har blitt eit kjent begrep, er det framleis mange som er usikre på kva det eigentlig betyr.

Dobeltdiagnosar vil seie at ein person har to sjølvstendige medisinske diagnosar, og at begrepet blir brukt spesielt om kombinasjonen rusmisbruk og ei psykisk lidning.

(Kielland, 2002)

Eg har i oppgåva valt å ikkje fokusere på nokon spesiell psykiatrisk diagnose, sidan oppgåva mi går ut på å møte pasientane på ein verdig måte. I mi forteljing skriv eg om møtet med Frank. Og det er dette møtet som er grunnlaget mitt for mi bacheloroppgåve. Eg har gong på gong måtte tenkje over dette møtet for å få ei forståing av det. Tankane som surrar rundt i hovudet er mange. Hadde eg gjort ein god jobb i dette første møtet mellom oss? Kva ville eg gjort annleis om han ikkje hadde vore ein rusmisbrukar og hatt ei alvorleg psykisk lidning? Dette førte til at eg i etterkant eigentleg var meir utrygg på meg sjølv enn Frank.

I boka *"Helt – ikke stykkevis og delt"* (2008), skriv Hummelvoll at eit kvart møte mellom to menneske vil bli ståande som noko spesielt. Han skriv og at me som sjukepleiarar opplever ganske mange av dei, at me vert lett ufølsam for kva dei kan bety for pasientane. Og det er akkurat dette som har fanga mi merksemd for å kunne møte Frank og andre pasientar med ein dobbeltdiagnose på ein verdig måte.

1.3 Mål med oppgåva

Hovudformålet med denne oppgåva er at det er mi bacheloroppgåve som er ein del av sjukepleiestudiet for at eg skal få ei fullført sjukepleiarutdanning. Det eg i tillegg vonar å oppnå med denne oppgåva er betre kunnskap og forståing rundt temaet, og ein tryggleik i møte med denne pasientgruppa. Dette er eit viktig tema for at me som sjukepleiarar kan møte desse pasientane på den måten dei fortener å bli møtt. At me klarar å sjå personen som ligg der i senga, og ikkje berre diagnosen. At me ser pasientane med sin sjukdom, og ikkje berre sjukdommen med pasienten på slep. Difor blir målet med oppgåva at eg skal bli betre i stand til å møte pasientar på ein verdig måte. Eg vonar og at eg som sjukepleiar er meg sjølv bevisst i møte med andre menneske. Om eg klarar det, kan den sjukepleia som eg utøver bli betre for pasienten.

1.4 Disposisjon av oppgåva

I innleiinga mi presenterer eg bakgrunn for val av tema og problemstillinga mi. I tillegg til dette kjem og korleis eg har prøvd å avgrensa problemstillinga, og kva som er formålet med mi oppgåve. Etter dette har eg eit eige kapittel for metode, som inneheld ei beskriving av metoden, og dei etiske vurderingane som eg har måtte gjort. Som metode har eg bestemt meg for å bruke ei eigenerfart forteljing. Historia har eg plassert i eit eige kapittel før teoridelen. I teoridelen skal eg presentere det eg meiner er relevant teori for mi oppgåve. I dette kapittelet kjem og teori om dobbeltdiagnosar, teori som er relevant for å kunne møte pasientar på ein verdig måte og Joyce Travelbees teori om menneske-til-menneske-forhold. Og hennar teori rundt kva sjukepleie er, og kva ho legg i kva eit menneske er. I drøftinga tok eg for meg forteljinga mi og mine tankar og refleksjonar rundt den.

Bacheloroppgåva inneheld 9134 ord.

2.0 Metode

Kva er i grunnen metode? Vilhelm Aubert (1985) skriv følgjande:

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder.”(Dalland 2007: 81)

For å løyse oppgåva mi har eg valt å ta utgangspunkt i ei forteljing som bygger på mine erfaringar som sjukepleiestudent i praksis. Eg har valt denne metoden fordi eg trur det kan vere ein fin måte å få ei avgrensing i temaet som oppgåva mi omhandlar. Eg vil då kunne bruke viktige punkt frå praksisen min i drøftinga mi. Forteljinga er basert på ei eigen erfaring om å vere fersk student på eit somatisk sjukehus. Den tek opp ein del problem som er viktige jamfør mi problemstilling, og for meg som student og sjukepleiar forøvrig.

Fagerland (2005) skriv at ei forteljing ikkje skal vere med på å illustrere ein teori, tanke eller ein påstand for å pynte på oppgåva. Ei forteljing er med på vise fram det verkelege uttrykket, og er med på å danne grunnlaget for ettertanke og refleksjon rundt oppgåva.

Ei forteljing er nær beslekta essayet som metode.

Det å skrive eit essay er både ein litterær sjanger, men og ein undersøkingsmetode. Med hjelp av essayet som ein skriv, kan ein utvikle dilemmaer og problemstillingar som er i forteljinga. Når ein vidare formulerer praksisopplevingar til ei skrifteleg forteljing, kan det være starten på ein meir systematisk gjennomgang av tankane ein gjer seg opp om praksissituasjonane. Ein skrivemåte om tek utgangspunkt i ei konkret forteljing og reflekterer over den, er egna til å utvikle kunnskap om praksis. (Bech-Karlsen, 2003)

Metoden eg har valt å bruke i denne oppgåva, kallas for ein kvalitativ metode, i og med at eg tek utgangspunktet i mi forteljing og ikkje i målbare einingar. Når eg brukar ein kvalitativ metode, ynskjer eg å kunne gå i dybda for å fange opp opplevingar og meiningar som ikkje lar seg talfeste eller måle. I og med at eg brukar ein slik metode får eg og fram det som er spesielt med akkurat mi historia. Den kvalitative metoden kjenneteiknast av at den er basert på meining, erfaring og oppleving, og den lar seg vanskeleg måle. Eg brukar erfaringsbasert kunnskap, kvalitativ kunnskap, og forsøker å finne svar i litteratur som omhandlar temaet mitt. Eg tek sikte på å få fram ein samanheng og ei heilheit, og å formidle ei forståing av temaet mitt (Dalland, 2007).

Når eg skriv oppgåva mi med ein kvalitativ metode, er det viktig at den litteraturen som eg brukar er relevant for meg. For å komme fram til denne litteraturen har eg måtte tatt eit litteratursøk av det som er undersøkt og skrevet om verkelegheita (empirien) av forfatterar. Mitt litteraturstudie består av både pensumlitteratur og sjølvalt litteratur. Materialet i ei litteraturstudie er den allereie eksisterande kunnskapen som er presentert i artiklar og bøker som eg hentar ved å søke i dei forskjellige databasane. Du kan difor seie at eit litteraturstudie ikkje skapar nokon ny kunnskap, sjølv om nye erkjenningar kan komme fram når ein samanliknar kunnskap frå fleire tidlegare undersøkingar/artiklar. (Støren, 2010)

Eg ynskjer med mi bacheloroppgåve å kunne gå litt i dybda av problemstillinga mi. For å enklare kunne gjere dette, har eg hatt ein hermeneutisk innfallsvinkel på oppgåva mi. Ei hermeneutisk tolking vil seie at eg prøvar å finne skjulte meiningar i eit fenomen, og tolkar desse. Den som forskar med ein hermeneutisk innfallsvinkel må alltid skifte posisjonar og veksle mellom heilheta og utvalte delar av temaet. Når me som forskarar har eit hermeneutisk utgangspunkt, nærmar me oss det som skal utforskas med våre egne forforståingar. Våre tankar, kjensler og inntrykk og den kunnskapen me har om temaet er ein ressurs, og det er ikkje eit hinder for å tolke og forstå det me vil finne ut av. Med begrepet forforståing heiter det at me skal prøve å møte det fenomenet me forskar på så forutsetningsløst som mogleg, men det er ikkje til å unngå at ein har gjort seg tankar omkring det på førehand. Me må og vere våre egne forforståingar bevisst, og skrive dei ned på førehand. (Dalland, 2007)

2.1 Etiske Overveiiingar

I kapittel 3 skriv eg ei eigenopplevd forteljing om mitt møte med Frank. For å overhalde taushetsplikta mi som helsearbeidar har eg skrive om historia mi, slik at ein ikkje skal kjenne att pasient eller sjukehus.. Historia og oppgåva mi er skrive rundt mine egne erfaringar, refleksjonar og observasjonar. Dette betyr at det er mine egne opplevingar som dannar grunnlaget for oppgåva. (Dalland, 2007)

Historia er anonymisert jamfør Helsepersonelloven § 21

«Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell»

(Molven, 2009)

2.2 Datasamling til litteraturstudie

Eg starta først med å delta på eit kurs som skulen sin bibliotekar arrangerte for å få eit innblikk i dei ulike e-ressursane som er tilgjengelege for oss studentar. For å kome fram til dei ulike forskings- og fagartiklane eg har brukt, har eg i all hovudsak brukt Google Scholar som søkekjelde. For å komme fram til akkurat dei artiklane som vert brukt i teksten min, har eg brukt søkeord som: "dobbeltdiagnoser", "rus og psykiatri", "menneskesyn", "rusavhengighet", "verdighet".

For å finne sjølvvalt litteratur har eg fått mykje hjelp også her frå personalet ved Universitetsbiblioteket i Nordland. Dei har hjelpt meg til å søke i BIBSYS etter relevant litteratur, og hjelpt meg til å finne fram eller bestille dei bøkene som eg sjølv har søkt meg fram til. Også i dette arbeidet har eg brukt mange av dei søkeorda som er nemnt i avsnittet ovanfor.

3.0 Eigenerfart forteljing

På min første dag i sjukehuspraksisen fekk eg ein god rapport om pasientane som var på avdelinga. Eg fekk informasjon om kvifor dei var innlagt, og om kva eg kunne vente meg i møtet med dei ulike pasientane. Sidan dette var min første sjukehuspraksis nokon sinne, var eg kanskje litt meir spent enn vanleg, og kanskje til og med litt redd, på kva som kom til å møte meg når eg opna dørene inn til pasientromma. Av det eg fekk høyre var det spesielt ein pasient som skilde seg ut. Namnet hans var Frank og han var 32 år. Han var innlagt grunna ein pneumoni, og det var ikkje noko særskild i sjølve sjukdomsforløpet. Det som var spesielt, var at Frank var rusmisbrukar og i tillegg lid av schizofreni. Den siste tida hadde han vore inn og ut av avrusing og psykiatriske behandlingseinstitusjonar.

Frank hadde vore innlagt på sjukehuset eit par dagar då eg byrja. Eg hadde frå før høyrte mykje om dette med dobbeltdiagnosar. Personar med dobbeltdiagnosar var kriminelle og valdelege. Ja, dei var rett og slett farlege. Dette var påstandar som eg hadde høyrde i media, frå venar og i frå kollegaer. Grunna mine forståingar om dobbeltdiagnosar, var eg spesielt usikker på kva som kom til møte meg når eg opna døra inn til han. Eg spurte difor rettleiaren min litt ekstra om han, for kanskje å kunne førebu meg litt betre. Då fekk eg høyre at Frank hadde hatt opp til fleire valdsamme utbrot den siste tida. Pleiarane som hadde vore inne hjå han, hadde ikkje gjort noko spesielt for å irritere han nokon av gongane. Men han hadde likevel oppført seg aggressivt og truande mot dei.

Du kan trygt seie at dette ikkje var med på å forbetre mine forståingar om personar som lid av ein dobbeltdiagnose. Då eg spurte om kvifor Frank hadde hatt desse utbrota, kunne eg ikkje få noko anna svar enn at ho visste ikkje. Ho rådde meg til difor ikkje å gjere noko for å provosere han når eg gjekk inn til han.

På byrjinga av dagen, prøvde eg ærlig talt å unngå rommet til Frank. Men eg fann ut at eg kunne ikkje unngå han for alltid, og det var i grunnen greiast å berre hoppe i det. Eg sat på vaktrommet då han ringte på. Dei andre som sat der verka lite villig til å ta klokka, så eg bestemte meg for at no får det bære eller breste. Då eg endeleg kom fram til rommet, hadde eg i løpet av turen bortover korridoren frå vaktrommet bestemt meg for å gå inn på ein vanleg måte, helse på han, og gjere det eg skulle gjere, for så å gå kjapt ut igjen. Eg trudde kanskje at dette var den rette måten, for å unngå nokon form for konfrontasjon.

Då eg opna døra inn til pasientrommet, møtte eg ein mann som var heilt annleis frå den eg hadde førestelt meg. Eg såg føre meg ein sliten mann som var uflidd og skitten, men i staden fekk eg sjå ein ung mann som var nyvaska, nybarbert og som låg der i reine klede.

Eg handhelste og presenterte meg, som eg ville ha gjort med alle andre pasientar, og spurte om kva eg kunne hjelpe han med. Grunnen til at han ringte på var så enkel at han meinte intravenøsen gjekk litt seint. Eg såg på IV-poseden, og skrudde han litt opp. Mens eg gjorde dette, småprata me litt om stort og smått. Og eg gløymde heilt at resten av personalet var redd for denne pasienten. Då det var gjort, gjekk eg ut av rommet og tenkte gang på gang på kvifor situasjonen vart som han vart. Eg opplevde ikkje Frank ein einaste gong som valdeleg og truande. Eg opplevde han kun som ein vanleg pasient. Difor følte eg at det var eit mislykka første møte. Vart eg verkeleg så styrt av rettleiaren min sine uttalar på førehand, og møtte eg noko heilt anna enn kva eg hadde førestilt meg? Eg hadde jo førestilt meg at han skulle vere uflidd og skitten, sint og valdeleg, og at han kom til å behandle meg med ei fiendelighet. Eg hadde nok mange negative tankar på førehand. Eg var redd og usikker på Frank då eg kom inn på rommet, men då eg gjekk ut var eg eigentleg meir usikker på meg sjølv. Hadde eg gjort ein god jobb i dette første møtet mellom oss? Kva ville eg gjort annleis om han ikkje hadde vore ein rusmisbrukar og hatt ein alvorleg psykisk liding?

Då eg kom attende til vaktrommet, spurte dei andre på avdelinga korleis det hadde gått med meg og Frank. Eg fortalte det som det var, at eg hadde helst på han, hjelpt han med det han trengte hjelp til, og snakka med han om stort og smått. Eg fortalde og at eg hadde gjort som dei sa, at eg ikkje skulle gjere noko for å provosere han. Eg fortalde og at eg ikkje hadde opplevd han som avvisande, aggressiv eller truande på nokon måte.

Dei byrja å skryte av meg, for dei hadde aldri behandla han på den måten før. Dei brukte aldri å småprate med han, og dei hadde i grunnen aldri handhelst på han. Eg vart då litt overraska, for eg trudde det var noko som var heilt normalt. Eg spurte difor om kvifor dei ikkje hadde gjort noko av dette. Då fekk eg som svar at dei hadde dårlege erfaringar med pasientar med ein dobbeltdiagnose.

Etterkvart som dagane gjekk, fekk eg og Frank betre kontakt, og dei andre på avdelinga byrja å behandle han på ein meir verdig måte.

4.0 Teoridel

4.1 Teori knyta til diagnosen

4.1.1 Dobbeltdiagnosar

Pasientar med såkalla dobbeltdiagnosar har både ei psykisk lidning og eit rusmiddelmissbruk eller ei rusmiddelavhengigheit. Dobbeltdiagnosar er med åra blitt eit meir kjent, men framleis eit uklart begrep. Komorbiditet eller kombinasjonsdiagnosar er kan hende mindre misvisande då det ofte er snakk om fleire enn to diagnosar. Komorbiditet betyr at to eller fleire ulike lidningar opptrer samstundes, men seier ingenting om årsaksførehold. Dobbeltdiagnosar er primært eit systemrelatert begrep som viser til to lidningar som tradisjonelt har vore behandla i to ulike system. I litteraturen vert dette begrepet brukt i all hovudsak om psykose og rusmisbruk, men enkelte har og utvida det til å handle om andre alvorlege tilstandar. Men i denne oppgåva vil eg reservere dobbeltdiagnosebegrepet om rus i kombinasjon med psykiske lidningar.

(Bratteteig, Hove & Aakerholt, 2008)

Det behandlingstilbodet som har eksistert fram til no, har ofte bestått av ein konkurranse i å avvise pasientane frå sosialetaten, rusmiddelomsorgen og psykiatrien. Fram til no, er det ingen av dei som er nemnt ovanfor som har kjent seg kvalifisert til å ta på seg den fulle og heile behandlinga av desse pasientane, og dei forskjellige etatane føler at denne gruppa pasientar berre kompliserer og forstyrrar det arbeidet som dei "eigentleg" skal drive med. Det har vore som om behandlingsapparatet ikkje likar pasientane, og pasientane ikkje likar behandlingsapparatet. Denne pasientgruppa har vore kostbar for samfunnet, har levd uverdige liv, men ikkje minst, så representerer dei mykje lidning for sine pårørande. Og utan den nødvendige behandlinga, er prognosane som oftast dårlege. (Skjøtskift, 2002)

Men i 2004 skjedde det ei endring for denne pasientgruppa. Då kom rusreforma. Denne reforma betydde at det var staten som tok over ansvaret for dei forskjellige behandlingstiltaka innanfor rusfeltet. Dette vart då ein del av spesialhelsetenesta. Rusmiddelmissbrukarane fekk då pasientrettar etter lova som omhandlar desse rettane. Dei fekk dei same rettane som andre pasientane innanfor spesialhelsetenesta. (Lie og Nesvåg, 2006)

4.1.2 Rusmisbruk/misbruk

I følge (NOU 2003:4) kan ein dele kategorien rusmiddelbrukarar i tre grupper: Måtehaldsbrukarane, misbrukarane og dei som er avhengige.

”Med måteholdsbrukere forstår vi personer som aldri eller svært sjelden opplever problemer på grunn av sin bruk, eller som påfører andre problemer. Med misbrukere forstås personer som gjentatt eganger både selv erfarer problemer på grunn av sin bruk av rusmidler, og som påfører andre problemer. Med rusmiddelavhengige forstår vi personer som ikke greier å styre sitt forbruk av rusmidler, og som selv opplever problemer på grunn av denne avhengigheten, samtidig som de skaper problemer for andre” (NOU 2003.4 s.15)

Desse kategoriane kan brukast om alle formar for rusmiddelbrukarar og rusmidlar.

Måtehaldsbrukarane er personar som kanskje ein gong iblant tek seg ein øl etter arbeid, i selskap eller liknande. Misbrukarar kan tidvis oppleve problem, og rusmiddelavhengige har ikkje lengre nokon kontroll over rusmidla, om personen tek dei. Når det gjeld desse to siste gruppene (misbrukarar og rusmiddelavhengige) er i tillegg familien og samfunnet rundt dei ramma, i tillegg til den lidinga som misbrukaren/rusmiddelavhengige opplev. (ibid)

4.1.3 Alvorleg psykisk liding

Alle kulturar kjenner til psykiske lidingar. Ut i frå kva for eit samfunn eller kultur det opptre i, får dei forskjellige årsaksforklaringar. Sjølv om ein del åtferdsmønster betraktas likt i mange kulturar og samfunn. Hummelvoll skriv at Pasquali definerar psykisk sjukdom slik:

”Psykososiale reaksjoner på stress som virker inn på eller hindrer en persons evne til å møte menneskelige behov og fungere innen en kultur på en effektiv og rimelig enkel måte”
(Hummelvoll, 2008:32)

4.2 Viktige punktar for å kunne møte pasientar på ein verdig måte

4.2.1 Menneskesyn

I og med at eg har valt meg Travelbee sin sjukepleiefilosofi for denne oppgåva, ser eg det som naturleg å nemne hennar menneskesyn her. Ho seier at vårt menneskesyn styrar våre handlingar og den kvaliteten av sjukepleieomsorg som me gjev. Menneskesynet seier noko om vår grunnleggande oppfatning av kva mennesket er, kva for verdiar me gjev mennesket og korleis me oppfattar eit menneske opp mot eit anna menneske. (Travelbee, 1999)

Travelbee sitt menneskesyn er eksistensialistisk, det vil seie at det sentrale er mennesket si oppleving av sin eksistens. Slik som eg ser det som Travelbee skriv, så er det mykje som er særlege for den einskilde, og me handlar og reagerer ut i frå dei erfaringane som me har. Men det er mykje felles i det å vere menneske, difor vil me og kunne bruke dei erfaringane me har. (ibid)

Det er veldig få sjukepleiarar som har erfaringar frå det å vere rusmisbrukar, og samstundes ha ei psykisk lidning. Men dei fleste av oss har vel opplevd det å vere redd og engsteleg. Det er desse felles erfaringane som me som sjukepleiarar kan bruke til det beste for pasienten. Det er ein ting som er viktig for meg, og det er at Travelbee er oppteken av at me må sjå pasienten som eit menneske, og ikkje som ein pasient. Ho seier at om me ikkje som sjukepleiarar oppfattar og behandlar menneske som menneske, vert det vanskelegare å bli engasjert i den grad som er nødvendig for å gi ei god sjukepleie (ibid)

4.2.2 Menneskeverd

Henriksen og Vetlesen skriv følgjande (2001:125):

”Menneskeverdet er ubetinget, det vil si at det ikke bare opptrer under bestemte forutsetninger. Det er dessuten konstant, slik at det ikke kan graderes (voksne har for eksempel ikke mer menneskeverd enn barn), og varierer heller ikke ut i fra kjønn, klasse, sosial status eller lignende”.

Begrepet menneskeverd kan ha mange betydingar. Som oftast så definerast det som ei subjektiv oppleving av verdsetting, ei respektfull anerkjenning av kven me er, hensikta med våre liv, og ei stadfesting av eigenverd. Begrepet menneskeverd er sentralt i menneskesynet vårt, og støttar opp om bevisstheita om sjølvvaktning og naturleg tillit. Menneskeverdet er

begrunna i ein naturgitt kvalitet som er ibuande i alle menneske sin natur. Det er eit faktum at alle menneske har verdi kun i den krafta dei har av å vere menneske. Me er alle berarar av ein ukrenkeleg verdi, uavhengig av nasjonalitet, kjønn, rase, alder, hudfarge, seksuell legning eller livssyn. (Aakre, 2011)

Ifølge Aakre (2011) seier Immanuel Kant at det som er over ein kvar pris, har verdi. Me kan difor seie at verdigheit ikkje er noko me kan ta i frå eit anna menneske, men me kan krenke den verdigheta. Menneskeverd er avhengig av å kome til uttrykk i samhandling mellom menneske for ikkje å bli noko abstrakt. Me beveger oss med ei anna verdigheit når vår verd blir bekrefta, men me ser vel best kva det eigentleg handlar om når det motsette kjem til uttrykk ved kulde, avvising, tvang, umyndiggjøring og krenkingar.

Alle som ein er me like mykje verdt. Så når me skal møte pasientar på ein verdig måte, må me som sjukepleiarar først og fremst ivareta pasientane sin menneskeverd.

4.2.3 Kommunikasjon

Eide & Eide (2008) seier at kommunikasjon i sin enklaste form vert definert som ei utveksling av meiningsfylte teikn mellom to eller fleire partar. Begrepet ”kommunikasjon” kjem av latin, og betyr å gjere noko felles, delaktiggjere ein anna i, ha forbindelsar med.

Når me utøver kommunikasjon med andre menneske er det viktig å tenkje på kva me kommuniserer, og korleis. Me kommuniserer både verbalt og non-verbalt. Non-verbal kommunikasjon har ein viktig rolle å spele for sjølvve relasjonen mellom sjukepleiar og pasient, og den kan vere ei viktig kjelde for å få ei betre forståing av kvarandre.

Dette er noko som er spesielt viktig når ein jobbar med personar som har alvorlege psykiske lidingar. Det er då ekstra viktig å vinne tilliten til pasientane på ein mykje større måte enn med pasientar med somatiske sjukdommar. (ibid)

Når ein tenkjer på non-verbal kommunikasjon i profesjonell samanheng er det to viktige ting ein må ha med seg. Det første er å observere seg sjølv og vere klar over kva for signal ein sender ut med kroppsspråket sitt. Om den non-verbale kommunikasjonen og den verbale kommunikasjonen ikkje samsvarar med kvarandre, kan dette lett føre til forvirring og frustrasjon hjå motparten, og er med på å skape uro, uvisse og å redusere tillit. Om det

derimot er samsvar mellom den verbale og non-verbale kommunikasjonen, vil dette mest sannsynleg vere med på å oppmuntre, berolige og stimulere den andre. Det andre som er viktig å ha med seg, er å kunne observere den andre. Om ein er flink å observere non-verbale kommunikasjon, kan ein få tak i viktig informasjon som ein kanskje ikkje vil få tak i på andre måtar. Dette kan vere eit grunnlag for direkte fortolkingar og undersøkinga gjennom spørsmål og kommentarar. (ibid)

Travelbee seier at i alle møte mellom sjukepleiar og pasient førekjem det ein kommunikasjon. Forutan verbal kommunikasjon kommuniserer både sjukepleiar og pasient non-verbalt gjennom sin utsjånad, åtferd, haldning, ansiktsuttrykk, manerar og gestar. Dette er noko som skjer både bevisst og ubevisst. Sjukepleiaren vert på denne måten kjent med pasienten som menneske, og kan dermed lettare etablere eit menneske-til-menneske forhold for å oppnå sjukepleien sitt mål og hensikt, nemlig å hjelpe enkeltindivid og familiar med å førebygge og meistre erfaringar som sjukdom og ei liding fører med seg, og om nødvendig hjelpe dei til å finne meining i desse erfaringane. Travelbee presiserer at kommunikasjon ikkje er eit mål i seg sjølv, men eit middel i ein prosess for å oppfylle sjukepleiaren sitt mål og hensikt. (Travelbee, 1999)

4.3 Medisinsk sengepost

I min søken etter å finne relevant litteratur, og for å få ein klar definisjon på kva ein medisinsk sengepost eigentleg er, har eg kome fram tomhendt. Eg har difor valt å berre skrive heilt generelt om kva ein medisinsk sengepost er, ut i frå det som Helse-Bergen skriv om ein av sine sengepostar.

Ein medisinsk sengepost er ei avdeling der det er døgnkontinuerlig bemanning, for å sørge for at pasientane får den pleia dei har rett på, og som dei behøver. Ein medisinsk sengepost er ein del av den generelle indremedisinske avdelinga på eit sjukehus. Her blir det behandla pasientar med ulike diagnosar. For eksempel hjartesjukdomar, kar-lidingar, sjukdomar i mage/tarm-regionen, lungesjukdomar, endokrine lidingar, infeksjonar m.m.

(Helse Bergen, Voss Sjukehus)

4.4 Det sjukepleieteoretiske grunnlaget

Som sjukepleieteoretikar i mi oppgåve, har eg valt Joyce Travelbee. Eg meiner at dei teoriane ho har rundt menneske-til-menneske-forhold i sjukepleia er noko som passar godt med min synsvinkel på oppgåva, då eg fokuserar på å møte mennesket Frank med sin diagnose, og ikkje diagnosen med Frank på slep.

4.4.1 Menneske til menneske

Travelbee seier at sjukepleiaren sitt mål og hensikt berre kan oppnåast gjennom etableringa av eit verkeleg menneske-til-menneske-forhold. Eit menneske-til-menneske-forhold vert målretta og opretthalde av den profesjonelle sjukepleiar. Å kjenne eit menneske er å oppleve og respondere på det unike ved akkurat dette menneske. Ein grunntanke hjå Travelbee er at den profesjonelle har som oppgåve å etablere eit menneske-til-menneske forhold. Ein føresetnad for at eit slik forhold skal opprettast er at sjukepleiaren og den sjuke oppfattar og forhold seg til kvarandre som unike menneskelege individ om må overskride fasadane som ”pasient” og ”sjukepleiar”. Eit slikt forhold kjem ikkje av seg sjølv, men må byggast opp dag for dag men sjukepleiaren samhandlar med den sjuke og med andre. Med dette vert det oppnådd gjensidig forståing og kontakt. (Travelbee, 1999)

For at eit menneske-til-menneske forhold skal etablerast, må sjukepleiar og pasient først gjennomgå fem fasar. Dei fem fasane er følgjande:

1. **Det innleiande møtet:**

Dette er møtet der sjukepleiaren og den sjuke observerer kvarandre og gjer seg opp meiningar om kvarandre. Dette møtet er ofte styrt av generalisering og stereotypisering. Sjukepleiaren og den sjuke ser i liten grad på kvarandre som unike individ på dette stadiet. (ibid)

2. **Framvekst av identitetar**

I den andre fasen oppstår det ein framvekst av identitetar, og begge oppfattar kvarandre som unike personar og betraktar kvarandre mindre som kategoriar og meir som individ. (ibid)

3. **Empatifasen**

Ei erfaring som finn stad mellom to eller fleire individ. Empati er ein evne og ei oppleving av å forstå den andre sine meiningar og kjensler, føle nærleik og ha ein evne til å forutsi den andre sin åferd. For å oppleve dette er ein avhengig av likhetstrekk mellom dei to personane sine erfaringar. (ibid)

4. **Sympatifasen**

Sympati og medkjensle spring ut i frå empatifasen, men representerar eit skritt vidare i den forstand at sympati er knytt til eit ynskje om å hjelpe pasienten. Sympati er ei haldning, ein tankegang og ei kjensle som kommuniserast til den andre. Sympati kan lette lidinga ved at personen ikkje treng å bære byrden aleine. (ibid)

5. **Gjensidig forståing og kontakt**

Dette er eit overordna mål for all sjukepleie. Føresetnaden for å kunne oppnå ei gjensidig forståing og kontakt er at sjukepleiaren brukar seg sjølv terapeutisk. Sjukepleiaren har sjølv ansvaret for dette. Gjensidig forståing og kontakt er det som ein opplever når sjukepleiaren og den sjuke har gått igjennom dei fire forutgåande fasane. Desse fasane har sitt høgdepunkt i ei gjensidig forståing og kontakt og i eit menneske-til-menneske-forhold. (ibid)

5.0 Drøfting

Det er under dette kapittelet at den eigenerfarte historia mi, verkeleg kjem til bruk. Den er grunnlaget for det meste av oppgåveoppbygginga mi. Eg vil dele dette drøftingskapittelet opp i 3 delar. Først vil eg ta med litt om kva som skjedde i forkanten av dette møtet, så litt om sjølve møtet, og til slutt, tankane mine i etterkant av dette møtet som har påverka meg såpass mykje.

5.1 Kva som skjer før eg skal møte Frank for fyrste gong

5.1.1 ”Av det eg fekk høyre, var det spesielt ein pasient som skilde seg ut.....”

I forteljinga mi, skriv eg om dei fordommane som eksisterer på avdelinga. Historia mi om Frank startar med mine egne og dei andre på avdelinga sine tankar. Den rapporten som eg får på byrjinga av mi vakt er veldig prega av sjukepleiaren sine egne tolkingar på korleis Frank er, kva for ynskje han har, og korleis han har det. Eg får mange tips om korleis eg skal oppføre meg rundt Frank, mykje basert på tidlegare erfaringar frå andre pasientar. Eg får beskjed frå rettleiaren min om at eg må vere forsiktig, og ikkje gjere noko for å provosere han.

Eg forstår det slik at denne rapporten (og rettleiinga frå rettleiaren min) er mykje prega av fordommar. I sjukepleias yrkesetiske retningslinjer (2007) står det at me som sjukepleiarar skal ivareta pasienten sin integritet og verdigheit, at pasienten har rett til å vere med å bestemme, og at dei har retten til ikkje å bli krenka. Rapporten som eg får om Frank, er tydeleg basert på subjektive tolkingar, og det verkar ikkje som Franks integritet og verdigheit har blitt påpassa. Om Frank hadde blitt møtt tidlegare med den verdigheita han fortener, så trur eg ikkje at rapporten hadde blitt bygd på desse antakingane om korleis me trudde det var beste måten å møte Frank på.

I byrjinga av forteljinga mi spør eg dei som eg er på jobb i lag med om Frank sin situasjon. Dei svara som eg får er med på at eg vidare i forteljinga mi blir farga av dei andre sine tankar og haldningar. Frank blir samanlikna med andre pasientar som har liknande diagnosar, og det endar med at personar med dobbeltdiagnosar vert klassifisert med at dei som oftast har lik åtferd, i og med at dei har ein lik diagnose.

Kanskje om me hadde tenkt litt meir som Travelbee, at me menneske er i grunn meir ulike enn me er like, så hadde me ikkje sett på alle som like sjølv om dei har lik diagnose. Men eg skal vere den første til å innrømme at det ofte kan vere vanskeleg å vere bevisst på kor vanskeleg det kan vere å innsjå kor forskjellige me menneske verkeleg er. Og det er kanskje spesielt viktig når me jobbar med dei som er psykisk sjuke å hugse på kor forskjellige to personar med same diagnose kan vere. Dei er unik, og både personlegdomen og symptoma kan vere ulike

5.1.2 Ein god rapport er viktig

Oppfatninga av kva ein rapport skal innehalde er mange. Mi oppfatning er at ein god rapport skal innehalde betydingsfull informasjon om pasienten den omhandlar, slik at eg som sjukepleiar kan gje pasienten den best moglege sjukepleiebehandlinga han treng. I dette tilfellet vil eg seie at det Frank trong, var å bli møtt på ein verdig måte. Ifølge det som Heggdal (2006) seier, skal me gjere ei fagleg vurdering i all form for dokumentasjon. Ein munnleg rapport mellom personalet på ein sengepost er ein form for dokumentasjon. Det fører til at me må gjere dei same vurderingane her. Me skal summere opp den kunnskapen me har om pasienten, og kva me meiner er den beste sjukepleia i akkurat den situasjonen. Ei slik vurdering er det viktig at me baserar på relevante og oppdaterte opplysingar som har blitt samla inn den siste tida. Du kan vel seie at den rapporten eg fekk om Frank på byrjinga av vakta mi, ikkje var basert på relevante opplysingar som var innsamla den siste tida. Eg var i grunnen meir usikker etter rapporten, enn før. Og då har vel den eigentlege meininga med rapporten svikta.

Eg trur grunnen til at eg finn denne gruppa for pasientar så interessant, er fordi ikkje to av pasientane er like. Dei har alle si særeigne historie som har ført til at dei er der dei er i dag. Omtrent ingen av dei opptrer likt i anten rusa tilstand, eller rusfri tilstand. Og det er akkurat dette eg vil ha innblikk i når eg får ein rapport. Så når eg då spør anten rettleiaren min eller kollegaene mine om det er noko råd før eg går inn til ein pasient for første gong, så er det akkurat dette eg vil vite meir om. Eg vil vite det som er særeige med Frank, og korleis han ser på sin eigen situasjon.

Når eg no tenkjer tilbake på denne rapporten, og ser på den med litt meir ”erfarne” auge, så kjennest ikkje denne rapporten verdig ovanfor Frank. Som eg har nemnt tidlegare i dei yrkesetiske retningslinjene for sjukepleiarar, så står det at Frank har retten til ikkje å bli

krenka. Eg kjenner litt på kjensla av at Frank vert krenka av dei forhandsdømmingane som blir gjort. Frank er ikkje klar over kva som blir sagt om han, men eg vil likevett seie at den rapporten eg fekk var krenkande når den inneheld så mange eigne tolkingar av Frank.

5.1.3 Haldningar

For at eg skal klare å møte Frank på ein verdig måte, er det viktig for meg å vere klar på kva for standpunkt og haldningar eg har. Eg som sjukepleiarar må vere klar over kor stor betydning mine eigne haldningar har på meg, både dei som eg er klar over, og dei haldningane som ligg meir gøymd for meg. Under rapporten vert sjølv grunnlaget lagt for mitt møte med Frank. Dei haldningane som eg får høyre om her, påverkar meg enormt, og har stor betydning for mitt møte med Frank.

Men kva er det eigentleg som ligg til grunn for desse haldningane? Gjennom heile mitt sjukepleiestudie har eg fått innprenta at me som sjukepleiarar skal ha gode haldningar, og behandle alle pasientar med verdigheit. Dette høyrer i grunnen ut som ei lett oppgåve. Når eg skriv om gode haldningar, så meiner eg at me møter eit kvart menneske på lik line med oss sjølv. At me er rettferdige, er etisk bevisste og tek ansvar ligg og i det å ha gode haldningar. (Nortvedt, 2008)

Eg hadde eit ynskje om å kunne hjelpe andre menneske, då eg valde å bli sjukepleiar. Eg ønskte meg muligheita til å gjere liva deira betre. Det å møte pasientar med verdigheit og med gode haldningar skal i grunnen vere sjølvagt. Men det skjer at me ikkje lukkast med dette nokre gonger likevett. Ei av grunnane til det kan vere at det er vanskelegare å gjere det i praksis, enn det høyrer ut som i teorien. Det er vel ingen som med handa på hjartet kan seie at dei ikkje blir farga av tidlegare opplevingar, og det er fort gjort at eigne haldningar kan kome opp til overflata utan at me er bevisste på at dei er der. Men som sjukepleiarar har me likevett eit ansvar for å halde oss profesjonell når me er på arbeid, og sette våre eigne, private haldningar og erfaringar til side. Men det er ikkje alltid det er så enkelt.

Travelbee (1999) seier at me som menneske har ein særeigen evne til å hugse fortida og å forutseie framtida, samstundes som me lever i notida. Det er nok dette som gjer det så vanskeleg for oss å møte nye menneske med blanke ark, utan nokon form for haldningar. Så når eg skal møte Frank for fyrste gongen, så har eg med meg mine erfaringar, tankar og haldningar som gjer at mitt møte med Frank kan bli farga av dette. I tillegg har eg ei forventning om kva som kan kome til å skje. Det blir då lettare å sjå kvifor me som

sjukepleiarar ikkje alltid lukkast i møta med pasientane. Om me ikkje er bevisste på kva me har med oss inn i møtet, kan det lett komme fram tidlegare erfaringar og forestillingar som kan påverke møtet me har med pasienten.

5.2 Sjølve møtet med Frank

5.2.1 Tankar på førehand av møtet

I mi forteljing skriv eg at eg gruar meg før eg skal inn og møte Frank. Eg grua meg for korleis Frank skulle ta i mot meg, og korleis han kom til å oppføre seg i vårt møte. Kom han til å vere aggressiv og truande mot meg, slik han hadde vore mot resten av personalet på avdelinga? Eg meiner sjølv at det ikkje er verdig ovanfor Frank at eg gruar meg før eg skal møte han for første gong. For å få til eit godt første møte mellom meg og Frank, er det viktig at eg klarar å stille meg open, og legge bak meg alle dei gamle erfaringane eg har hatt med andre pasientar. Når eg seier at eg må legge bak meg tidlegare erfaringar, så meiner eg sjølv sagt ikkje at eg skal legge bak meg alt det eg har lært av tidlegare møte, men at dei andre møta eg har hatt ikkje skal vere med på å styre dette møtet. Det er viktig at eg hugsar på at ingen er like, og at eg må vere open for at Frank ikkje er lik nokon av dei andre pasientane eg har møtt. Verken på godt eller vondt.

Det første møtet mellom to menneske er med på å danne grunnlaget for korleis dei neste møta vil bli. I forteljinga mi skriv eg at eg får instruksar frå personalet om korleis eg skal oppføre meg i dette møtet. Dette er erfaringar som dei andre på avdelinga har gjort seg, og det kan kanskje vere med på at alle oppfører seg kunstig i dei møta me har med Frank. Eg har ofte måtte tenke på om eg verkeleg var meg sjølv i dette møtet, eller om eg var så påverka av dei andre sine tankar og erfaringar, at eg ikkje klarte å vere meg sjølv. Eg vart nok ein del påverka av dei andre sine tankar og kva dei hadde fortalt. Før møtet såg eg føre meg fleire ulike scenario og eg var spent på kva som kom til å møte meg. Eg trur sjølv at eg kanskje ikkje hadde vore like nervøs om eg ikkje hadde fått høyrte dei andre sine meiningar og tankar på førehand. Eg var og redd for å seie noko galt, eller gjere noko galt i mitt første møte med Frank.

Eg meiner sjølv at eg ikkje var så open for å møte eit nytt menneske som Frank fortener. Men eg kjenner likevel at eg fekk fram meg sjølv slik eg er som sjukepleiar. Eg var meg sjølv på dei områda der dei ikkje hadde kommentert korleis eg skulle oppføre meg. Eg handhelste og

småprata med han. Sjølv om me som sjukepleiarar har den same utdanninga, har me alle forskjellig personlegdom, og me vil derfor og møte pasientane på forskjellige måtar. Men altså, med kva anna type pasientgruppe opptrer med som sjukepleiarar stort sett likt ovanfor alle pasientane? Eg trur at dei fleste vil svare ingen. Om eg hadde vore i Frank sine sko, så trur eg at eg ville reagert om alle sjukepleiarane som kom inn til meg hadde oppført seg heilt likt. Eg trur ikkje Frank ville ha følt seg møtt på ein verdig måte om me alle hadde oppført oss likt rundt han. For me er nemlig ikkje lik alle saman.

5.2.2 ”Me handhelste....”

Eide & Eide (2008) skriv at i kommunikasjon med andre menneske er det viktig korleis me kommuniserer, og kva me kommuniserer. Når eg først treffe Frank, så var eg kanskje litt tilbakehalden på bakgrunn av det som er nemnt tidlegare i oppgåva. Men eg presenterte meg, og tok han i handa. Det verka ut i frå kroppspråket hans at han vart litt satt ut over at eg rekte fram handa. Det tok ei lita stund før han ”mottok” handtrykket. Men sjølv om han gav meg eit første inntrykk av at han vart litt satt ut, så tok han meg til slutt i handa, og me helste. Dette var noko eg merka på kroppspråket hans. Han trekte seg litt tilbake med det same eg rekte fram handa, og det verka som om han ikkje venta seg at eg skulle handhelse med han. Då eg kom inn i rommet og fekk helst på Frank, så fekk eg møte noko heilt anna enn det som eg hadde førestilt meg tidlegare den dagen. Det eg møtte var ein vanleg mann, og like hyggeleg som ein korleis som helst annan pasient.

I boka ”kommunikasjon i relasjonar” (2008) skriv Eide & Eide at det non-verbale språket vårt er med på å forme pasienten si oppleving av denne relasjonen. Eg har tenkt ein del på kva mitt non-verbale språk i vårt første møte eigentleg sa til Frank. Eg trur sjølv at når eg strekte ut handa for å helse på han, så følte han at han verkeleg vart møtt av meg, men samstundes så såg han kanskje og at eg var usikker, redd og nervøs. Eg har og tenkt ein del på om eg var bevisst på mitt eige non-verbale språk i dette møtet. Eg trur ikkje at eg var bevisst på det i sjølve situasjonen, men eg gjorde det som falt meg mest naturleg. Det er vanleg for meg å helse på nye menneske som eg treff. Dette er noko som gjeld for meg både i pasientmøter, men og i privat samanheng.

Travelbee skriv at sjukepleiaren og pasienten kommuniserer gjennom sin utsjånad, haldning, ansiktsuttrykk, åtfærd og manerar. (Travelbee, 1999) Eg vonar at med mi haldning med å strekke ut handa for å helse på han, er eg med på å gje han eit godt inntrykk av meg, og mi haldning til han som menneske. Ved at me klarar å få med oss kva den andre verkeleg

kommuniserer både non-verbalt og verbalt, så er det med på at me klarar å skape ein bedre kontakt.

5.2.2 Å ta ein sjanse på å møte Frank, og ikkje sjukdommen

Det å utøve omsorg for nokon som er rusavhengige kan ofte opplevast som krevjande. Me som sjukepleiarar må ta del i andre menneske sine lidingar, og kanskje og deira sine dårlege val i livet. Rusmisbrukarar kan ofte ha ein ufortsigbar åtferd, og forma deira kan ofte variere frå dag til dag. Ein vil oppleve at mange rusmisbrukarar ikkje er mest opptekne av sjukdomane sine, men korleis dei blir møtt og behandla av oss. Det er viktig for dei at dei blir behandla med respekt og likeverd.

Mange av oss er redde for kva me kjem til å møte, når me kjem i kontakt med rusmisbrukarar. Me er på mange måtar påverka av tidlegare møte, eller historier som me har høyrte, med denne typen pasientar. Og sjølvstundt skal ingen av oss måtte utsette oss for farar, eller gå inn i situasjonar der me kjenner oss usikre, men samstundes meiner eg at det er viktig at me tør. Når me jobbar med pasientar som Frank, så er det viktig at me tør å ta ein sjanse. Om me ikkje gjer det, så oppnår me ingenting. Det å tørre å ta ein sjanse på møte dei for den dei er, å stole på dei, og kanskje ta ein sjanse på å bli skuffa. For eg trur at me taklar betre det å bli avvist av Frank, enn han taklar å bli avvist av oss.

5.3 I etterkant av møtet

I etterkant av det første møtet mellom meg og Frank, ser eg at det på mange måtar var ei positiv oppleving for meg som sjukepleiestudent. Rett etter møtet så hadde eg ein del litt blanda kjensler med tanke på det heile. Alle mine tankar på førehand av møtet stemte ikkje. Eg har tidlegare sett på meg sjølv som ein som ikkje så lett blir påverka av det dei andre seier, og meiner. Men under dette møtet var eg tydeleg påverka av det dei andre hadde sagt om Frank. Sjølv om eg ikkje var så kjent med pasientar med ein slik form for dobbeltdiagnosar, og hadde møtt veldig få, så gjekk eg ut i frå at Frank var slik som dei andre eg hadde møtt. Eg behandla Frank slik som dei andre hadde gjort det tidlegare, og slik dei sa at eg skulle behandle han. I byrjinga av møtet var eg tydeleg usikker på Frank, men denne redsla roa seg litt ned etter kvart. Og skjønnte eigentleg ikkje heilt kva eg hadde gjort, som dei andre på avdelinga ikkje hadde klart. Då eg kom ut av pasientrommet, og attende til vaktrommet fekk eg vite det. Eg hadde tatt han i handa og helst på han! Det var noko av det som skilde mitt møte med Frank, og mange av dei andre sine møte med han. Og det å handhelse på nye pasientar, nye

menneske du treff er noko som fell meg heilt naturleg, og er noko av det eg legg i å ha ei god haldning innanfor sjukepleia. Då eg fekk høyre seinare at dei andre på avdelinga ikkje hadde helst på han, skal eg ærlig innrømme at eg vart litt stolt for å ha gjort det. Eg meiner at eg med ei så lita handling var med på å vise Frank at eg respekterte han som den han var, og såg han som eit vanleg menneske. Difor så føler eg no at det møtet som eg og Frank hadde, var eit møte mellom to medmenneske.

Eg hadde på langt nær den same kjensla med ein gong etter møtet vårt. Då det første møtet mellom oss var over, så skjemtest eg i grunnen over korleis det hadde gått. Eg undra meg over mine eigne tankar, men og over dei andre sine tankar om Frank. Det er mange gongar eg har tenkt tanken på korleis møtet mellom meg sjølv og Frank hadde blitt, om eg ikkje hadde fått høyre på alle råda og meiningane som dei andre på avdelinga hadde om han.

Eg trur at om eg ikkje hadde hatt alle desse tankane, så trur eg nok at eg hadde møtt Frank på ein heilt annan måte. Men diverre, så er nok dette noko eg aldri kjem til å få svaret på.

I ettertid er det viktig å sjå på kva ein har lært ut i frå dei forskjellige situasjonane.

For det første har eg fått ein heil del med erfaring, berre ut i frå dette vesle første møtet mellom oss. Og det er viktig at eg tek desse erfaringane på alvor, så eg etterkvart kan bli bevisst på kor utryggeleika mi ligg, og kvifor eg så lett vart påverka av dei andre sine haldningar. Det kan og vere viktig å få snakke ut om dette på avdelinga, og at det blir teke på alvor. Slik kan me lære av kvarandre sine erfaringar, og få tilbakemeldingar på kva vart gjort rett, og kva som kunne ha blitt gjort annleis.

Det å kunne reflektere over møta med pasientar i etterkant, kan vere ein måte for å få eit innblikk i sine eigne haldningar. Travelbee (1999) seier at om eg som sjukepleiar etter kvart får ei aukande sjølvinnsikt, vil eg seinare kunne greie å gje slepp på automatiske og førehandsdømmende reaksjonar, og med det, lettare kunne etablere nye og meir realistiske relasjonar til andre. Ho seier at som sjukepleiar handlar det om å ha god innsikt i det å vere menneske. Og etter å ha analysert dette møtet opp og ned mange gonger, så kjenner eg at eg har fått ei auka sjølvinnsikt i mine handlingar rundt pasientar som har ei psykisk liding og eit alvorleg rusmisbruk.

6.0 Avslutning

I arbeidet med denne bacheloroppgåva, kjenner eg sjølv at eg har lært mykje. Både om temaet psykisk helse og rus, men og om meg sjølv. Eg har lært om fordommane mine, og at dei kan vere lett å få auge på for pasientar, pårørande og kollegaer. Eg trudde før eg byrja å arbeide med denne oppgåva at eg hadde klart føre meg kva for tankar eg hadde rundt temaet dobbeltdiagnose. Men etterkvart som eg byrja å reflektere over historia som eg hadde skrive, kom det klart fram at eg ikkje var så trygg på dette området. Sjølv om eg har fått med meg ein heil masse lærdom frå sjukepleiestudiet, både i teorien og i forskjellige praksisar, har eg framleis mykje å lære om dette. Og kunnskap er viktig når ein jobbar med pasientar som har ein slik form for dobbeltdiagnose. Eg skriv ein del i drøftinga mi at sjølv om pasientane har same sjukdomsproblematikk, så er ingen pasientar lik. Og dette er noko som ein berre kan lære seg om ein er ute i arbeidsfeltet og jobbar med desse pasientane. Og etter å ha jobba med denne oppgåva så sitt eg igjen med tanken på at erfaring er den viktigaste kunnskapen ein kan ha, når ein skal møte ein pasient som har ein dobbeltdiagnose.

I og med at eg har tatt utgangspunkt i historia mi når eg har skreve mi bacheloroppgåve, har det vore vanskeleg for meg å kunne komme med bestemte løysningar og svar på den problemstillinga eg har valt meg. Men som eg har skrive tidlegare så trur eg det er *eigne* erfaringar me treng for å kunne møte desse pasientane på ein meir verdig måte. Etter å ha reflektert over historia mi om Frank om og om igjen, ser eg at dei erfaringane som eg fekk i lag med han, er nokon som eg kjem til å ta med meg vidare. Og forhåpentlegvis klare å bruke desse erfaringane på ein måte som gjer at ikkje berre eg, men og andre sjukepleiarar klarar og tør å behandle pasientar med ei psykisk lidning og eit rusmisbruk på ein verdig måte. Eg veit i alle fall at eg skal gjere mitt beste.

Litteraturliste

Pensumlitteratur

Bratteig, Margot, Hove, Ingunn, Aakerholt, Amund (2008) "Rusa eller gal? – sammenheng mellom rusmisbruk og psykiske lidelser" Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning

Dalland, Olav (2007) "Metode og oppgaveskriving for studenter"
Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Eide, Hilde, Eide, Tom (2008) "Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk" Oslo: Gyldendal Akademiske

Evjen, Reidunn, Kielland, Knut Boe, Øiern, Tone (2003) "Dobbelt opp – om psykiske lidelser og rusmisbruk" Oslo: Universitetsforlaget

Heggdal, Kristin (2006) "Sykepleiedokumentasjon". Oslo: Gyldendal Akademiske

Hummelvoll, Jan Kåre (2004) "Helt – ikke stykkevis og delt, psykiatrisk sykepleie og psykisk helse". Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Molven, Olav (2009) «*Sykepleie og jus*». Oslo: Gyldendal Akademiske

Nordtvedt, Per (2008) "Sykepleiens grunnlag – historie, fag og etikk" Oslo: Universitetsforlaget.

Sjølvalt litteratur

261 sider sjølvalt pensum

Aakre, Marie (2011) "Ja til Verdighet."

Lastet opp 21.02.2011 Lest: 23.03.2011

http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/etikk?p_document_id=607285

(7.sider)

Bech-Karlsen, Jo (2003) "Gode Fagtekster – essayskriving for begynnere" Oslo: Universitetsforlaget (73 sider)

Henriksen, Jan Olav og Vetlesen, Arne Johan (2001) "Nærhet og distanse"

Oslo: Gyldendal Akademiske (17 sider)

Helse-Bergen (Internett) 24.05.2010 Tilgjengelig fra:

<http://www.helse-bergen.no/omoss/avdelinger/voss-sjukehus/Sider/medisinsk-sengepost.aspx>

(lest. 23.april 2011) (1 side)

Lie, Terje og Nesvåg, Sverre (Evaluering av rusreformen) 2006 Tilgjengelig fra:

http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00013/Evaluering_av_rusref_13520a.pdf (lest 19.april 2011) (4 sider)

NOU 2003: 4. "Forskning på rusmiddelfeltet. En oppsummering av kunnskap om effekt av tiltak. Statens forvaltningstjeneste. Informasjonsforvaltning, Oslo" (Internett) Februar 2003. Tilgjengelig fra:

http://www.regjeringen.no/Rpub/NOU/20032003/004/PDFS/NOU200320030004000DDDP_DFS.pdf

(Lest: 29.03.2011) (29 sider)

Støren, Ingeborg (2010) "Bare Søk – praktisk veiledning i å systematisere kunnskap" Oslo:

Cappelen Damm AS (18 sider)

Thommesen, Hanne (2008) "Hverdagsliv, Selvforståelse og Dobbeltdiagnose – om mennesker med uvanlige erfaringer" Bodø: Høgskolen i Bodø (22 sider)

Travelbee, Joyce (1999) "Mellommenneskelige forhold i sykepleie"

Oslo, Gyldendal Norsk Forlag (73 sider)

Forskningsartiklar

Fagerland, Tone. "Å tenke skriftlig over fortellinger fra praksis" (Internett) Nordisk tidskrift for Helseforskning no 1, 2005. Tilgjengelig fra

<http://www.hibo.no/neted/upload/attachment/site/group1/Fortellinger.pdf> (Lest: 17.04.2011)

(11 sider)

Kielland, Knut Boe. "Udekket behov for skjermede boliger for alvorlig psykisk syke med rusmisbruk" (Internett) Tidskrift for Norsk Lægeforening no 25, 2002. Tilgjengelig fra:

<http://pdf.tidsskriftet.no/tsPdf.php?pdf=pdf2002%7C2458-60.pdf> (lest 09.04.2011) (4 sider)

Skjøtskift, Svein. "Dobbeltdiagnose – mangedobbelt problem" (Internett) Tidsskrift for Norsk Lægeforening no 25, 2005. Tilgjengelig fra <http://pdf.tidsskriftet.no/tsPdf.php?pdf=pdf2002%7C2428.pdf> (lest 09.04.2011) (2 sider)