

UNIVERSITETET I  
NORDLAND

**Bacheloroppgave i nett – og samlingsbasert sykepleie.**

**Kull 10 VÅR**

Kurskode: SYN 180 H

Dato:25.10.2013

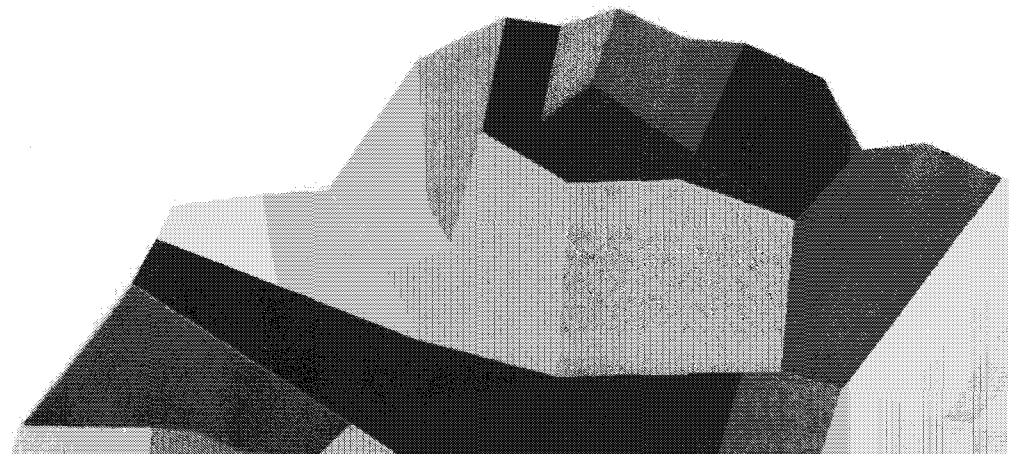
Tittel

*"En fortelling om å utøve god sykepleie i en  
i en utfordrende situasjon"*

Kandidatnr.: 17

Totalt antall sider: 28

[Vølvik, Anny]



<b>INNHOLDSFORTEGNELSE</b>	<b>SIDE</b>
1 INNLEDNING	1
1.1 FORTELLING	1
1.2 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	2
1.3 HENSIKTEN MED PROSJEKTOPPGAVEN	3
1.4 HERMENUTIKK, MIN FORFORSTÅELSE OG ERFARINGER	3
1.5 TEORETISK REFERANSERAMME	4
1.6 AVGRENSNING AV OPPGAVEN	4
2 METODE	5
2.1 ANALYSEN	6
2.2 ETISKE OVERVEIELSER	7
2.3 LITTERATURSØK	8
3 TEORI	8
3.1 MARTINSENS OMSORGS FILOSOFI	8
3.2 FINN SKÅRDERUD DEN KOMPETENTE HELSEARBEIDEREN	10
3.3 PROFESJON OG YRKESETSIKE RETNINGSLINJER	10
3.4 KOMMUNIKASJON OG RELASJON	11
3.5 SKAM	12
3.6 DOBBELTDIAGNOSER, MENNESKESYN, HOLDNING OG VERDIGHET	13
3.7 BIPOLAR LIDELSE	14
3.8 GENERALISERT ANGSTLIDELSE	15
3.9 RUSMISBRUK	15
4 DRØFTING	16
4.1 RELASJON OG KOMMUNIKASJON	16
4.2 HVORFOR FØLTE JEG SKAM I SITUASJONEN?	19
4.3 HVORDAN UTØVE GOD SYKEPLEIE I SITUASJONEN?	21
5 AVSLUTNING	23
5.1 HVILKEN INNSIKT OG HVA HAR JEG LÆRT?	23
6 LITTERATURLISTE	25

## **1.0 Innledning**

I bacheloroppgaven som er en avslutning i nett - og samlingsbasert sykepleiestudie, skriver jeg om et møte med en bruker, som jeg møtte i en av mine praksisperioder. En situasjon med Eva (fiktivt navn) som fikk stor betydning for meg, om hvordan jeg som sykepleierstudent handler i denne situasjonen. Jeg stiller spørsmål om hvordan utføre god sykepleie i situasjonen.

Bakgrunn for valg av tema er at jeg ble utfordret i en situasjon med en bruker og jeg følte at jeg ikke behersket situasjonen ut fra mine forventninger til meg selv som sykepleierstudent. Jeg har tenkt tilbake på denne situasjonen, mange ganger og ikke blitt ferdig med den. Den har gjort et sterkt inntrykk på meg og jeg undres om jeg har blitt fortrolig eller akseptert mine handlinger i denne situasjonen. Derfor skriver jeg en fortelling for både å undre, reflektere, og forstå mine handlinger i situasjonen. Det er 9352 ord i oppgaven

### **1.1 Fortelling**

Jeg tilbyr Eva å gå tur, men hun er tilbakeholden og ønsker ikke å gå tur i dag. Jeg sier at det er varmt og fint ute, og nevner det kan være godt for både henne og hunden å gå tur. Hun kan selv velge hvor langt vi skal gå. Etter hvert sier hun vi kan gå tur, ned å se på elva og snu ved broen. Hun ønsker ikke å ta med hunden. Vi går mot broen, det er en butikk like ved. Når vi kommer til butikken, stopper hun og vil gå inn å handle 6 øl til kvelden. Hun ønsker jeg skal bli med henne inn på butikken, for Eva har mye angst og hun tør ikke gå alene. Jeg sier klart fra at jeg blir ikke med inn på butikken, for at hun skal kjøpe alkohol, - ”det gjør jeg bare ikke”. Det ikke lov for helsearbeidere å være med brukere å kjøpe rusmidler - jeg må få henne bort fra ideen. Hun blir bare mer oppstemt over argumenteringen, og ber meg flere ganger om å bli med inn, eller vente utenfor - hvorfor skal jeg det? Jeg vet at Eva er redd for å gå hjem. Dessuten var det jeg som ville gå tur, sier hun og vi kan gå ned til elven etterpå. Jeg gjør henne oppmerksom på at avtalen var å gå en tur, ikke å handle øl. Hun forteller at miljøterapeutene har vært med henne mange ganger og handlet øl. Det tror jeg ikke, tenker jeg - hun får meg til å tvile. Etter en tenkepause sier jeg klart nei, jeg blir ikke med inn. Eva gir seg ikke, og hun foreslår at jeg kan vente utenfor. Etterpå vil hun gå hjem sammen med meg. Jeg kjenner meg trengt opp i et hjørne, hva skal jeg gjøre? Jeg venter utenfor mens hun

skynder seg inn. Jeg får god tid til å tenke, men jeg føler meg låst, der jeg står - og tenker ikke klart.

Hva er det som skjer er min første tanke? Etter hvert er det mange tanker som går gjennom hodet mitt. Hvorfor står jeg her og venter? Kan jeg ikke bare gå tilbake til kontoret? Nei, jeg har jo lovet å vente på henne og kan ikke bryte et løfte. Jeg føler meg ikke "særlig høy i hatten" – jeg skammer meg. Klarer jeg virkelig ikke sette grenser for meg selv? Hvilken sykepleier blir jeg, når jeg ikke setter grenser for meg selv, og i tillegg er med på at brukeren kjøper øl og ruser seg? Jeg føler meg dum og vet ikke helt hva jeg skal gjøre eller tenke - ?. Jeg får en annen tanke - ville hun ikke ha kjøpt øl og drukket likevel? Etter all funderingen bestemmer jeg meg for å fortelle henne hvordan jeg følte det å stå og vente på henne.

Når hun kommer ut av butikken er hun i godt humør. Jeg sier rett ut hvor dum jeg føler meg. Hun bare ler rått av meg, og synes det er morsomt at hun har lurt meg. Jeg kjenner at jeg blir provosert, og føler meg tråkket på, men sier ikke mer. Mine tanker går til det å være profesjonell, at jeg må tåle - og koteine (holde tilbake) mine egne følelser og reaksjoner og holde dem for meg selv.

## **1.2 Bakgrunn for valg av tema**

Med utgangspunkt i fortellingen, om Eva stiller jeg spørsmål om kommunikasjon og relasjonen vår. Det er betydningsfullt for meg å bli en god sykepleier. Det vil si at jeg har forventninger til meg selv om å bli en empatisk, faglig, og forsvarlig sykepleier. Det er gjennom denne fortellingen og relevant teori jeg ønsker å finne noen svar på spørsmålet om hvorfor jeg handler som jeg gjør, i situasjonen med Eva og hvorfor jeg føler skam. Jeg vil se situasjonen i lys av Martinsens omsorgsfilosofi og Finn Skårderud med flere, som skriver om den kompetente helsearbeideren.

Det er den kompetente helsearbeideren slik som Finn Skårderud skriver om, som jeg ønsker å leve opp til som for eksempel å være trygg i en utrygg situasjon. Den gode sykepleie må oppøves blant annet gjennom praksis og gode veiledere - modellering.

### **1.3 Hensikten med prosjektoppgaven**

Hensikten er å skrive en bacheloroppgave som avslutning av et fire års nett – og samlingsbasert sykepleie studie. Å benytte fortellingen til å beskrive utfordringer som jeg møter og hvordan de påvirker meg i situasjonen med Eva. Det er gjennom fortellingen at jeg stiller spørsmål om tillit og relasjonen vår. Hvordan foregår kommunikasjonen mellom oss i situasjonen, kan jeg finne noe nytt her, er det noe jeg har oversett eller burde ha fanget opp av nonverbal kommunikasjon. Jeg ønsker å finne mer ut av hva som skjer for å få en forståelse og innsikt i situasjonen for mine handlinger, slik at jeg kan lære av disse. Jeg analyserer fortellingen, for å undre og reflektere over tema i drøftingen. Hensikten er å diskutere fortellingen/situasjonen med relevant teori og se situasjonen fra flere perspektiver. Jeg vil finne ut hva det vil si å være profesjonell sykepleier, hvordan påvirker mitt menneskesyn og holdninger handlingene mine. Jeg vil prøve å se situasjonen ut i fra Eva's ståsted i et mentalt rollebytte om hvordan hun opplevde den.

### **1.4 Hermeneutikk, min for forståelse og erfaringer.**

Aadland (2009) skriver om at vi møter en tekst, og andre mennesker med våre holdninger og meninger. Gadamer mente at vi aldri kan møte verden uten ett sett med briller eller fordommer og at vi alltid har med oss forforståelsen inn i situasjonen. Det hjelper oss til å finne mening i det vi står overfor. Helt i fra vi er født og resten av livet vil vi gjøre oss erfaringer som bygger på tidligere erfaringer - forforståelser. Det er noen erfaringer som er gode og andre vonde. De er byggesteiner for vår fortolkningsunivers av tanker, ideer, vurdering og verdier. Det kan være både bevisste og ubevisst forforståelse, som at noen holdninger vet vi at vi har og noen lever i det førbevisste. I hermeneutikken er forhåndsforestillingene bevisste, ubevisste, positive og negative personlige egenskaper – fordommer. Konklusjonen er at vi klarer oss ikke uten fordommer da vil verden løse seg opp i kaotiske enkeltinntrykk uten sammenheng og mening. I denne oppfordringen er det viktig å bli bevisst sine forforståelser og fordommer, ellers kan det føre meg ut på villstrå.

Den hermeneutiske sirkelen som ble skapt av Dilthey, blir benyttet til å forstå og leve seg inn i andre mennesker – hvordan ser verden ut sett gjennom deres øyne? Eller hvordan kan mulige tolkninger av deres situasjon se ut i mine øyne? Dette er prosessen som veksler

mellom å se delene og helheten. Det er senere blitt utviklet en spiral fordi en sirkel vender tilbake til utgangspunktet og innestengt i en gjentakende bevegelse. Det oppstår ingen vekst i en sirkel. I sirkelspiralen utvikles det nye deler og helhet som fører til en dypere forståelse.(Aadland 2009: 184-192).

### **1.5 Teoretisk referanseramme**

Jeg vil benytte fortelling som metode. jeg benytter Tone Fagerlands artikkel å tenke skriftlig over fortellinger fra praksis og Tove Thagaard (2009) *systematikk og innlevelse*, i analysen. Tema om å utøve god sykepleie i situasjonen vil jeg benytte Kari Martinsen (1989) *Fokus på Sygeplejen. Omsorg i sykepleien – en moralsk utfordring*. Kari Martinsen (2012) *Løgstrup og sykepleien*. Finn Skårderud(2010) med flere skriver om den kompetente helsearbeideren. Han skriver om skammen og det gjør Martinsen også, i Løgstrup og sykepleien. Eide & Eide (2007) skriver om kommunikasjon i relasjoner. Hun skriver om etisk refleksjon, som forutsetter at man oppdager hva som står på spill og for hvem. Brinchmann (2008) *Etikk i sykepleien*, skriver om den profesjonelle sykepleieren og yrkesetiske retningslinjer.

### **1.6 Avgrensning av oppgaven**

Min avgrensning er å skrive en fortelling om en utfordrende situasjon som jeg opplever. Fortellingen danner grunnlaget for oppgaven som jeg analyserer og drøfter med relevant teori. I fortellingen skrives det om en situasjon mellom meg og en bruker. Det oppstår en konflikt i situasjonen som utløser spørsmål om vår relasjon, kommunikasjon, skam, og hvordan jeg kan utøve god sykepleie i situasjonen.

## 2 Metode

I Dalland (2002) defineres metode i følge Vilhelm Aubert, sitat:

”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 2002 :71)

Metoden er redskapet vårt for å undersøke, hjelpe oss til å samle inn informasjon, systematisere og strukturere informasjonen. Det er to metoderetninger kvantitative metoder som beskriver fenomenet ved hjelp av kvanta eller tall. Kvalitative metoder som ofte benyttes til å karakterisere fenomenet, eller egenskaper ved fenomenet. (Dalland 2002 :73)

Jeg velger en kvalitativ metode, som er en fortelling, i oppgaven min. Fordi i en fortelling skrives det frem etiske spørsmål, om min handlemåte, som jeg kan reflektere over – eller ha en dialog med meg selv. Denne dialogen knyttes opp til holdninger, respekt og likeverd.

I praksis fortellinger fra psykisk helsearbeid handler de som oftest om kvalitet, ved arbeidet vi utfører. Det kommer i form av spørsmål som knytter seg til verdier, kunnskap og moral. Det er den indre dialogen til praktikeren som kommer frem og gir seg uttrykk. Det er i den indre dialogen praktikeren strever med å forbedre arbeidet sitt og se det i relasjon til sosiale og moralske verdier, som er meningsfulle for henne. Det er slik hun siler ut arbeidserfaringer gjennom verdier, som er viktig for henne som menneske.

Språket er støtten for tanken og refleksjonen, enten det er muntlig eller skriftlig. Med dette utgangspunkt starter jeg skriveprosessen med en fortelling, ut fra notater, tanker og ord. Teksten begynner å leve sitt eget liv og jeg glemmer notatene, den tar retninger jeg ikke har vært forberedt på, som en naturlig del, som følge av skriveprosessen. Den aktiverer den kunnskap og erfaringer fra mitt eget minne. (Tone Fagerland 2005)

Når konflikten i fortellingen når sitt vendepunkt skrives tema tydelig frem. Det er tema som er fortellingens historie og som fortellingen handler om. (Beck – Karlsen 2003 : 99) De tema som kommer frem er vår relasjon, kommunikasjon, følelser og mine handlinger i situasjonen med Eva.

Det som kjennetegner en fortelling er en subjektiv, åpen form, dynamisk helhet, den gjengir forløp av konkrete hendelser, en sammenhengende utvikling – en begynnelse og slutt i det

fortalte. Uten utvikling, ingen fortelling. Det skjer noe eller endres i fortellingen, som ett brått omskifte og tydelig vendepunkt.

I fortellingen om Eva, er vendepunktet at hun bryter avtalen og går inn på butikken og kjøper øl, i stedet for å gå tur til elva. Det er noe som står på spill, som blant annet tilliten – relasjonen vår og min opplevelse av å bli tråkket på. Det skjer et nytt vendepunkt når jeg tenker at hun ville kjøpt rusmidler uansett, enten jeg har vært med henne inn på butikken eller ikke. Mine tanker om at jeg må være profesjonell i situasjonen og ta vare på egne følelser og reaksjoner er også et vendepunkt. (Tone Fagerland 2005)

## 2.1 Analysen

Thaagard (2009:123/124) skriver om analyser av selvbiografier, som viser til refleksjoner over livssituasjon til forfatteren, og kan bidra til å forstå personens kultur - og samfunnsbakgrunn. Det gir innsikt i hvordan fortelleren reflekterer over og forstår livet sitt. sitat:

” Ved å anvende en fortellende form presenterer fortelleren den forståelse hun har av de hendelser som beskrives. Forskeren kan be informanten fremstille erfaringene sine i form av fortellinger ved å spørre om hvilke forhold som ledet frem til bestemt situasjon” (Thaagard 2009 :122/123)

Fortellingsanalyse har fokus på sammenhenger mellom struktur, innhold og plott. Plottet er det meningsskapende aspektet i fortellingen, som kommer fra dens struktur og underliggende logikk. Det er begivenhetene i fortellingen som gir den mening. For å finne ut av hva som er meningen i fortellingen, har jeg lest den gang på gang. Jeg tolker teksten med min forforståelse, og erfaringer fra et levd liv, helsearbeider i hjemmetjeneste og psykiatri. Jeg kan lese deler av teksten, men får ikke meningen frem uten at jeg leser hele teksten. Da kan jeg se helheten og forstå fortellingen.

Tidsdimensjonen i fortellingen bidrar til å skape mening. Fortellingen åpner med en innledning, som i et intervju. Fortellingen min åpner med en innledning av et besøk hos Eva og samtale med henne. Jeg oppfordrer henne til å gå en tur, sammen med meg, som en del av miljøterapeutiske arbeidet og behandlingsplanen hennes. Tone Fagerland skriver om helsearbeiderens handlemåte og dialogen med meg selv. Handlemåten er overtalelser om å gå en tur og under turen oppstår en uenighet mellom oss, at hun vil gå inn å kjøpe øl og det ønsker ikke jeg. Fordi jeg ønsker å beskytte henne mot og ruse – skade seg selv. Dette



medfører både en argumentasjon mellom oss, som ender med at Eva velger å gå inn på butikken. Hendelsen setter i gang en rekke følelser og reaksjoner hos meg.

I situasjonen setter det i gang en rekke refleksjoner hos meg, om hva som er etisk riktig å gjøre i situasjonen. Skal jeg etterkomme hennes ønske om å gå inn på butikken sammen med henne, eller vente utenfor, eller gå tilbake til kontoret. Mitt valg var å stå utenfor å vente på henne for å imøtekomme og ivareta henne – dempe angsten hennes, selv om det ikke kjentes riktig ut for meg. Deretter kommer en rekkefølge av hendelser. Det som skjer, med hvem, hvor og når. I neste fase skrives begivenhetene strukturert ut fra en indre logikk, som utvikler plottet. De begivenheter som finner sted er at jeg står utenfor butikken, blir handlingslammet – først, for så å tenke hvorfor står jeg og venter på henne, bør jeg bryte avtalen å gå – men avtalen er viktig for meg å overholde.

Hun er glad når hun kommer ut av butikken. Jeg forteller henne om mine følelser og tanker. Hun sårer med at hun ler rått av meg og sier hun har lurt meg. Det er et spørsmål om jeg burde fortalt henne om mine følelser og tanker? Det er denne situasjonen og dialogen med meg selv som tema skrives ut i fra, slik Beck skriver at når konflikten i fortellingen når sitt vendepunkt skrives tema tydelig frem. Det er det fortellingen handler om relasjonen, kommunikasjonen, følelse av skam og mine handlinger i situasjonen. Tone Fagerland sier at det skal være en utvikling i fortellingen. Utviklingen i fortellingen er vendepunktene. (De har jeg nevnt tidligere, se under emnet om fortellingen). Fortellingen avsluttes med en situasjon som er hovedpoenget i fortellingen. (Thaagard 2009:125) I min fortelling om Eva, er situasjonen at hun ønsker å gå inn på butikken, å kjøpe rusmidler og ønsker at jeg skal bli med henne inn, som helsearbeider har jeg ikke anledning til å etterkomme hennes ønske.

## **2.2 Etiske overveielser**

I fortellingen om Eva, har jeg anonymisert, ved å skrive den om og bruke et fiktivt navn. Dette har jeg gjort i forhold til helsepersonell loven § 21 (Moloven, 2009), som skal hindre at andre får tilgang og kjennskap til opplysninger om folks sykdommer eller andre personlige forhold. Det jeg legger hovedvekten på er mine egne opplevelser og erfaringer fra fortellingen.

## **2.3 Litteratursøk**

Jeg har søkt på litteratur i bibliotekets databaser, og forskning, i tidsskrift. Jeg har fått veiledning hos bibliotekar og benyttet meg av artikkelen som ble lagt ut på fronter av Malin Norman (2013). Jeg har søkt opp gjennom bibsys hjemmefra og biblioteket ved UIN (Universitet I Nordland). Jeg har benyttet forfatternavn som f.eks Martinsen Kari, og tittel på bøker, *Løgstrup og sykepleieren*. Jeg har brukt søkeord som bipolar lidelse and rusavhengighet og utøve god sykepleie. Dobbelt diagnoser og psykiatriske lidelser.

På internett har jeg søkt i både internasjonale og nasjonale databaser. Det er blant annet sykepleien.no, psykologiforeningen.no, og forskning.no. Søkeord som jeg har benyttet er rus og psykiatri, og god sykepleie. Internasjonale databaser via bibsys helsebiblioteket.no, PubMed, Scopus, og SweMed søke ord som nursing, bipolar disorders, and alcoholism.

Jeg fant tre artikler, de blir presentert senere i oppgaven, under emnet om menneskesyn, holdninger og diagnoser. Det er to artikler om brukermedvirkning og en om forskning.

## **3.0 Teori**

### **3.1 Martinsens omsorgsfilosofi**

Hun bygger sin omsorgsfilosofi på Løgstrup's tenkning som sier at omsorg er et relasjonelt begrep. Det betegner den ene menneskes reaksjon på den andres avhengighet. Omsorg er en fundamental forutsetning for våre liv og sykepleiers verdigrunnlag. "jeg kan ikke handle omsorgsfullt dersom jeg ikke har forståelse av den andres situasjon" Jeg vil bruke situasjonen i fortellingen til å se hvordan jeg kan utøve god sykepleie og å ta vare på den andre. Det gir mening for meg, å lese det Kari Martinsen skriver om omsorgsfilosofi. Hun beskriver 3 grunnleggende dimensjoner, relasjonelt, et praktisk og moralsk begrep. Hun skriver om forbilledlige praksisformer som kan etterstrebes og arbeides fram hos den enkelte sykepleier.

Relasjonelt tar utgangspunkt for et kollektivt menneskesyn som betyr at vi er grunnleggende avhengige av hverandre, men det står ikke i motsetning til selvhjulpenhet. Motsetningen er et individualistisk menneskesyn. Martinsen henviser til universalisprinsippet som er forankret i et historisk praktisk forbilde lignelsen om den barmhjertige samaritan. Det betyr å reagere spontant ved å utføre praktisk sykepleie f.eks stelle sårene til den fremmede.

Det moralske begrep har med livsførsel og hvordan vi er i relasjon gjennom det praktiske arbeidet. Det er kvaliteten i relasjonen som er vesentlig. Moral er dilemmaer en står overfor i konkrete situasjoner. (Martinsen 2003:14-17)

Kari Martinsen stifter sitt bekjentskap med K.E. Løgstrup's filosofi og de verdioppfatninger han gir uttrykk for i sine arbeider. Det er en grunnleggende verdiforutsetning at vi er henvist til hverandre, for å ta vare på hverandre. Dette er felles for oss og den er knyttet til og kommer til uttrykk i en konkret situasjon. Derfor blir tillit fundamentalt og er et interaktivt og moralsk begrep, som er sentralt i sykepleierens omsorg. Løgstrup uttrykker den etiske fordring slik:

”At menneskers liv er forviklet med hverandre, derav udspringer fordringen om å ta vare på hverandre”  
(Martinsen 1989 : 183)

Fordringen går utpå å ta vare på den andres liv og at fordringen ligger i ett hvert møte mellom mennesker. Løgstrup kaller det suverene livsytringer, som tillit, barmhjertighet, håp, talens åpenhet og medfølelse. De er suverene, det vil si at de ikke er menneskeskapt, men hører tilværelsen til. Etikken utfolder seg i den enkelte situasjonen mellom mennesker, det skjer noe begivenhetsrikt i møtet. Han legger vekt på at selve situasjonen er enestående og den kan ikke gjenoppleves, for tidens irreversibilitet eller ugjenkallelig. En får ikke samme situasjon og handlingen tilbake. Det utelukker ikke at noe kan gjentas seg eller kjennes igjen, fra en situasjon til en annen og overveies.

Martinsen legger vekt på tydningen å være sansende og sårbar tilstede er å være tydende tilstede for både pasient og sykepleier. Utfordringen for sykepleieren er hvordan fagligheten spiller med i tydningen av situasjonen. Både tydning, refleksjon, og fortolkninger er måter å frembringe forståelse på. Martinsen skriver om omsorgen dilemma mellom paternalisme og sentimental omsorg sitat:

*”Det kan bli følsomhetens ufølsomhet når holdningen til pasienten ikke bæres oppe av solid faglig viten og kunnen. Uten fagkunnskap vil omtanken for pasienten bli sentimental omsorg. På den andre side vil den faglige kunnskapen forvandles til den motsatte karikatur av seg selv hvis den ikke forbindes med en vilje til å hjelpe den andre på best mulig måte. Da vil fagkunnskapen selvstendiggjøre seg på en slik måte at bruken av den blir rutinisert , mekanisk anvendelse” (Aadland 2009 : 208)*

Ved paternalisme kan en begå overtramp eller ekspertisemystikk og bedrevitenhet fra yrkesutøverens side. Det betyr at den profesjonelles handlemåte begrunnes ved at den vet best. Det er slik jeg forstår Martinsen at begge disse forutsetningene må være tilstede. Jeg må kunne vise sårbarhet, sensitivitet og oppriktighet i relasjonen for å bli den andre tillits

verdig. Jeg må ha faglige kunnskaper og oppøve et faglig skjønn som avgjør hva som er det beste til pasienten og hvordan jeg skal handle. Det forutsetter at jeg også kan sette meg inn i pasientens situasjon og tenke hvordan han ville handlet i situasjonen. I fordringen i den gylne regel står det sitat:

”alt du vil at andre skal gjøre mot deg, skal du gjøre mot dem” (Martinsen 1989 : 190)

### **3.2 Finn Skårderud - Den kompetente helsearbeideren**

Skårderud (2010 : 50-55) skriver at siden en arbeider med mennesker og fordi følelser er særpreget av at de er uklare og at en aldri kan forstå den andre, vil kompetanse være et komplekst fenomen. Det handler om mer enn boklig kunnskaper og tekniske ferdigheter. Kompetansebegrepet framstår klart og tydelig intuitiv, opplevelse av enkelte fagfolk som er kompetente innen sitt fagfelt. Kompetanseopplevelsen kan utløses av at sykepleierens oppfattelse av å beherske sitt håndverk, som en prosedyre eller føler seg trygg i en utrygg situasjon. Den profesjonelle handlingskompetansens hovedelementer er yrkesrelevante kunnskaper. De er faktakunnskaper om lidelsesformer, tegn, symptomer tiltak og arbeidsmetoder i psykiatrien. Yrkesrelevante ferdigheter, er praktisk ferdigheter i kliniske møter, erfaringer og klinisk skjønn. Yrkesidentitet har f. eks sykepleieren fått gjennom deltakelse i utdanning og praksisfellesskaper. Det er både en kollektiv og individuell yrkesidentitet. Yrkesrelevant handlingsberedskap inneholder en emosjonell, kognitiv og ideologisk beredskap for å utføre handlingen som svarer til behov og mål. Det er derfor viktig å ha ideologiske retningslinjer, verdier som faglige holdninger. Det er viktig å være bevisst og kritisk til forskning og metoder som benyttes eller ønskes implementert i behandlinger.

### **3.3 Profesjon og yrkesetiske retningslinjer**

I det profesjonelle møtet må vi bruke følelsene eller empatien for å forstå en annens situasjon. Det er fint at vi har et følelsesmessig repertoar som gir oss en viss tilgang til den andres verden. Det er gjennom empatien hjelperne orienterer seg mot brukeren og oppfatter hvilke moralske krav som ligger i situasjonen. Ved å være empatisk kan vi leve oss inn i en annens situasjon og det vektlegger samspillet mellom følelsene og intellektuelle evner som er likeverdige. Disse evnene settes inn i en moralsk sammenheng ved at vi er åpne kan vi

oppfatte hva pasienten opplever og bedre skjønne hvordan vi kan være til hjelp for dem. Det som står på spill for pasienten kan være avhengig av situasjonens alvorlighetsgrad, og hans evne til å mestre den sårbarhet og avhengighet som å bli syk eller bli pårørende

Den etiske dimensjon i profesjonelle yrkesutøvelse handler om å ivareta pasienten og pårørende ved bruk av faglighet, følsom fornuft og en fornuftig følsomhet. Denne følsomme fornuften er integrert i praksisteori, som er dynamisk og utvikler seg gjennom livet. Verdiene i praksisteorien styrer våre handlinger i praksis og vi bør reflektere med hensyn til disse verdiene (Brinchmann 2008: 151/161).

### **3.4 Kommunikasjon og relasjon**

Definisjonen av kommunikasjon er utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter. Kommunikasjon benyttes i personlige samtaler med en eller flere personer og i sosiale medier. Det er viktig hvordan vi kommuniserer med hverandre og det er samsvar mellom det en sier og det kroppsuttrykket en viser. Dersom det ikke er samsvar kan det føre til forvirring og forårsake frustrasjon hos pasientene.

Relasjon betyr at en person står i forbindelse med en annen person. Det vil si en hjelpers forhold eller relasjon til en pasient eller pårørende, kolleger og samfunn. Det er en gjensidig påvirkning – og utvekslingsforhold til hverandre. Budskapet kan være vennlig, ironisk, entusiastisk, spydig, resignert, sårende, fiendtlig, humoristisk. Det avhenger hvordan den enkelte fortolker disse signalene og opplevelsen av møtet med den andre. Det kan være blant annet godt, ubehagelig, sårende, irriterende, og inspirerende. Signalene kan være tydelig men en vet ikke med sikkerhet hva de uttrykker eller er ment å uttrykke fordi et akkompagnement av nonverbal uttrykk kan gi ordene en ny betydning.

Å skape trygghet og tillit i møte med pasientene er viktig for en god kommunikasjon og samarbeid. Det betyr ikke at vi legger vekk vår personlighet og de erfaringer vi har i vår privates fære. Vi har disse med oss inn i menneskemøtene og er medmennesker, samtidig som vi profesjonelle hjelpere. Vi tilkjennegir oss ikke med å fortelle om vårt private liv til pasientene, men holder det for oss selv. Vi kan være personlige og fortelle om oss selv hvem vi er. Det kan være utfordrende og finne gode grenser mellom det private og personlige. Det betyr at vi kan vise medfølelse uten å bli for emosjonell og må kointeine (holde tilbake egne følelser) følelser for å være tilstede for brukeren eller pasienten.

I profesjonell kommunikasjon kommuniserer vi ikke som privatpersoner, men som yrkesutøvere – helsepersonell eller sykepleiere. Det er i vår yrkesrolle vi kommuniserer og har en profesjonell hjelpende kommunikasjon som betyr at det har et helsefaglig formål. I følge den internasjonale kodeks for sykepleiere (jf. ICN 2006) er det å fremme helse, forebygge sykdom, å gjenopprette helse, og lindre lidelse. Derfor vil det si at den er faglig og velbegrunnet til å hjelpe andre (Eide&Eide 2008 :17-18)

Å delaktiggjøre pasienten for å oppnå best mulig resultat og medbestemmelse i behandlingen. I pasientrettighetsloven og yrkesetiske retningslinjer heter det at sykepleieren skal respektere pasienten rett til å ta egne valg og gi pasienten tilstrekkelig informasjon for å ta selvstendige avgjørelser. Det betyr at vi må ta pasienten med på råd, respektere hans opplevelse av hva som er viktig og la ham beholde ansvaret for å bidra med sitt til å nå målene – i den grad det er mulig og naturlig. Det er en etisk norm å respektere pasientens selvbestemmelse og autonomi.

Det henvises til en psykoterapiforskning at det er en sammenheng med god arbeidsallianse og gode behandlingsresultater. Det har også vist samme resultat i sosialt arbeid, at tidlig og god samarbeidsallianse sannsynlighetsvis vil påvirke positivt. Det motsatte viser seg å gi dårligere resultat (Eide &Eide 2008:45)

### **3.5 SKAM**

Skam er et avgrenset fenomen og en kan ikke ta et oppgjør med skammen, fordi den er knyttet opp til ens identitet. Det er også fordi en forholder seg fordømmende til seg selv og ikke primært handlingen. Skam er knyttet sammen med kultur fordi en føler at en ikke lever opp til standarder og normer, som er knyttet til identiteten sin. Skam som er god er knyttet til tilbakeholdenheten i alle variasjoner som aktelse, og bluferdighet. Aktelsen verdsetter det verdifulle hos andre og en selv som den naturen en er den del av. Skyld knytter seg til styrke, selvstendighet, og individualitet. Skam forholder seg til mangler, verdighet, sårbarhet, grenser og livsmuligheter. Den er vanskelig å snakke om, og skjuler seg. Skam er blitt borte fra det offentlige rom, fordi det er noe vi ikke vil vite av og er knyttet til kulturbårne skammen. (Martinsen 2012:71). Jeg husker etter situasjonen tenkte jeg på om jeg skulle fortelle dette til veilederen min, og hvordan ville hun reagere. Eller burde jeg bare holde denne situasjonen for meg selv.

Skårderud (2010 :189) skriver om skammen som følelse hører den sammen med skyld, forlegenhet, og stolthet. Det er selvbevisste følelser som representerer en selvaktelse og er nedfelt i normene om sed og skikk. Han henviser til Kirkegaard å se seg selv i et utvidet perspektiv, der vi vurderer og dømmer oss selv, og hvordan vi tror andre mennesker vurderer oss. Det er allmenneskelig å tenke på skammen som noe negativt, enda verre er skamløst. Den gode skammen er respekten for andre, for oss selv og diskresjon, takt og tone. I den enkelte kultur kan den gi alvorlige beskjeder om hva som er akseptabelt og ikke akseptabelt. Det er vår eneste medfødte moralske følelse. En god skamfølelse beskytter sosiale bånd og definerer private grenser. Den ondartete skammen er blottstillelsen, frykten for å bli avslørt som en annen enn den jeg vil være. Det er i relasjon med andre at en kjenner på skam, en kan rødme i enerom og trekker seg tilbake i ensomhet, men fantasierer alltid om andre mennesker.

### **3.6 Dobbeltdiagnoser, menneskesyn, holdninger og verdighet**

Begrepet dobbeltdiagnoser betyr at en person har fått to selvstendige medisinske lidelser eller alvorlig psykiske lidelser som for eksempel bipolar lidelse uti fra ICD -10 som klassifiserer eller beskriver ulike kriterier som tegn, og symptomer for å sette navn på en tilstand hos en person.

Diagnosene er der for å hjelpe oss helsearbeidere for å gi oss veiledning i de kliniske symptombildene hos brukerne. De har klare begrensninger når de skal hjelpe oss og empatisk forstå pasientene. Begrensningen kan derfor gi oss en uhensiktsmessig håndtering av en person som er i en angsttilstand.

Det kan hende at diagnosen får for mye fokus og at personen blir omgjort til diagnosen som f.eks rusmisbrukeren eller diabetikeren. Min opplevelse er at det blir mer verdighet for pasienten og for oss som hjelpere å si at det er en person med avhengighet til rus eller en person med diabetes. Vi kan bedre se personen bak diagnosen, med sine ressurser og sårbarhet. Det gir meg et helhetlig bilde av Eva og det gir mening for meg.

Det er derfor viktig at vi er bevisste våre holdninger og må spørre oss hva de ulike holdningene kan gjøre med klienter på sikt og hva slags menneskesyn som ligger bak. ( Evjen, Kielland og Tone Øiern 2009 : 29)

Jeg ønsker at brukerne eller pasientene skal bli møtt med respekt, verdighet og likeverd i møte med meg. Jeg har tro på at gjennom vår sykepleieutdanning møter ”vi oss selv” og våre fordommer og blir bevisst dem. Når vi er bevisst dem kan vi gjøre noe med de, men det betyr ikke at vi blir fri for fordommer – vi vil alltid ha de med oss i våre menneskemøter. Jeg etterstreber et holistisk menneskesyn slik Martinsen forfekter og jeg tenkte (tenker) mye på det i mine praksis perioder - spesielt i møte med Eva. – og i mitt daglige arbeide med mennesker, Jeg har alltid likt å tenke og se etter brukerens eller pasientens ressurser, lete etter den friske side – og eller se mennesket bak diagnosen. I samtaler med Eva snakket vi om hennes friske side og jeg stilte spørsmål hvordan hun opplevde seg selv. Det er viktig at de får beholde sin integritet og autonomi.

Jeg fant en artikkel av Peter Selby som beskriver hvor viktig det er å lytte til pasientene for å finne ut hvilke behov de har og deres selvbestemmelse. Han referer til to pasienter i denne artikkelen, der sykepleierne nektet å føre en pasient opp på en liste, for fysioterapi fordi han gikk ut og røkte. Den andre pasienten var manipulerende og nektet å ta medisiner. Han avslutter sin artikkel med at dersom vi virkelig bryr oss om pasientene må vi inkludere dem i behandlingen og la dem være med å bestemme. Det er empowerment og brukermedvirkning i praksis som er viktig.

<http://www.bmj.com/rapid-response/2011/10/27/all-solutions-lie-patients-we-need-listen>

Det er en annen artikkel i bladet psykisk helse nr. 4, ” ny forskning: tar egenerfaring på alvor”. I denne forskningen er det 12 personer med stemningslidelser som sammen med fire forskere har vært med på å bestemme problemstillingene og premissene for forskningen.

<http://www.bladet.psykiskhelse.no/index.asp?id=28204>

### **3.7 Bipolar lidelse**

Bipolar lidelse kjennetegnes av at personen har perioder med en oppstemt manisk stemningsleie og etterfulgt av en nedstemthet – depressiv stemningsleie. Mani arter seg som økende oppstemthet, hvor en får masse energi og mange nye ideer, som settes ut i ord og handlinger. De mister selvkritikken og har vanskelig for å lytte til andre mennesker. Det kan bringe dem opp i situasjoner som kan skade økonomi og anseelse. Mennesker med en bipolar lidelse er ofte begavet og sjarmerende. Det er ofte vanskelig å forstå hva som foregår med



personen og de endringer som blir observert. De kan bli mer usammenhengende i talen, aggressiv, og utvikle vrangforestillinger. Det er viktig å gi personen medikamentell og psykologisk behandling. (Skårderud 2010 :334/340)

### **3.8 Generalisert angstlidelse**

Det som kjennetegnes ved generalisert angstlidelse er engstelse som er vedvarende ”frittflytende” uro som ofte er preget av pessimistiske forestillinger om hva som kan skje i fremtiden. Generalisert angstlidelse er ikke begrenset til bestemte situasjoner eller omstendigheter. Vanlige symptomer med angstlidelser er hjertebank, svetting, skjelving, følelse av åndenød eller kveling, ørhet, ustødhed, og frykt for å miste forstanden. Panikkanfall kan forekomme. (Evjen, kielland og Øiern 2009 :60)

### **3.9 Rusmisbruk – avhengighet og diagnose**

”rusavhengighet er en tvangspreget aktivitet som enten produserer behagelige tilstander, dekker sterke behov eller gjør begge deler ” (Skårderud 2010: 436) Denne tilstanden diagnostiseres i ICD – 10 den skiller mellom skadelig bruk og avhengighet. Skadelig bruk er kjennetegnet med inntak av rusmidler som gir alvorlige fysiologiske og psykologiske skader. Avhengighet er at trangten til rusmidlet er fysisk og psykiske adferdsmessige så stor at det gir større verdi enn det som tidligere har vært verdifullt for personen. Det kjennetegnes ved en sterk trang til å innta rusmiddelet og vedkommende har ingen kontroll ved inntaket. Mange utvikler abstinenssymptomer når de slutter å innta rusmidlet – alkohol.

Rus og psykiske lidelser har ingen entydig eller klar forklaring på sammenhengen. Det en antar er at personer som har utviklet en ruslidelse eller psykisk lidelse kan ha en sårbarhet av genetisk, nevrobiologisk, eller personlighetsmessig. Det vil si at psykiske lidelser kan utløse rusproblemer og rusproblemer kan utvikle psykiske lidelser. Det vil også være en interaksjon mellom disse som forsterker og vedlikeholder hverandre (Skårderud m/flere 2010: 436)

## **4 Drøfting**

Å drøfte vil si å diskutere, ta for seg eller granske noe fra forskjellige sider. I oppgaveskriving er det gjennom drøfting en student viser hva han/hun har lært av prosjektet sitt og hvordan sammenhengen til denne kunnskapen henger sammen med eksisterende kunnskap på området. (Dalland 2002 :110)

Det er i drøftingen mine undringer, refleksjoner og teori blir tolket og diskutert. Tema blir sett ut i fra ulike sider eller perspektiver. Jeg vil også ta inn annen litteratur som jeg støtter meg til i drøftingen. Jeg systematiserer drøftingen i overskrifter av tema.

Meningen i fortellingen om Eva er at det oppstår en situasjon, som er uventet og utfordrende for meg som helsearbeider. Begivenhetene er at Eva ønsker å kjøpe rusmidler i stedet for å gå turen som avtalt. Det utfordrer meg når hun ønsker å ha meg med inn på butikken for å kjøpe øl og jeg vet at hun både psykisk, fysisk, og sosialt er skadelig for henne å drikke alkohol. Det er ikke i tråd med hennes tilfriskning og behandlingsplan. Det strider mot juridiske retningslinjer at helsearbeideren ikke har lov å være med brukere inn å kjøpe rusmidler. Denne utfordringen starter dialogen med meg selv, undringen, refleksjon - hvordan jeg skal handle i situasjonen? Skulle jeg imøtekomme hennes ønske om å gå inn på butikken, sammen med henne eller følge min innskyttelse å forlate henne og gå tilbake til kontoret? Jeg måtte velge hva som ble best for brukeren og meg. Det som stod på spill var relasjonen vår og om jeg blir en ”god sykepleier”?

### **4.1 Relasjon og kommunikasjon**

Jeg stiller spørsmål med relasjonen og kommunikasjonen mellom Eva og meg.

Min opplevelse var at vi hadde en god relasjon og tillit til hverandre. Jeg begrunner det ut i fra våre samtaler og min erfaring fra andre pasienter eller brukere. I samtalen fortalte hun om utfordrende situasjoner, som hun hadde opplevd tidligere i livet. Eva fortalte om skammen med å være rusavhengig og hvor redd hun var for alle situasjoner. Jeg anerkjente hennes redsel og smerte. Jeg oppmuntret henne til å fortelle og sette ord på følelsene sine.

Hun beskrev hvordan hun opplevde å være redd når hun våknet på natten med angst. Hun fortalte om sine fysiske reaksjoner. Eva hadde hjertebank, svettet mye, og pustebesvær. Hun lurte på om hun holdt på å bli gal. Hun var redd for at hun var alvorlig syk og kom til å dø. Jeg lyttet til henne og både med ord og ”nikking” kroppsspråk ga jeg uttrykk for at jeg forstod

og følte med henne. Det hendte at hun fremkalte angsten, da hun fortalte den og fikk jeg henne til å puste ned i magen. Jeg pustet sammen med henne og vi gjorde avslappingsøvelser, som hun lærte seg, eller jeg benyttet mindfulness. Hun fikk medikamentell behandling for stemningslidelsen, abstinensmedisin og sobril for angsten.

Jeg oppmuntret henne og motiverte henne til å lære seg å leve med angsten. Vi gjennomgikk et e-læringsprogram for bipolar lidelse, sammen og Eva satte ord på følelser og det hun gjenkjente i egne opplevelser. Det var flere aktiviteter vi gjorde sammen som å gå tur og på kafé. Det var en utfordring for henne og jeg så at det kostet henne mye energi å gjennomføre disse aktivitetene. Både hun og jeg lærte mye og vi ble godt kjent med hverandre. Eva ga uttrykk for at hun likte å snakke med meg og at hun opplevde at jeg lyttet til henne. Hun følte seg sett og ivaretatt av meg.

Det var overraskende da hun sa hun ville gå inn på butikken å kjøpe øl og jeg ble satt ut – visste ikke hva jeg skulle si. Mine reaksjoner ble uforstående for meg, da jeg ble berørt av situasjonen. Jeg stiller spørsmål om grensesetting og hvilken sykepleier blir jeg? Jeg lurer på om jeg reagerte irrasjonelt? Jeg er vanligvis trygg i utrygge situasjoner, men denne situasjonen var helt spesiell.

Jeg vet selv at jeg er rolig, tålmodige og kan strekke meg langt for mine medmennesker. Burde jeg gått fra henne og ikke gitt åpning for argumentasjon? Sitat:

Grensesetting er en relasjonell aktivitet hvor personalet i holdning og handling – ut i fra en terapeutisk hensikt – markerer et yterpunkt for akseptabel adferd som ikke må overskrides. Ved dette ytterpunktet har personalet en kontrollerende og en terapeutisk funksjon. Måten grenser markeres på vil prege de intensjoner og begrunnelser man har.” Hummelvoll (2005 : 219).

De intensjoner og begrunnelser jeg hadde, var et ønske om at hun ikke skulle ruse seg, og at jeg som helsearbeider ikke har lov å handle rusmidler sammen med brukerne. Jeg har i ettertid tenkt på om det var fordi jeg ville beskytte henne mot seg selv? eller eget ubehag ved å bryte helsepersonelloven eller hva veilederen og kollegene vil si? Det er viktig at grensesettingen er enkel og ikke åpner for diskusjoner. Jeg mener selv at jeg var veldig klar, tydelig, beholdt roen og ikke åpnet for diskusjoner, da jeg sa fra på en rolig og direkte måte.

Jeg anerkjente hennes angst og korrigerer henne slik som det står i Hummelvoll (2004 : 220). Han skriver også om at en kan gi en delvis oppfyllelse av pasientens krav/ønske, når det er umulig og for omfattende å imøtekomme henne. Det minsker den totale avvisning og det

reduserer angstnivået i situasjonen. Det er det jeg kan se, at jeg gjorde, da jeg valgte og stå utenfor butikken og vente på henne. Det ga henne den tryggheten hun trengte i situasjonen. Selv om jeg opplevde det utfordrende og ubehagelig, da jeg stod der og ventet.

I ettertid har mine tanker vært, hva burde jeg ha gjort? Tolket jeg signalene eller kroppsspråket, slik som nevnt under kommunikasjon og relasjon. Var det tydelig? Eller var det vanskelig og vite hva det uttrykte.

Var det et signal at hun ikke ønsket abstinent medisinen, ved utdeling av den på morgen og heller ønsket å drikke øl, den kvelden, eller var det en impuls handling? Så jeg kroppsspråket hennes eller var jeg tilstede med egne behov om å være ”flink sykepleierstudent” og få henne i aktivitet? Lyttet jeg virkelig til det hun sa? Hun ønsket ikke å gå tur i utgangpunktet denne dagen, slik som tidligere. Jeg brukte mye tid på å overtale henne – ble hun provosert, uten at jeg registrerte det? Hun svarte irritert og jeg var ikke og møtekommende, slik jeg burde vært. Hadde jeg overkjørt henne med min optimisme og entusiasme for tilfriskning? Hadde jeg respektert hennes ønske om og ikke gå tur denne dagen? Tok jeg henne med på råd og ga henne veiledning for å ta et egne valg? Slik som Eide & Eide sier. Det er en etisk norm å respektere pasientenes selvbestemmelse og autonomi.

Jeg vet at jeg kan være både entusiastisk og motiverende, slik at andre kan synes jeg er pågående. Jeg tenker på om jeg tok nok hensyn til henne eller om hun følte seg overkjørt? Ble Eva provosert av meg, og planla å gå inn på butikken for å ta hevn?

Det gir meg noen nye tanker om at det er viktig å stille seg selv spørsmål, undre og reflektere, hvor jeg er med meg selv i situasjoner. Slik at jeg kan fange opp signaler, hva som skjer med pasienten og observere bedre. Ved å være profesjonell, slik som Brinchmann skriver om den følsomme fornuften og fornuftens følsomhet. Jeg kan kjenne på følelser som blir vekt i meg og ivareta dem. Intuisjon og følelser kan være en veiviser for medlevelse og informasjon til egne handlinger. Det er disse verdiene i praksisteorien som er styrende for våre handlinger.

Hvordan er mine holdninger i situasjonen? Jeg tenker på min forforståelse og den rapporten jeg tidligere hadde fått om Eva - hun er ”veldig sjuk” og hun har bipolar lidelse – generalisert angstlidelse, og rusmisbruker. Hun har en dobbelt diagnose - hadde det noe å si for relasjonen? Hun er et menneske på lik linje med meg selv med ressurser, selvstendige tanker og handlinger. Hun er sårbar siden hun lider av generaliserende angst, som gir seg uttrykk i usikkerhet og redsel for å gå ut alene, for andre mennesker, gå på butikken og andre

situasjoner. Hun er redd for framtiden ”eksistensialistiske sider” - hvordan vil livet hennes bli?.

Jeg likte å være sammen med Eva og ble påvirket av hennes følelser. Jeg kan erkjenne at jeg hadde sterk medfølelse og empati med henne. Jeg tenker på den gyldne regel, ved å tenke meg i hennes sted hva ønsket jeg at hun skulle gjort for meg, hvis jeg var i hennes situasjon? Det gjelder å bruke fantasien og ta et rollebytte så jeg ikke møter den andre ut fra mine premisser. Jeg skal ikke forme henne i mitt bilde, men ta vare på Eva i hennes livsbærende eksistens, sårbarheten og ubetinget verdighet (Martinsen 2012:50/51). Jeg synes Eide&Eide sier det fint om fornuft og følelser som påvirker hverandre gjensidig og spiller med i etikken. Jeg mener selv at etikken i situasjonen tilsier at jeg skal ta vare på henne, som i den etiske fordring.

#### **4.2 Hvorfor følte jeg skam i situasjonen?**

I situasjonen med Eva dukket det opp erfaringer fra tidligere i livet mitt, helt fra jeg var barn å føle seg dum, og ikke mestre en situasjon, og samtidig andre erfaringer som gode opplevelser. Det er slik Gadamer skriver at noen erfaringer er gode og noen er onde. Det er disse som gir oss fortolkningsunivers, de kan være bevisste eller ubevisste. For min del var erfaringene ubevisste. Det var kun følelsen som ga seg til kjenne ved å være dum og føle skam, slik jeg tolker det.

Det har alltid vært viktig for meg å gjøre det som forventes av meg og er kulturelt akseptert. Jeg har store forventninger til meg selv om å takle alle situasjoner i jobben og som sykepleierstudent, fordi jeg har lang erfaring fra ulike menneskemøter og har jobbet mange år i psykiatrien.

Det har alltid vært viktig for meg å respektere andres og egne grenser. Det er tanker om at jeg ikke handlet slik jeg ønsket eller skulle gjort det. Jeg forstår nå hvorfor jeg følte skam og skyld i situasjonen. Jeg var skuffet over meg selv, fordi jeg ikke handlet annerledes. Jeg burde hatt mer fokus på brukermedvirkning og selvbestemmelse i situasjonen.

Jeg skulle satt klare grenser - gått fra henne, vist at jeg mente alvor med det jeg sa og ikke stått utenfor butikken og ventet på henne. Det hadde vært en annen løsning fordi hun tidligere har vist at hun hadde gått på butikken uten følge av noen. Det har aldri vært spørsmål om

følge til butikken tidligere, som hun sa, ”så lurte hun meg”. Å føle seg lurt forsterket skamfølelsen og det var ingen god følelse. Jeg kjente uroen i magen når jeg gikk til kontoret.

Jeg valgte å fortelle veilederen min om situasjonen, som jeg var kommet opp i og hun støttet meg i mitt valg. Vi reflekterte sammen om andre løsninger og hun var enig i at jeg skulle bare gått uten og argumentere med Eva. Det ble lettere for meg, når jeg fikk anerkjennelse for mine handlinger, etter at jeg hadde fortalt veilederen, og samtidig, så jeg også sammenhengen med erfaringer eller vonde følelser fra tidligere i livet mitt, som hadde brakt fram skamfølelse hos meg.

Jeg kjente på den store frykten for å bli avslørt og var redd for at veilederen og andre kolleger skulle dømme meg for å være udugelig. I stedet møtte jeg respekt og åpenhet. Det gjorde at vi kunne undre og reflektere sammen om situasjonen.

Jeg har også i ettertid tenkt at Eva også følte skam når hun skulle kjøpe øl og derfor hadde det blitt legitimt, hvis jeg hadde vært med henne inn på butikken. Hun fortalte om sin skam og skyldfølelse overfor seg selv, sin sønn og familie. Da de oppdaget at hun var avhengig av alkohol. Hun fortalte at hun følte seg avkledd og ville bare komme seg bort. Det gjorde at hun trakk seg tilbake i ensomhet og isolasjon. Det økte angstnivået, og inntaket av rusmidler. Det førte til fortvilelse, og dyp depresjon. Det gjorde at hun drakk mer for å dempe angst, bekymringer, uro og nedstemthet.

Mine tanker er at sårbarheten både i meg som sykepleierstudent og brukerens sårbarhet kom til uttrykk i situasjonen, da følelse av skam ble fremtredende. For meg var det fordi jeg møtte utfordringene på en lite profesjonell måte og Eva i sin situasjon følte skam da hun kjøpte rusmiddel og ruset seg. Det er fortsatt fordommer og skammelig å ha en psykisk lidelse og være rusavhengig. Det er gjennom forskning slik som artikkelen i psykisk helse, viser ved å ta brukerne med for å finne problemstillinger og sette tema på dagsorden som kan bidra med åpenhet og mindre fordommer.

Jeg ønsker å forstå Evas reaksjoner og handlinger, ved å leve meg inn i hennes situasjon og se verden gjennom hennes øyne. Det er jeg som tolker situasjonen ut i fra mine øyne, selv om jeg forstår, at Eva har angst og ruseg. Hun ruser seg for å dempe ensomhet, uro og redsel. Hun har både en fysisk og psykisk avhengighet til rus og det kan være noe av forklaringen på hvorfor hun handler som hun gjør. Her kommer mine erfaringer og forforståelser for å forstå hennes handlinger. En annen tanke er om hun ble provosert av meg og ønsket å ta igjen ved å

såre og trække på meg? Det er gjennom vår forforståelse vi møter en tekst og et annet menneske. Det vil si at vi møter en tekst og mennesker med våre holdninger og meninger. (Aadland 2009)

#### **4.3 hvordan utøve god sykepleie i situasjonen?**

Jeg skulle ønske at jeg kunne ”skru tiden tilbake” for å endre situasjonen og det går ikke – ”å være etterpåklok som vi sier, hva burde jeg gjort annerledes ? Det er gjennom å undre og reflektere over andre handlemåter i situasjonen med Eva som jeg kan se hvordan jeg burde ha handlet annerledes. Burde jeg hatt mer tillit til Eva at hun kunne tatt mer ansvar for egen situasjon? Var det rett at jeg fortalt henne om mine følelser? Kan det være at jeg handlet slik Martinsen sier om den sentimentale omsorgen, at jeg ikke tok med fagligheten inn i handlingen, men var mer i følsomheten med Eva? Kan det være den sterke empatien som styrte mine handlinger i situasjonen med Eva? Hvilket ansvar hadde jeg i situasjonen og tok jeg det?

Løgstrup skriver om suverene livsytringene. Det er barmhjertigheten, tilliten og medfølelse. Fordringen er taus og den enkelte må finne ut hva omsorgsansvaret for den andre går ut på. Det er med innsikt, fantasi og forståelse jeg vil ta vare på mine medmennesker og vise nestekjærlighet. jeg ønsker å ta ansvar og vise at jeg er til å stole på, vise medfølelse og bry meg om pasientene. Situasjonen som oppstod er ugjenkallelig, men den kan benyttes som en erfaring og byggesteiner til å forstå og handle i andre situasjoner, slik som beskrevet i hermeneutikken. Vi kommer ikke utenom skjønnsmessige overveielser i situasjonen. Det er med fantasien og spontane medlevelse og begrunne hva som bør gjøres i situasjonen. (Martinsen 2012 : 52)

Det er at både den faglige kunnen og følsomheten som bør være tilstede hos sykepleieren for å avgjøre hvilken handling som skal utføres overfor pasienten eller brukeren. jeg burde ha tenkt mer og latt Eva ta mer ansvar for sin handling og gjort henne i stand til å ta et valg, om hun ønsket og gå inn på butikken – ”da forlater jeg deg og går tilbake til kontoret, tiltross for din angst – redsel”. Det var hennes kroppslige utrykk og ord som lot meg overtale til å stå og vente på henne. Jeg undres om jeg var bevisst mine tanker og handlinger i situasjonen.

For å lære å bli en dyktig sykepleier argumenterer Martinsen at en svak paternalisme hvor jeg handler ut i fra faglig skjønn og engasjement for pasienten, slik at han blir imøtekommet og

forstått. Det er gjennom min praksis i mester elev forhold, som Martinsen beskriver eller modell – læring som jeg kaller det, for å bli en god sykepleier. Ved både å lære gode holdninger, og menneskekunnskap. Den erfarne viser og veileder sykepleierstudenten. Det gir studenten et handlingsreportoar og studenten må tilegne seg teoretisk kunnskap.

Læreprosessen er illustrert på side 195 i Martinsen (1989) som starter med skolen, undervisning, skjønn, intuisjon og fornuft, som knyttes til praksisplass, leder, forskning og fagopplæring som ender med dyktiggjøring, som er sykepleierens mål : ”Å handle ut i fra en indre forståelse for hva den andre trenger eller har behov for”. (Martinsen 1989:195)

Mitt ønske er å lære gjennom å skrive fortellingen og reflektere over min handling i situasjonen med Eva hva det vil si å utøve god sykepleie i situasjonen. Martinsen sier at omsorg er sykepleierens verdigrunnlag og at jeg må ha med kunnen for å handle både etisk og moralsk.

Når jeg leser fortellingen husker jeg godt at jeg hadde en dialog med meg selv for å finne ut hvordan jeg best skulle handle. Jeg snakket og argumenterte med Eva for å få henne bort fra ideen om å kjøpe rusmidler. Jeg følte meg trengt opp i et hjørne og vurderte hva jeg skulle gjøre. Det var mens jeg ventet på henne at jeg kjente på følelsen av skam og et klart spørsmål hvilken sykepleier blir jeg?

Når jeg dømmer meg selv at jeg ikke hadde med meg kunnskapen i situasjonen, men handlet ut i fra følelser og intuisjon, er jeg ikke sikker på at det stemmer. Hvis det er slik må jeg ta til etterretning og finne ut hvordan jeg skal handle for ikke havne i den sentimentale omsorgen. Jeg burde hatt mer tillit til Eva at hun kunne tatt mer ansvar for egen situasjon. Jeg burde heller ikke fortalt henne om mine følelser og gitt henne anledning til å forsvare seg. Jeg tenker at det den enes reaksjon på den andre som utspiller seg i situasjonen.

Selv om det ikke skal være normer som er styrende når handlingvalg skal tas, tenker jeg at vi har et lovverk som vi forholder oss til som blant annet er helsepersonell loven og yrkesetsike retningslinjer. De kan benyttes sammen med mine holdninger, etisk og moralske overveielser for mine valg og handlinger.

I lov om helsepersonell legges det vekt på at sykepleierens faglig forsvarlighet, kunnskapsbasert praksis, erfaringer og å se pasientens grunnleggende behov for nyttige tiltak. Å utføre god sykepleie er omsorg, innlevelse, respekt, vennlighet og ved å ta den andres perspektiv for å forstå den andre hva den mener. Det betyr ikke at sykepleieren er enig i alt



den andre sier og mener. Det som er helt klart i loven er at helsepersonell som utfører handlinger over for en pasient har et selvstendig ansvar for det de gjør. Lovens formål er å bidra til sikkerhet og kvalitet i helsetjenesten. Lov om helsepersonell § 4 sitat:

”helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjonen, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig” (Blix og Breivik 2006:13)

I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, er grunnlaget for sykepleie å møte pasienten med respekt, og likeverd, sitat :

*” Sykepleiefagets begrunnelse er mennesket selv og respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet skal prege praksis. Sykepleie skal fortsatt baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene.*

*Profesjonsetikken formulerer de faglige forutsetninger for at dette etiske grunnlaget kan realiseres i praksis. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere utdyper hvordan sykepleierens menneskesyn og grunnleggende verdier bør vernes i praksis, og konkretiserer hva vi strekker oss etter for å sikre god praksis innen profesjonen, og i møte med pasienten, pårørende, medarbeidere, arbeidsstedet og samfunnet ”*

<https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte>

## 5 Avslutning

Jeg har skrevet en fortelling om en situasjon fra praksis i sykepleierutdanningen. Det skrives frem spørsmål og tema. Jeg bruker fortellingen som metode og analyserer og drøfter den med relevant teori. Jeg har underveis søkt i litteraturen for å finne svar på de spørsmål om relasjonen, kommunikasjonen, skam og å utøve god sykepleie i situasjonen til Eva.

### 5.1 Hvilken innsikt har jeg fått og hva har jeg lært?

Den innsikt jeg har fått er at jeg burde vært mer tilstede med meg selv i situasjonen og lyttet mer til Eva. Hun burde fått anledning til selvbestemmelse og tatt mer ansvar for egne handlinger. Spørsmålet blir om samme situasjon ville ha oppstått? Det kan jeg ikke svare på fordi spørsmålet er hypotetisk? Det jeg har lært er at en situasjon er spesiell og mine handlinger vil stå i forhold til den. Gjennom sykepleierutdanningen har jeg fått innsikt i ulike sykepleieteorier, naturvitenskapelige menneskesyn, holistisk menneskesyn, prosedyrer, vitenskapsteorier, og blitt kjent med egne holdninger o. m. Jeg har fått en forståelse av at mitt holistiske menneskesyn er viktig i forhold til utøvelse av sykepleie, at jeg lyttet, anerkjente smerten og lidelsene til Eva og samtidig som jeg så hennes ” friske side ” ressursene. Det var gjennom samhandling vi fikk en god relasjon og tillit til hverandre. Det var i ”denne

situasjonen” jeg ble berørt og som utløste en mengde spørsmål til meg selv om handlingskompetanse, etikk, og følelser. Jeg har lært at det emosjonelle, intuisjon, faglig holdninger, etikk, kunnskapsbasert praksis, undring og refleksjon hører med til det å være en god sykepleier. Vi har fått ett ”grunnleggende handlingsreportoar” som vi kan benytte og utvikle videre som sykepleiere. Det gir meg et godt grunnlag som sykepleier, å møte ulike mennesker og situasjoner. Det er jeg selv som må ta ansvar gjennom min fantasi, spontane, og moralske overveielser for å finne ut hvordan jeg skal handle til beste for pasientene og pårørende. Det er ikke noe fasitsvar, ett hvert menneskemøte og en hver situasjon er spesiell. Det jeg ønsker er å bli ”dyktig sykepleier” og ivareta pasienten ut i fra den tause fordringen og handle uti fra den gylne regel.

Det er slik i livet at jeg kan ikke forutse hvilke situasjoner jeg møter og hvordan de utfordrer meg. Det er det som er spenningen i livet.

Det er gjennom refleksjon og undring jeg har skrevet denne oppgaven for å få en ny innsikt. Beck – Karlsen( 2003:109) skriver når vi reflekterer over våre erfaringer er det for å forstå, hva, hvordan og hvorfor det skjedde. Det er erfaringen som gir oss tilgang til innsikt og kunnskap, som vi ikke kunne fått på annen måte.

## Litteraturliste

### Pensumslitteratur

Aadland Einar (2009) ”Og eg ser på deg ....” *Vitenskapsteori i helse – og sosialfag*. Universitetsforlaget

Berit Støre Brinchmann (2008) *Etikk i sykepleien*. Gyldendal Akademiske

BlixEllen Støre og Breivik Solveig (2005) *Basisbok i sykepleie*. Fagboklaget

Dalland Olav (2002) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Gyldendal Akademiske

Eide & Eide (2007) *kommunikasjon i relasjoner, samhandling, konfliktløsning, etikk*. Gyldendal Akademiske..

Hummelvoll Jan Kåre (2005) *Helt – ikke stykkevis og delt*. Gyldendal Akademiske

Kari Martinsen (1989) *Fokus på Sygeplejen. Omsorg i sykepleien – en moralsk utfordring*. Villadsen & Christensen, København. Kompendium sykepleieteori og etikk. SY 195 H, SYN 195 H kull 0 9 H, kull 10 V. Bachelor i sykepleie. Høgskolen i Bodø

Skårderud F. Haugsgjerd S. Stanicke E (2010) *Psykiatriboken, sinn kropp, samfunn*. Gyldendal akademiske

### Selvvalgt litteratur (419 sider)

Evjen Reidunn, Kielland Knut Boe, Øiern Tone (2009) *Dobbelt Opp, om psykiske lidelser og rusmisbruk*. Universitetsforlaget. ( 16 sider)

Helsebiblioteket

<http://www.bmj.com/rapid-response/2011/10/27/all-solutions-lie-patients-we-need-listen>

( 1 side)

Karlsen Jo Beck (2003) *Gode fagtekster, essayskriving for nybegynnere*. Universitetsforlaget. (185 sider)

Martinsen Kari (2003) *Omsorg, sykepleie og medisin* Universitetsforlaget (83 sider)

Martinsen Kari (2012) *Løgstrup og sykepleien*. Akribe (198 sider)

Norman Malin (2013) *Artikkelsøk innenfor bacheloroppgaven: nettstudenter sykepleie* Universitetsbiblioteket i Nordland – Helgeland (33 sider)

## Psykisk Helse

<http://www.bladet.psykiskhelse.no/index.asp?id=28204> (1 side)

Fagerland Tone (2005) *Å tenke skriftlig over fortellinger fra praksis*. I Nordisk tidsskrift for helseforskning – vol 1, 1-2005. kompendium videreutdanning i psykisk helsearbeid. Kull 2011-2013. 1. studieår. Universitet i Nordland. (12 s.)

Thaagard Tove (2009) *systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Fagbokforlaget kap: 6,7 og 8 (75 sider)