



Institutt for sykepleie og helsefag  
Bachelor i sykepleie.

Kull 2006H

**BACHELOROPPGAVE I SYKEPLEIE**  
SY180H00

Våren 2009.

Å møte pasienter med dobbeltdiagnoser.

Forfatter: Kandidatnummer: 230

*Antall ord: 9380 ord.*

[Grøven, Trine]

## Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	Side 1
1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling.....	Side 1
1.2 Avgrensninger i forhold til problemstillingen.....	Side 2
1.3 Formålet med oppgaven.....	Side 2
1.4 Oppgavens disposisjon.....	Side 3
2.0 Metode.....	Side 4
2.1 Etske overveielser.....	Side 5
3.0 Egenerfart fortelling.....	Side 6
4.0 Teoridel.....	Side 8
4.1 Teori knyttet til diagnosen.....	Side 8
4. 1. 1 Dobbeltdiagnoser.....	Side 8
4. 1. 2 Alvorlig psykisk lidelse.....	Side 8
4. 1. 3 Rusbruk/misbruk.....	Side 9
4. 1. 4 Hjemmesykepleie.....	Side 9
4.2 Viktige momenter for å kunne møte pasienten på en verdig måte...	Side 10
4. 2. 1 Verdighet.....	Side 10
4. 2. 2 Kommunikasjon.....	Side 10
4. 2. 3 Menneskesyn.....	Side 11
4.3 Joyce Travelbee.....	Side 11
4. 3. 1 Menneske – til – menneske.....	Side 12
4. 3. 2 Menneske.....	Side 13
5.0 Drøfting.....	Side 14
5.1 Før jeg skal møte Terje foregår det mye.....	Side 14
5. 1. 1 Fordommene våre.....	Side 14
5. 1. 2 Hva skal egentlig en rapport inneholde?.....	Side 14
5. 1. 3 Mine, dine og våre holdninger.....	Side 15
5.2 Mitt møte med Terje.....	Side 16
5. 2. 1 Mine tanker på forhånd av møtet med Terje.....	Side 16
5. 2. 2 Kommunikasjon i møtet med Terje.....	Side 17
5. 2. 3 Å være pasient innenfor hjemmesykepleien.....	Side 18
5. 2. 4 Å ta en sjanse på å møte Terje og ikke bare sykdommen...	Side 18

5. 2. 5 Å skape en god relasjon.....	Side 19
5. 2. 6 Min egen usikkerhet trer frem.....	Side 20
5.3 Mine følelser i etterkant av møtet.....	Side 21
6.0 Avslutning.....	Side 23

## 1.0 Innledning

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema og valg av problemstilling.

Jeg har valgt temaet psykiatri og rus. Årsaken til at jeg har fått en interesse for dette området er at i vårt samfunn eksisterer det mange forforståelser av mennesker med kombinasjonen psykiske lidelser og rusmisbruk. Noen ser de psykiske lidelsene først, noen ser rusproblemene først, mens noen ser begge delene på en gang. Det fortelles mange historier rundt denne pasientgruppen både i media og i andre sammenhenger. Når media fokuserer på mennesker med kombinasjonen psykiske lidelser og rusmisbruk fremlegges det mye forskjellig, de har vanskelige levekår, det snakkes om ressursvake personer som ikke klarer å ta vare på seg selv, om lovbrudd og om at de har vært utilregnelig i gjerningsøyeblikket (Thommesen, 2008). Jeg har kommet frem til at jeg vil fokusere på pasienter innenfor hjemmesykepleien. Jeg har i forbindelse med oppgaven skrevet en egenfart historie for å belyse temaet og problemstillingen. Problemstillingen min er:

*”Hvordan kan jeg som sykepleier møte pasienter med dobbeltdiagnoser på en verdig måte?”*

Jeg har i flere anledninger opplevd usikkerhet rundt denne gruppen pasienter, både hos meg selv og andre sykepleiere. Usikkerheten går ofte ut på at vi er usikre på hva vi møter, er pasienten ruset og hvordan oppfører han/hun seg mot hjemmesykepleien i ruset tilstand? Usikkerheten går også ut på at man selv har erfart eller hørt om hendelser av negativ art, slik som trusler om vold eller lignende. Jeg opplever at vi er usikre på oss selv, i alléfall er jeg det. Mange sykepleiere er ikke kjent med sine egne holdninger rundt denne pasientgruppen. Eller kanskje er de kjent med holdningene, men ikke skjønner hvor mye de spiller inn på utførelsen av arbeidet. Jeg har selv kjent på en følelse av redsel når jeg skal til noen av pasientene med dobbeltdiagnose. Jeg kjenner at denne redselsfølelsen kommer litt av mangel på kunnskap, litt ut av påvirkning av media oppslag og sikkert ut av påvirkning av miljø og erfaringer. Og av denne nysgjerrigheten på hvorfor disse følelsene og tankene kommer, har jeg kommet frem til denne oppgaven. Jeg tror selv at ved bedre kunnskap om pasientgruppen, bedre innsikt i sine egne holdninger og hva disse holdningene gjør i møtene med pasientene vil vi mulig føle mindre usikkerhet i møte med pasientgruppen. Som videre vil føre til at vi møter pasientene på en verdig måte.

## **1.2 Avgrensinger i forhold til problemstillingen**

Med begrepet dobbeltdiagnose i min oppgave mener jeg pasienter som har en alvorlig psykisk lidelse og et kjent rusmisbruk. Jeg har valgt å ikke fokusere på noen spesifikk diagnose siden problemstillingen går ut på å møte pasientene på en verdig måte. Møtet med Terje i fortellingen min er et lite møte hvor han får medisinen sin i døråpningen, men hvor det står på programmet medisintildeling pluss eventuelt. Og det er dette møtet som er grunnlaget for oppgaveoppbyggingen min. Det er et kort og lite møte, men et viktig møte for meg. Jeg har måttet gjennomgranske meg selv for å få en forståelse av det. Hummelvoll skriver at et hvert møte mellom to mennesker vil bli stående som noe spesielt. Han skriver og at vi som sykepleiere opplever så mange av dem, at vi lett blir ufølsomme for hva de kan bety for pasientene. Og det er dette som har fanget oppmerksomheten min for å kunne møte Terje og andre pasienter med dobbeltdiagnose på en verdig måte. Jeg har gjennom oppgaven diskutert med meg selv om jeg skulle bruke begrepet "pasient" eller "bruker". Når vi bruker begrepet bruker får den hjelpetrequende en mer aktiv rolle enn som pasient. Det fokuserer mer på delaktighet og aktivitet. Det retter fokus på at brukeren skal få være med å ta valg angående sin egen livssituasjon og bruken av omsorgstjenester. Begrepet pasient defineres som en syk person, som får behandling som en syk person. Pasient begrepet gir assosiasjoner til en hjelpetrequende person. Pasienten blir sett på som en passiv mottaker og der er den faglige hjelperen som vet best (Fjørtoft, 2006). Jeg synes at det i akkurat denne sammenheng har vært vanskelig å bestemme hvilket begrep jeg skal bruke. Jeg har tilslutt landet på pasient begrepet for min oppgave. Jeg skulle gjerne hatt et begrep som var en blanding mellom begrepet bruker og pasient, da jeg egentlig ikke føler noen av dem samsvarer helt med mitt syn på Terje. Jeg har valgt å bruke pasient begrepet da Terje ikke har noen direkte medbestemmelses rett i forhold til medisinerne sine. Dette er viktige medisiner for at han skal klare sin hverdag hjemme og som vi har fått delegasjon fra legen å administrere riktig.

## **1.3 Formålet med oppgaven**

Hovedformålet med denne oppgaven er at det er min bacheloroppgave som er en del av sykepleiestudiet for at jeg skal få en fullført utdanning. Det jeg allikevel ønsker å oppnå med denne oppgaven er bedre kunnskap og forståelse rundt temaet og en trygghet selv i møtene med denne pasientgruppen. Jeg ønsker og at vi som sykepleiere og helsearbeidere er oss selv bevisst i møte med andre mennesker. Jeg håper vel også at min oppgave kan være til nytte for andre sykepleierstudenter og fremtidige arbeidskollegaer.

#### **1.4 Oppgavens disposisjon**

I innledningen presenterer jeg bakgrunn for valg av tema samt problemstillingen. Her under kommer også hvordan jeg har avgrenset problemstillingen, og formålet med oppgaven min. Så har jeg et eget kapittel for metoden, som inneholder beskrivelse av metoden og etiske overveielser. Som metode har jeg valgt å bruke en egenerfart historie. Denne har jeg plassert i et eget kapittel før teoridelen. I teoridelen presenterer jeg det jeg mener er relevant teori for min oppgave, her under kommer teori om diagnosen, teori som er relevant for å møte pasientene på en verdig måte og Joyce Travelbees teori om menneske - til – menneske – forhold. Og hennes teori rundt hva sykepleie er og hva hun legger i hva et menneske er. I drøftingen drøfter jeg fortellingen og mine tanker rundt den. Til slutt i oppgaven kommer avslutningen.

## 2.0 Metode

I dette kapitlet vil jeg presentere metodevalget for oppgaven og reflektere rundt dette valget.

*” 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, 2000:71).*

For å løse oppgaven min har jeg valgt å ta utgangspunkt i en fortelling som bygger på erfaringer fra egen praksis. Jeg har valgt denne metoden da jeg mener det vil være en fin måte å få avgrenset temaet i oppgaven på. Jeg vil da kunne bruke momenter fra fortellingen i drøftingen. Fortellingen er basert på egen erfaring fra å være vikar i hjemmetjenesten. Den tar opp en del problemer som er vesentlig i forhold til min problemstilling.

Å skrive et essay er både en undersøkelsesmetode og en litterær sjanger. Essayet tar utgangspunkt i en erfaring. Dette kan være egne eller andres erfaringer (Bech – Karlsen, 2003). Ved hjelp av å skrive et essay kan man utvikle problemstillinger og dilemmaer som ligger innbakt i fortellingen. Når man formulerer praksisopplevelser til en skriftlig fortelling, kan det være starten på en mer systematisk gjennomtenkning av praksis. En skrivemåte som tar utgangspunkt i en konkret fortelling og reflekterer over den, er egnet til å utvikle kunnskap om praksis (Fagerland, 2005). Mitt valg av metode kalles for en kvalitativ metode, siden jeg tar utgangspunkt i en fortelling og ikke i målbare enheter. Ved bruk av en kvalitativ metode ønsker jeg å gå i dybden, og å fange opp opplevelser og meninger som ikke lar seg tallfeste eller måle. Ved bruk av en slik metode får jeg også frem det særegne ved temaet mitt, jeg tar sikte på å få frem en sammenheng og en helhet, og å formidle forståelse av temaet. Den kvalitative metoden er også fleksibel og kan anvende ustrukturerte observasjoner (Dalland, 2000). Jeg har valgt en kvalitativ metode da jeg mener at min oppgave ikke kan måles i tall. Jeg har valgt å gå i dybden av observasjoner fra praksis, dette for å prøve å fange opp meninger og opplevelser (Dalland, 2000). Videre har min oppgave en hermeneutisk innfallsvinkel.

*”Hermeneutikken handler om å tolke og forstå grunnlaget for menneskelig eksistens. Derfor er denne tilnærmingen så viktig for alle som forbereder seg til å arbeide med mennesker” (Dalland, 2000:55).*

Hermeneutisk tolkning vil si at jeg prøver å finne de skjulte meninger i et fenomen og tolker disse. Og den som forsker med hermeneutisk innfallsvinkel må stadig skifte posisjon og veksle mellom helheten og utvalgte deler av temaet. Når vi som forskere har et hermeneutisk utgangspunkt nærmer vi oss det som skal utforskes med egen forforståelse. Våre tanker, inntrykk og følelser og den kunnskap vi har om temaet er en ressurs, og ikke et hinder for å tolke og forstå det vi vil finne ut av. Med begrepet forforståelse menes det at vi skal prøve å møte det fenomenet vi forsker på så forutsetningsløst som mulig, men det er ikke til å unngå at man har gjort seg tanker omkring det på forhånd. Vi må også være vår egen forforståelse bevisst og skrive den ned på forhånd (Dalland, 2000).

## **2. 1 Ethiske overveielser**

Jeg har gjort en del endringer i fortellingen min, både i forhold til Terje, miljøet og byen han befinner seg i. Dette er gjort for å anonymisere historien og for å overholde taushetsplikten min. Denne oppgaven er skrevet rundt egne observasjoner og refleksjoner. Dette betyr at mine opplevelser danner grunnlaget for oppgaven. Det blir derfor vanskelig å komme med bastante løsninger på problemløsningen (Dalland, 2000).



### 3.0 Egenerfart fortelling

Som student har jeg tatt ekstravakter i hjemmesykepleien, og her dukker det stadig opp nye brukere fra gang til gang jeg er på jobb. Siden jeg er så sjelden på jobb trenger jeg gode rapporter fra de som jobber der fast. Jeg har skrevet en egenerfart historie som belyser mye av det som har ført til at jeg ønsker å skrive om dette temaet.

Jeg møter på jobb til vanlig tid. På programmet jeg får utdelt er det et nytt navn, Terje Hansen, en ny bruker jeg ikke har vært til før. På programmet står det, medisinutdeling pluss eventuelt. Jeg spør de andre som er på om de kjenner til denne brukeren og hva de bruker å hjelpe han med? Jeg får til svar at han er rusmisbruker og i tillegg lider av schizofreni. Han er 35år, og har vært inn og ut av avrusning og psykiatriske behandlingsinstitusjoner den siste tiden. Han har nå kommet hjem og trenger oppfølging av hjemmetjenesten til medisinutdeling og annet han måtte trenge hjelp til. Jeg spør de andre om det er noe annet spesielt. Jeg får da til svar at det er nok å gi han medisinen i døråpningen og spørre om han har det bra. Jeg etterlyser det eventuelle som står på programmet, og får da til svar at han vil ikke ha noe mer enn det de har fortalt meg. Vi gjør det likt alle sammen sier de. Han liker det best slik. Ja, ja tenker jeg, da har han vel sikkert fortalt de hvordan han vil ha det. Jeg blir fortalt at jeg må være hos han akkurat kl.10. ikke før og ikke senere. Jeg merker en rar stemning når vi snakker om Terje. Jeg spør om det er noe jeg må være oppmerksom på når jeg er der? Da får jeg fortalt det ene tipset etter det andre, jeg må ikke vise usikkerhet, jeg må ikke være for sen, jeg må være forsiktig, jeg må ikke forvente at han snakker noe særlig, jeg må ikke snakke for mye, jeg må bare gi han medisinen og ikke forstyrre han mer enn det. Og jeg får i tillegg høre historier/erfaringer om andre rusmisbrukere og hva de har gjort.

Når jeg endelig drar ut for å jobbe er hodet fullpakket av informasjon, jeg kjenner meg usikker og redd for å gjøre noe feil. Jeg drar til en del pasienter før jeg skal til Terje. Noe uventet skjer slik at jeg blir forsinket i programmet og kommer litt for sent til Terje. Jeg kjenner jeg gruer meg når jeg parkerer bilen. Når jeg går mot døren er det mange tanker som surrer, jeg er redd for at han skal ha mange på besøk, at de er ruset, at han skal bli sint når jeg kommer for sent. Jeg tenker på alt de andre har sagt i forhold til hva jeg skal gjøre. Hva skal jeg si? Hva vil han si? Jeg puster dypt og prøver å roe meg litt. Jeg ringer på døra. En lyshåret, slank mann åpner døren, han smiler litt. Jeg kjenner meg straks roligere. Jeg presenterer meg med navn og sier at jeg kommer fra hjemmesykepleien. Han blir litt paff og tar meg i hånden

og presenterer seg. Jeg beklager at jeg er litt sen sier jeg, han smiler og sier: ” Det er da ingen fare.” Jeg gir han medisinen i døråpningen som de andre hadde sagt at de brukte å gjøre. Jeg står å venter og ser at han tar medisinen. Jeg føler meg igjen usikker, skal jeg tilby han noe mer hjelp, eller skal jeg bare dra igjen. Jeg har ikke mange sekundene på meg til å tenke, tankene surrer, klarer ikke å bestemme meg for hva som er rett. Faller tilbake på det de andre hadde sagt. Jeg ønsker han en fin dag og drar.

Jeg tenker over hele hendelsen gang, på gang. Klarer ikke å finne ut i hodet mitt hvorfor situasjonen ble som den ble. Følte i etterkant at det var et mislykket første møte. Ble jeg så styrt av de andre sine uttalelser på forhånd, eller møtte jeg noe helt annet enn jeg hadde forestilt meg. Jeg hadde forestilt meg at han kom til å være sur for at jeg var sen, at han ikke kom til å si noe særlig, ja jeg hadde mange negative tanker i hodet på forhånd. Jeg var redd og usikker på Terje når jeg kom, men når jeg dro følte jeg meg usikker på meg selv. Hadde jeg gjort en god jobb i dette møtet. Hva ville jeg gjort annerledes hvis han ikke hadde vært rusmisbruker? Når jeg kom inn til pause spurte de andre hvordan det hadde gått til Terje. Fortalte om at jeg hadde vært for sen. At jeg hadde presentert meg, men at han hadde blitt så paff, og at jeg hadde blitt usikker da. Fortalte at jeg ellers hadde gjort som de sa, ikke tilbydd noe ekstra enn medisinutdelingen. Jeg fortalte at jeg syntes møtet mellom meg og Terje ble rart. De andre skrøt av meg, de forklarte hvorfor han sikkert ble paff når jeg hilste på han. De hadde aldri hilst på han. De brukte bare å si at de kom fra hjemmetjenesten for å gi han medisin. Jeg ble overasket. Jeg turte etter hvert å spørre hvorfor de var redde når de dro dit? De svarte konsekvent at de hadde dårlige erfaringer med rusmisbrukere.

## **4.0 Teoridel**

I min teoridel har jeg valgt Joyce Travelbee som sykepleieteoretiker. Jeg mener at hennes teorier rundt menneske – til – menneske – forhold i sykepleie er noe som passer godt i forhold til min synsvinkel på oppgaven, da jeg fokuserer på å møte mennesket Terje med sin diagnose og ikke diagnosen med Terje på slep. Jeg vil si at teoridelen min er delt i tre hovedkapitler, med flere små under kapitler i hvert kapittel. I første del er det teori om dobbeltdiagnoser, hva som legges i rusbruk og rusmisbruk og hva som legges i alvorlig psykisk lidelse. Jeg har også tatt med teori om hjemmesykepleien, siden dette er arena for oppgaven. I neste del drar jeg inn teori rundt hva jeg mener er viktige momenter for å møte pasienter med dobbeltdiagnose på en verdig måte. Under dette kommer kommunikasjon, menneskesyn, og hva jeg legger i begrepet verdighet. Tilslutt har jeg med teori om Joyce Travelbee.

### **4. 1 Teori knyttet til diagnosen.**

#### **4. 1. 1 Dobbeldiagnoser**

Dobbeldiagnoser er blitt et kjent begrep, men hva betyr det egentlig?

*” Begrepet dobbeltdiagnoser vil si at en person har to selvstendige medisinske diagnoser. Begrepet er blitt brukt spesielt om kombinasjonen psykisk lidelse eller alvorlig personlighetsforstyrrelse kombinert med rusmisbruk” (Evjen, Øiern & Kielland, 2003:24).*

Kunnskapen om dobbeltdiagnoser er fremdeles så fersk at den ikke har fått nedfelt seg i noe lovverk. Dette fører blant annet til at fremdeles er mye av hjelpeapparatet mangelfullt utbygd, og fører til lange ventelister (Bratteteig, Hove & Aakerholt, 2006).

#### **4. 1. 2 Alvorlig psykisk lidelse**

Psykiske lidelser er kjent for mennesker i alle kulturer. Ut i fra hvilken kultur og samfunn det opptrer i får de forskjellige årsaksforklaringer basert ut fra det, selv om en del adferdsmønstre betraktes likt i flere kulturer. Hummelvoll skriver at Pasquali har definert psykisk sykdom 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, 2005:5).*

#### **4. 1. 3 Rusbruk/misbruk**

Vi benytter ordet rus på to ulike måter i hverdagslivet. Vi bruker det for å beskrive positive sinnstemninger som for eksempel lykkerus, kjærlighetsrus. Vi bruker også ordet rus om ekstase eller beruselse stimulert utenfra, altså en kjemisk rus (Thommassen, 2008). Vi finner bruk av rusmidler i alle kulturer. Gjennom alle tider har menneskene brukt ulike rusmidler for å fremkalle feststemning, ekstase eller grenseoverskridende opplevelser. Det er rusmidlenes evne til å påvirke hjernen som utgjør faren for misbruk, avhengighet og alvorlige skadevirkninger. Med misbruk menes når bruken av rusmidler overskrider forskrevet eller sosialt akseptert bruk. Det vil si at bruk av medisiner utover forskrevet dose vil gå inn under misbruk. Og siden alkohol er det eneste legale rusmidlet i Norge, vil bruk av illegale rusmidler gå inn under rusmisbruk. Rusmisbruk kan videre føre til avhengighet, som fører til et psykisk eller fysisk behov for å bruke rusmidlet., selv om det har uønskede konsekvenser (Engelstad Snoek, & Engedal, 2004).

#### **4. 1. 4 Hjemmesykepleie**

Hjemmesykepleie er et tilbud for hjemmeboende for å få pleie og omsorg ved sykdom, svekket helse, alderdom eller en livssituasjon. Det er ingen begrensning i alder eller sykdom for å få hjemmesykepleie, men det er et tilbud når en har behov for nødvendig helsehjelp hjemme. Et overordnet mål for hjemmesykepleiens arbeid er at:

*”Brukeren skal få hjelp til å mestre hverdagen i sitt eget hjem”. (Fjørtoft, 2006;15)*

Å mestre hverdagen vil ha forskjellig betydning for hver enkelt pasient. I min historie får Terje hjelp til en bedre hverdag i sitt eget hjem ved at han får medisinen han trenger på rett måte og til rett tid.

*”Hjemmesykepleie handler om å arbeide med mennesker og møte deres behov, og menneskesynet vårt er derfor vesentlig. Menneskesynet er et overordnet verdisyn som styrer oss, bevisst eller ubevisst, og som påvirker hvordan vi behandler mennesker” (Fjørtoft, 2006:12).*

## **4. 2 Viktige momenter for å kunne møte pasienten på en verdig måte**

### **4. 2. 1 Verdighet**

For å kunne svare på min egen problemstilling er det viktig å ha klart for seg hva jeg legger i begrepet verdighet.

*”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 fra kjønn, klasse, sosial status eller lignende” (Henriksen og Vetlesen 2001:125)*

Ut i fra det Henriksen og Vetlesen skriver har alle mennesker verdighet bare ut i fra det å være menneske. Alle som en er vi like mye verdt. Så når vi skal møte pasienter på en verdig måte, må vi som sykepleiere først og fremst ivareta deres menneskeverd.

### **4. 2. 2 Kommunikasjon**

I kommunikasjon med andre mennesker er det viktig å tenke over hvordan vi kommuniserer og hva vi kommuniserer. Vi kommuniserer både verbalt og nonverbalt. Nonverbal kommunikasjon har en viktig rolle for selve relasjonen mellom sykepleieren og pasienten, og kan være viktig kilde for å få forståelse for hverandre. Sykepleierens nonverbale språk er med på å forme pasientens opplevelse av relasjonen. Dette er særlig viktig når man jobber med personer med psykiske lidelser, man må da vinne tilliten til pasienten på en mye større måte enn med pasienter med somatiske sykdommer. Når man tenker på nonverbal kommunikasjon i profesjonell sammenheng er det to viktige ting å ha med seg. Det første er å observere seg selv og være klar over hvilke signaler man sender ut med kroppsspråk og ansiktsuttrykk. Hvis den nonverbale kommunikasjonen og den verbale kommunikasjonen ikke samsvarer med hverandre fører dette lett til forvirring og frustrasjon hos den andre, og er med på å skape uro, usikkerhet og å redusere tillit. Hvis det derimot er samsvar mellom verbal og nonverbal kommunikasjon vil det oppmuntre, berolige og stimulere den andre, for eksempel til å snakke videre og dele følelser. Det andre er å observere den andre. Hvis man er flink å observere nonverbal kommunikasjon hos andre kan man få tak i viktig informasjon som man kanskje ikke vil få tak i på andre måter. Dette kan være grunnlag for direkte fortolkninger og undersøkelse gjennom spørsmål og kommentarer (Eide & Eide, 1996). Jeg tar også med Travelbees syn på kommunikasjon. Hun sier at i alle møter mellom sykepleier og den hun har

omsorg for foregår det kommunikasjon. Når de snakker og når de er stille. Både sykepleieren og pasienten kommuniserer gjennom sitt utseende, sin atferd, holdning, ansiktsuttrykk og manerer. Begge kommuniserer, enten de gjør det bevisst eller ikke. Sykepleieren må være i stand til å forstå hva pasienten kommuniserer. Hun må også vite om det foregår kommunikasjon, hva som kommuniseres i sykepleiesituasjonen. Kommunikasjon er en god måte for sykepleieren å etablere et menneske -til- menneske forhold til pasienten. Vil komme tilbake i teorien rundt Joyce Travelbee i neste kapittel hva ett menneske – til – menneske – forhold vil si. Sykepleierens følelser og tanker for den personen hun samhandler med, vil alltid kommuniseres til personen, og det samme gjelder sykepleierens grunnleggende intensjoner. Det som kommuniseres i sykepleiesituasjoner er det grunnleggende for om sykepleieren er i stand til å bli kjent med den hun har omsorg for eller om det blokkerer for denne prosessen. Det som kommuniseres kan hjelpe sykepleieren til å få kontakt med pasienten, eller det kan ødelegge for en god kontakt.

#### **4. 2. 3 Menneskesyn**

Menneskesynet vårt påvirker synet vårt på sykdom og helse. Det er grunnleggende i alt hjelpearbeid at vi forstår det mennesket vi skal hjelpe. Vi må prøve å få et innblikk i pasientens perspektiv og opplevelse av verden.

*”Et menneskesyn uttrykker i vesentlig grad hvordan vi forstår oss selv og andre som mennesker. Det kan være av stor betydning for hvordan mennesker forholder seg til hverandre, og virker formende på avgjørelser og valg som blir tatt. Menneskesynet representerer grunnleggende verdier som formes tidlig i livet og kommer til syne gjennom holdninger og praktiske handlinger” (Brinchmann, 2005:23).*

#### **4. 3 Joyce Travelbee**

Travelbee tar opp mange sentrale temaer i sin bok som jeg synes er relevant for min oppgave. Det viktigste omhandler menneske – til – menneskeforholdet innenfor sykepleie. Som treffer bra i forhold til at jeg ønsker å finne metoder for å møte mennesket med dobbeltdiagnose på en verdig måte i min oppgave. Travelbee definerer sykepleie slik:

*”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge*

*eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene” (Travelbee 1971:29).*

Å bruke seg selv terapeutisk hører i følge Travelbee med i sykepleien. Hvis man gradvis får økende selvinnsikt, vil man bli i stand til å gi slipp på automatiske og forhåndsdømmende reaksjoner, og etablere nye og mer realistiske relasjoner til andre. Det handler om å ha evnen til å bruke seg selv og sin personlighet bevisst og etablere et forhold til den syke. For å lykkes her kreves det at sykepleieren har selvinnsikt, selvforståelse, innsikt i drivkreftene bak menneskelig atferd, evnen til å tolke både egen og andres atferd. Det handler altså om som sykepleier å ha god innsikt i det å være menneske (Travelbee, 1971).

Det er viktig å vite at en sykepleier er et menneske på samme måte som alle andre.

Hovedforskjellen er at en sykepleier har noen spesialiserte kunnskaper og bruker denne kunnskapen til å hjelpe andre mennesker (Travelbee, 1971).

#### **4. 3. 1. Menneske til menneske**

Travelbee skriver også at det er vesentlig å anta at sykepleierens mål og hensikt oppnås gjennom å etablere et menneske- til – menneske- forhold.

*”Et menneske – til – menneske -forhold i sykepleie er en eller flere opplevelser og erfaringer som deles av sykepleieren og den som er syk, eller har behov for sykepleierens tjenester. Det vesentlige ved disse opplevelsene og erfaringene er at individets, familiens eller samfunnets sykepleiebehov blir ivaretatt. Et menneske – til – menneske – forhold blir av den profesjonelle sykepleieren målbevisst etablert og opprettholdt” (Travelbee 1971:41).*

Å oppnå et menneske – til – menneske – forhold er et virkemiddel i sykepleiesituasjoner som gjør det mulig å oppnå sykepleiens mål og hensikt. Som går ut på å hjelpe personer med å forebygge eller mestre sykdom og lidelse, og hjelpe han eller hun med å finne en mening i sykdommen. All kontakt mellom sykepleieren og den hun har omsorg for, kan være et skritt på veien mot menneske – til – menneske – forholdet. Det gjelder spesielt hvis sykepleieren går bevisst inn for å lære den syke å kjenne, og finner ut behovene til pasienten og klarer å ivareta disse. Et menneske – til – menneske – forhold kommer ikke av seg selv. Et slikt forhold er noe som må bygges opp over tid, med samhandling med pasienten og andre.

### 4. 3. 2 Menneske

For å forstå bedre hva som menes i menneske – til – menneske - forholdet tenkte jeg at det ville være fornuftig å ta med Travelbees definisjon av et menneske. Travelbee sier at;

*”Mennesket er et unikt og uerstattelig individ – en engangsføreteelse i denne verden, lik og samtidig ulik alle andre mennesker som noen gang har levd eller vil komme til å leve. Mennesket er en biologisk organisme som påvirker, influeres og endres av arv, miljø, kultur og alle erfaringer det møter, tar inn over seg eller viker unna”*

(Travelbee 1971:54).

Et utgangspunkt i møte med mennesker i følge Travelbee er at mennesker er mer forskjellige enn de er like. Mennesket har en særegen evne til å huske fortiden og å forutse fremtiden, samtidig som det lever i nåtiden. At vi som mennesker har denne evnen er både en velsignelse og en byrde. Man kan minnes både lykkelige tider og sørgelige tider. Ved å ha evnen til å huske kan mennesket lære av tidligere erfaringer.



## **5.0 Drøfting**

Drøftingen i oppgaven min blir å dreie seg om den egenerfarte historien som ligger til grunn for selve oppgaven. Historien handler om hva som ligger i forkant av møtet med Terje, hva som skjer i møtet med Terje og mine tanker i etterkant av møtet.

### **5.1 Før jeg skal møte Terje foregår det mye...**

#### **5. 1. 1 Fordommene våre**

Fortellingen om Terje starter med egne og andres tanker. Rapporten på begynnelsen av vekten er preget av sykepleiernes egen tolkning på hvordan Terje er, hvilke ønsker han har og hvordan han har det. Jeg får det ene tipset etter det andre, mye basert på tidligere erfaringer hos andre pasienter. De sier jo at jeg må være forsiktig, ikke vise at jeg er usikker og mye mer. Jeg vil si at rapporten egentlig er preget av fordommer, eller kanskje det rette ordet er forhåndsdomming. Hvis vi forholder oss til de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere så kommer det frem at vi som sykepleiere skal ivareta pasientenes verdighet og integritet, og at pasientene har rett til å være medbestemmende og de har retten til ikke å bli krenket. Når vi baserer rapporten på egen tolkning har ikke Terjes medbestemmelsesrett vært til stede på forhånd. Hadde Terje vært med og bestemt hva møtene mellom han og hjemmesykepleien skulle innebære, ville ikke rapporten ha inneholdt mest antagelser om hvordan vi trodde Terje ville ha det når vi kom til han. Jeg har spørsmål rundt Terjes situasjon i begynnelsen av rapporten, men blir utover i fortellingen farget av de andres holdninger og tanker. Vi sammenligner Terje med andre pasienter med lignende diagnoser og vi setter alle i samme bås. Med samme bås mener jeg at vi klassifiserer disse pasientene med at de som oftest har lik oppførsel da de har lik diagnose. I følge Travelbee er mennesker mer ulike enn de er like. Hvis vi hadde tenkt slik under rapporten ville vi forhåpentligvis ikke satt de i samme bås selv om de har like diagnoser. Det er ofte vanskelig å være bevisst på hvor forskjellige vi mennesker er. Jeg synes det er spesielt viktig når vi jobber med psykisk syke å huske på hvor forskjellige to pasienter med samme diagnose kan være. Da både personlighet og symptomer kan være forskjellige.

#### **5. 1. 2 Hva skal egentlig en rapport inneholde?**

Min oppfatning av en rapport er at det skal gi betydningsfull informasjon om pasienten, slik at jeg kan gi pasienten en best mulig behandling. I dette tilfellet vil det være å møte Terje på en

verdlig måte. Heggdal skriver at vi skal gjøre en faglig vurdering i all form for dokumentasjon. Muntlig rapport til hverandre er en form for dokumentasjon og vi må gjøre de samme vurderingene her. Vi skal oppsummere det vi vet om pasienten, og hva vi mener er den beste sykepleien i den aktuelle situasjonen. En slik vurdering må vi basere på relevante og oppdaterte opplysninger som vi har samlet inn. Jeg vil ikke si at rapporten jeg fikk om Terje var basert på innsamlede, relevante opplysninger. Jeg vil si jeg er mer forvirret når jeg drar ut, enn jeg var når jeg fikk programmet hvor det stod et nytt navn. Da vil jeg si at rapportens egentlige mening har sviktet. En mulighet her kan være å spørre Terje om vi kan lage en datasamling. Da det er viktig å ha fokus på at Terje er primærkilden for innsamling av data (Heggdal, 2006). Det vil være viktig å forklare Terje hvilke fordeler en datasamling vil ha og hva en datasamling inneholder. Hadde vi hatt en datasamling på Terje ville nok rapporten forholdt seg annerledes. Datasamlingen kunne inneholdt hva Terje så for seg når vi kom, hva som var viktig for Terje og hva han verdsatte i dagliglivet. Den kunne og inneholdt noe av forhistorien til Terje. Rapporten ville da ikke basert seg på erfaringer fra andre pasienter og egne tanker om hvordan møtet kan komme til å være. Og en ville slippe usikkerheten på hva det eventuelle på programmet betyr for Terje. Terje ville også slippe de samme spørsmålene hver dag og vi ville nok være mindre usikker i møtet med han. Det jeg synes er så spennende med denne pasientgruppen er nemlig at pasientene kan være så forskjellige. Alle har de sin egen historie som har ført de der de er i dag. Alle opptrer de ikke likt i ruset tilstand, eller i rusfri tilstand. Det er nemlig dette jeg vil ha innblikk i på en rapport. Så når jeg spør de andre om det er noe spesielt jeg må være oppmerksom på så er det dette jeg vil ha tak i. Det særegne med Terje, hans kommunikasjonskapasitet, vaner og interesser, hvordan han ser på sin egen situasjon og hvilken rolle han ser for seg at vi skal ha i hans hverdag (Heggdal, 2006). Jeg vil ha et inntrykk av hva jeg kan møte dersom Terje har gode eller dårlige dager, hvis det er merkelig forskjell på hans væremåte på disse dagene. Når jeg tenker på denne rapporten føles det ikke verdig overfor Terje. Som det står overfor i utdrag fra de yrkesetiske retningslinjene, så har Terje retten til ikke å bli krenket. Jeg kjenner litt på følelsen av at Terje blir krenket av de forhåndsdommingene som blir gjort. Terje vet jo selvsagt ikke hva som blir sagt om han, men jeg vil allikevel si at rapporten er krenkende når den inneholder mye egne tolkninger rundt Terje.

### **5. 1. 3 Mine, dine og våre holdninger.**

Jeg vil påstå at for å kunne møte Terje på en verdig måte må vi vite hvilke standpunkt og holdninger vi selv har. Vi må som sykepleiere være bevisst hvor stor betydning egne

holdninger har, både de vi er bevisst og de som ligger mer skjult for oss. Under vår rapport legges også grunnlaget for selve møtet med Terje. De holdningene vi presenterer her vil ha betydning for selve møtet. Hva ligger til grunn for holdningene våre og vår forforståelse av Terje? Gjennom hele sykepleiestudiet har jeg lært at vi skal ha gode holdninger og behandle pasientene med verdighet. Å ha gode holdninger og behandle pasienter med verdighet høres jo i grunn ut som en lett oppgave. I gode holdninger legger jeg at vi møter et hvert menneske på lik linje med en selv. At vi er etisk bevisst, viser rettferdighet, og tar ansvar ligger også i det å ha gode holdninger (Nortvedt, 1998). Når jeg bestemte meg for å bli sykepleier hadde jeg et ønske om å kunne hjelpe andre mennesker uansett lidelse og ha muligheten til å gjøre deres liv bedre. Når jeg som mange andre har dette ønsket skal jo gode holdninger og det å møte pasienter med verdighet være en selvfølge. Allikevel misslykkes vi noen ganger. En årsak til det kan være at det er ikke så lett som det høres ut i teorien, alle blir vi farget av tidligere opplevelser, og egne holdninger kan raskt dukke opp uten at vi er bevisst at de er der. Som sykepleiere skal vi allikevel forholde oss profesjonelle og sette våre egne, private holdninger og erfaringer til side. Dette føles ikke alltid som en lett oppgave. Travelbee sier at som mennesker har vi en særegen evne til å huske fortiden og å forutse fremtiden, samtidig som vi lever i nåtiden. Det er dette som gjør det vanskelig å møte mennesker med blanke ark. Når jeg drar til Terje har jeg altså opplevelser fra fortiden i bagasjen som gjør at mitt møte med han kan bli farget av dette, i tillegg har jeg en forestillingsevne om hva som kan skje. Jeg skjønner da hvorfor vi som sykepleiere kan misslykkes i møtet med pasientene, er vi ikke bevisst hva vi har med oss i møtet kan det lett dukke opp tidligere erfaringer og forestillinger som kan prege møtet med pasienten.

## **5. 2 Mitt møte med Terje**

### **5. 2. 1 Mine tanker på forhånd av møtet med Terje**

Jeg skriver i historien at jeg gruer meg på forhånd av møtet. Selv synes jeg ikke at det er verdig for Terje at jeg gruer meg til mitt første møte med han. For å få et godt møte med Terje må jeg stille meg åpen og legge bak meg gamle erfaringer med andre pasienter. Med dette mener jeg selvsagt ikke at vi ikke skal bruke det vi kan og har lært av møter med andre pasienter, men at vi skal huske at ingen er like og vi må være åpen for at Terje kan være ulik de andre pasientene vi har møtt med en slik diagnose. Et første møte med et annet menneske legger ofte grunnlaget for hvordan de neste møtene blir. Jeg får også fortalt hva jeg skal gjøre i møtet med Terje, og blir fortalt akkurat hvordan de andre gjør det. Dette vil føre til at vi alle

oppfører oss kunstig i møtet med Terje. Jeg har tenkt tanken om jeg var meg selv og kun meg selv i møtet med Terje eller om jeg ble påvirket av de andres tanker. Jeg ble nok en del preget av hva de andre hadde sagt. Jeg var nervøs for at jeg var for sen, dette hadde jeg nok ikke vært like nervøs over hadde ikke de andre poengtert det så kraftig på forhånd at jeg måtte være presis. Jeg var også nesten litt redd for å gjøre noe feil, for å si noe galt i møte med Terje. Jeg følte ikke at jeg åpen for å møte et nytt menneske. Jeg kjenner selv på hvor stor betydning dette hadde for min væremåte i møtet med Terje. Jeg føler allikevel at jeg fikk frem meg selv slik jeg er som sykepleier. Jeg var meg selv på de områdene hvor de ikke hadde sagt noe om hvordan de var, slik som å hilse på Terje og beklage at jeg var for sen. Selv om vi har samme utdanning er vi alle forskjellige i personlighet, og vil normalt møte pasienter med en viss forskjell. For med hvilken annen pasientgruppe opptrer vi som sykepleiere helt likt overfor alle pasientene? Jeg vil tippe de fleste svarer ingen... Hadde jeg vært Terje så ville jeg nok reagert hvis alle sykepleierne som kom opptrådte helt likt. Jeg tror ikke Terje vil føle seg møtt på en verdig måte ved at vi alle opptrer likt.

### **5. 2. 2 Kommunikasjon i møtet med Terje**

Hvis vi tenker over at i kommunikasjon med andre mennesker er det viktig hvordan vi kommuniserer og hva vi kommuniserer (Eide & Eide, 1996). Jeg følte jeg møtte Terje, jeg presenterte meg og tok han i hånda. Jeg fikk et inntrykk av at han ble paff av at jeg strakte ut hånda for å hilse på han. Han reagerte ikke umiddelbart med å rekke ut hånden, han åpnet øynene litt ekstra å så på meg og rygget nesten litt bak. Jeg tolket det som om han ble paff ut i fra dette kroppsspråket hans. Selv om han ga et første inntrykk av at han ble paff, tok han meg i hånden og hilste. Jeg kan godt si at jeg møtte noe helt annet enn jeg hadde forestilt meg i hodet de timene før jeg skulle til Terje. Jeg møtte en hyggelig mann. Like hyggelig som hvilken som helst annen pasient i en hvilken som helst pasientgruppe. Det jeg hadde grudd meg til viste seg altså å være helt feil. Eide og Eide skriver at vårt nonverbale språk er med på å forme pasientens opplevelse av relasjonen. Jeg har tenkt på hva mitt nonverbale språk sa til Terje i møtet vårt, jeg tror selv at når jeg strakte ut hånden for å hilse på han så følte han seg møtt av meg. Jeg har i grunn tenkt litt over om jeg var bevisst på mitt nonverbale språk i møtet med Terje. Tror ikke selv at jeg var det bevisst i selve situasjonen, men at jeg gjorde det som følte seg naturlig for meg. For meg er det normalt å hilse på mennesker jeg møter, det er også vanlig for meg å beklage når jeg er forsinket. Dette gjelder både i privat sammenheng og i pasientmøter. Travelbee skriver at sykepleieren og pasienten kommuniserer gjennom sitt utseende, sin atferd, holdning, ansiktsuttrykk og manerer. Begge gjør vi det enten det er

bevisst eller ikke. Når jeg møter Terje i døren så smiler han litt, som fører til at jeg blir litt roligere. Han smiler også når jeg beklager at jeg er for sen, som gir meg et inntrykk av Terje som en blid og hyggelig mann. Jeg håper at ved min holdning om å strekke ut hånden å hilse på han så gir det han et godt inntrykk av meg og min holdning til han som menneske. Ved at vi plukker opp hva hverandre kommuniserer nonverbalt og verbalt fører det til en god kontakt.

### **5. 2. 3 Å være pasient innenfor hjemmesykepleien.**

Når vi arbeider i hjemmesykepleien er det viktig å huske på at vi er på pasientens hjemmebane. Så når vi kommer til Terje må vi ha respekt for hans privatliv og at hans egne grenser blir overholdt. Hvordan vet vi hva Terjes grenser er? Jeg vet de ikke i dette lille møtet mellom meg og Terje. Jeg har bare forespeilet meg de på forhånd. Da det under rapporten ble sagt at Terje liker det best slik. Vi gjør det alle sammen likt. Så gjør jeg det faktisk bare slik jeg og. Noe jeg ergrer meg litt over i etterkant. Kanskje ønsket han at jeg skulle komme inn. Jeg tenker selv at jeg normalt kanskje ville spurt Terje om å få komme inn, og så se hva hans kroppsspråk og han selv sa. Jeg var vel egentlig i dette møtet mer opptatt med å overholde de grensene vi hadde satt for Terje på forhånd. Å trø varsomt frem er noe vi burde gjøre i alle situasjoner i hjemmesykepleien, da vi jobber i andres hjem. Jeg vil si at å overlevere medisinen til Terje kan gjøres på flere måter og vi burde ikke ha det som fast prosedyre at han skal få den i døråpningen. Terje er avhengig av den medisinen han skal ha for å få en fungerende hverdag, vi må derfor ha det som hovedfokus og som mål å gjøre det uten å trå over grenser eller privatliv. En del av dette vil være å vise Terje at jeg har respekt for han. Slik at jeg beklaget at jeg kom for sent. En annen mulighet vil være å ringe på forhånd Terje å si at jeg blir litt forsinket. Terje er låst til hjemmet sitt til vi har vært der med medisinen hans, dette må vi huske på i en stressende hverdag hvor tiden noen ganger går alt for fort. Kanskje var det dette som var årsaken til at jeg under rapporten fikk klar beskjed om at jeg måtte være til Terje akkurat kl.10. For at Terje skal slippe å forholde seg til så mange forskjellige sykepleiere, som det ofte blir i hjemmesykepleien, kan det være en fordel for pasienter som Terje at man har primærpersoner som i hovedsak drar til dem. Dette vil gjøre at Terje får færre personer å forholde seg til og at vi lettere kan skape et tillitsforhold til hverandre.

### **5. 2. 4 Å ta en sjanse på å møte Terje og ikke bare sykdommen.**

Fjørtoft skriver at omsorg for rusavhengige kan oppleves som krevende. Som sykepleier må vi ta del i andre menneskers lidelser, deres dårlige helse og deres kanskje dårlige livsvalg. Vi kan også oppleve problemer med utagering og truende atferd. Rusmisbrukere kan ha en

uforutsigbar atferd, og formen deres kan variere mye fra dag til dag. En vil oppleve at mange rusmisbrukere ikke er mest opptatt av helseplagene sine, men hvordan de blir møtt og behandlet av oss som sykepleiere. De trenger å bli behandlet med respekt og likeverdighet. Slår jeg opp likeverdig i norsk ordbok så står det like verdifull, jevngod. Altså lik meg, deg og alle andre i grunn, slik jeg tolker det. Det åpner mine øyne. Jeg ser at det Fjørtoft skriver er mye av grunnen til at mange av oss gruer seg til møtene med Terje. Vi er redde for å oppleve vold, vi er redde for hva vi skal møte. Vi er farget av møtene med andre i denne pasientgruppen. Jeg ser og opplever selv vanskeligheten med dette. Selvsagt skal vi ikke utsette oss selv for farer i arbeidstiden. De fleste arbeidsplasser har rutiner rundt dette med truende oppførsel hos pasienter. I tilfellet rundt Terje var det ingen som hadde opplevd truende atferd hos han. Jeg er av oppfatningen at vi må tørre. I samhandling med denne pasientgruppen er det å tørre å ta en sjanse viktig, hvis ikke oppnår vi ingenting. Å ta sjansen på å stole på dem, å ta sjansen på å møte de der de er, og også å ta sjansen på å bli skuffet. Jeg tror at vi tåler mye bedre å føle oss avvist enn om en pasient som Terje skulle føle seg avvist av oss.

### **5. 2. 5 Å skape en god relasjon.**

Fjørtoft skriver at å skape en god relasjon til pasienten er ofte nødvendig for å kunne hjelpe. Når vi kommer til pasientene kan mange være skeptiske og mistenksomme til å slippe inn fremmede i hjemmet sitt. En stor utfordring for oss da er å få etablert et gjensidig tillitsforhold. For å få til dette må vi vise respekt og være til å stole på. Og i tillegg til gode fagkunnskaper betyr det mye at vi blir kjent med pasienten og lærer av han hva vi kan hjelpe med. I mitt møte med Terje opplever jeg han verken som skeptisk eller mistenksom til meg. Jeg opplevde at Terje tok godt i mot meg, selv om vi bare møttes i døren. Han viste godt hvorfor jeg kom og tok medisinen uten at jeg måtte forklare noe mer om det. Når Fjørtoft skriver at vi må skape en god relasjon skjønner jeg godt hva hun mener, men i et tilfelle som Terje hvor jeg leverer medisin og skal se at han tar den, trenger vi egentlig ikke å ha noen annen relasjon enn sykepleier – pasient, noe annet er det når jeg skal tilby Terje det eventuelle og han skal ha tillitt til å si om det er noe han trenger. I følge Travelbee vil ett sykepleier – pasient - forhold si at vi har en stereotyp holdning til hverandre, jeg kategoriserer Terje som pasient, og han kategoriserer meg som sykepleier, uten at vi ser individuelle forskjeller hos hverandre. Selv mener jeg at jo bedre relasjon vi klarer å skape jo bedre vil møtene mellom meg og Terje bli, og etter hvert kan vi få et gjensidig tillitsforhold. Et gjensidig tillitsforhold kan gjøre at min usikkerhet rundt møtene med Terje forsvinner. Jeg vil få en trygghetsfølelse

og negative tanker vil forsvinne. Travelbee skriver som nevnt tidligere i oppgaven om menneske – til – menneske – forhold, klarer vi å oppnå et slikt forhold vil vi komme forbi sykepleierollen og pasientrollen og vi vil møte hverandre som likeverdige mennesker. Dette tror jeg helt klart vil ha stor betydning for Terjes opplevelse av møtene med oss. Det vil for meg være vanskelig å skulle oppnå et slikt forhold til Terje med bare å levere medisinen i døren til han en gang i blant. Jeg mener for at jeg og Terje skal kunne gå videre fra sykepleier- og pasientrollen må vi bli kjent med hverandre over tid, og bygge opp relasjonen og tillitsforholdet til å bli et menneske – til – menneske – forhold.

### **5. 2. 6 Min egen usikkerhet trer frem.**

Fjørtoft skriver at en stor utfordring innenfor dette feltet er rusmisbrukerens helsetilstand. Ofte har de krevende og sammensatte helseplager, som setter store krav til vår kunnskap som sykepleiere. Vi som sykepleiere har ofte lite kunnskap om denne pasientgruppen og deres helseplager, og mange synes det er vanskelig å jobbe med denne pasientgruppen. Det er viktig at vi som sykepleiere har kunnskap og kjenner til tiltak og tjenester for rusmisbrukere i vår kommune, og at vi samarbeider med aktuelle parter rundt pasienten.

Å gi medisinen til Terje i døråpningen på en rask måte er en betryggende arbeidsmåte for oss. Vi beskytter oss hvis det skulle oppstå en ubehagelig situasjon, og vi sikrer oss mot å ikke overskride Terjes grenser. Eller er det våre egne grenser vi sikrer oss mot? Siden vi egentlig ikke vet hvor Terjes grenser går så er det vel større sannsynlighet for at det er våre egne grenser vi beskytter oss mot. Til de fleste andre pasienter går jeg inn og gir de medisinen, hvorfor står jeg ute i dette tilfellet? Jeg kan jo også spørre meg selv om jeg overholder taushetsplikten min i en slik situasjon? Helsepersonelloven sier at vi som sykepleiere skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om pasienters sykdomsforhold eller andre personlige forhold som vi får vite om i egenskap av jobben vår. Tenker jeg over situasjonen med at Terje får medisinen utlevert i døren, så kan jo andre utenforstående lett få med seg hva vi gjør hos Terje. Etter min vurdering overholder vi ikke taushetsplikten i en slik situasjon som at Terje får medisinen i døråpningen. Jeg tenker og på at jeg ikke spør Terje om å få komme inn. Jeg er styrt av hva de andre sier, jeg er og styrt av min egen usikkerhet, en usikkerhet på hva Terje vil si til et slikt tilbud og en usikkerhet på hva som kan forvente meg hvis jeg får komme inn.

I min historie ville ingen tilby Terje det eventuelle som stod på programmet, eller det var kanskje ingen som turte. Det kreves mye av oss som sykepleiere for å tilby om det er noe mer han trenger hjelp til, dette er nok for at vi ikke vet hva som venter oss etter vi har tilbydd

Terje dette. Jeg skrev tidligere i oppgaven at hjemmesykepleiens overordnede mål er at brukeren skal få hjelp til å mestre hverdagen i sitt eget hjem. For Terje er medisinutdelingen en stor del av tiltaket for at han skal kunne mestre hverdagen i sitt eget hjem. Det kan også være mer han trenger som vi ikke vet. I følge det overordnede målet har vi egentlig ikke gjort jobben vår i denne situasjonen. Det er alltid viktig å huske at som sykepleiere blir vi aldri ferdiglærte, vi må stadig søke kunnskap og oppdatere oss. Dette er viktig å huske på, når nye pasientgrupper dukker opp i vår arbeidsarena. Vi kan ikke godta at vi er usikre på pasientgrupper på grunn av manglende kunnskap. Jeg skal ærlig innrømme at jeg kjenner på en usikkerhet rundt om kunnskapen min strekker til. Ville jeg ha hatt kunnskap til å møte det eventuelle som Terje kunne trenge hjelp til er et spørsmål jeg selv har stilt meg selv i etterkant. Svaret vil jeg nok ikke få før jeg har spurt Terje om det er noe mer han trenger hjelp til. For da vil jeg også ha funnet ut hvilke behov Terje har. Kanskje er det ingenting han ønsker, kanskje er det mange ting, kanskje er det bare noen å prate med... Jeg kan ikke unngå å tenke at det var nok ikke bare tanken om min manglende kunnskap som stoppet meg i å tilby det eventuelle. Jeg tror nok usikkerheten min rundt møtet med Terje gjorde at jeg valgte den lette løsningen på situasjonen.

### **5. 3 Mine følelser og tanker i etterkant av møtet?**

Det lille møtet med Terje var en positiv opplevelse for meg. I etterkant av møtet hadde jeg en blandet følelse rundt det hele. Mine forhåndstanker stemte ikke, og i møtet med Terje var jeg farget av hva de andre hadde sagt. Jeg standardiserte Terje med andre pasienter med lignende diagnose. Jeg opptrådte slik som de andre hadde sagt at de gjorde. Jeg turte ikke å spørre han om jeg skulle hjelpe til med noe mer. Det jeg møtte var jo en oppegående mann som ikke ga noe inntrykk til meg om at han trengte noe mer enn medisinutdelingen. Jeg har jo tenkt i etterkant om Terje ville gitt noe inntrykk til meg om det hvis det var noe. Jeg tror ikke det. Jeg tror det ville vært lettere for han hvis jeg hadde tilbydd han det uansett hvilket inntrykk jeg fikk i døråpningen. For jeg ville jo gjort det hadde det vært et eldre menneske og det sto pluss eventuelt på programmet. Jeg gjorde noe de andre ikke hadde gjort. Jeg tok han i hånden og hilste på han. De andre skrøt av meg... jeg skjønner ikke det. Da å hilse på nye pasienter bare faller meg naturlig uansett. Det er mine manerer og noe av det jeg legger i god holdning innenfor sykepleie. Jeg er stolt over at jeg hilste på vanlig måte etter å ha hørt at de andre ikke gjorde det. Med en slik handling føler jeg at jeg viste Terje at jeg respekterte han og så på han som et medmenneske. Mitt og Terjes lille møte i døråpningen følte jeg var et verdig møte med



et annet menneske. Dette kan jeg si nå etter å ha analysert møtet opp og i mente mange, mange ganger. Jeg hadde ikke samme tanke rett etter møtet. I etterkant av møtet skammet jeg meg i grunn over mine egne og egentlig over de andres forhåndsdomninger av Terje. Jeg har ofte tenkt på om mitt møte med Terje ville ha blitt annerledes om jeg ikke hadde alle de forhåndsdomte tankene og meningene i hodet når jeg kom til Terje. Det får jeg nok sannsynligvis aldri noe godt svar på. Personlig tror jeg at jeg ville møtt Terje annerledes, på en mer positiv måte. Hvis jeg bruker mine refleksjoner i etterkant av møtet vil jeg være bedre forberedt i neste møte med Terje og med andre pasienter med dobbeltdiagnose. Det viktige blir da å bruke erfaringene på riktig måte. At jeg ikke standardiserer pasientene, men at jeg lærer av mine egne erfaringer og blir bevisst hvor usikkerheten min ligger og hvorfor jeg lar meg påvirke av mine og andres holdninger. At vi snakker om situasjoner sammen i etterkant av dem kan ofte føre til at vi kan lære av hverandre og få tilbakemeldinger. I en slik sammenheng vil det være viktig at man holder seg til saken og ikke lar seg farge av personlige holdninger og erfaringer. Å reflektere over møter med pasienter i etterkant kan vise seg å gi god innsikt i egen væremåte og egne holdninger. Travelbee skriver at hvis jeg som sykepleier gradvis får bedre økende selvinnsikt, vil jeg bli i stand til å gi slipp på automatiske og forhåndsdommende reaksjoner, og etablere nye mer realistiske relasjoner til andre. Hun sier at som sykepleier handler det om å ha god innsikt i det å være menneske (Travelbee, 1971). Etter å ha reflektert over dette møtet føler jeg at jeg har fått økt selvinnsikt i holdningene mine rundt pasienter med dobbeltdiagnose.

## **6.0 Avslutning**

Gjennom å skrive denne oppgaven har jeg møtt meg selv og mine holdninger rundt pasienter med dobbeltdiagnoser. Jeg har kjent på hvor vanskelig det kan være å skulle legge gamle erfaringer litt på hylla og ikke standardisere disse pasientene. Å være bevisst sine egne holdninger kommer frem som svært viktig for meg gjennom denne oppgaven. Jeg har gjennom skrivningen av denne oppgaven skjønt at mine holdninger og tanker kan ligge godt skjult, men plutselig dukke opp og sette sitt preg på arbeidet mitt. Jeg har lært mye av å bruke en egenerfart fortelling i oppgaven, da det har vært en ny måte for meg å skrive oppgave på. Det har også gitt meg forståelse av hvor mye jeg kan lære av å analysere pasientsituasjoner. Å være bevisst på å bruke disse erfaringene på rett måte vil jeg holde kjært. Mitt første møte med Terje vil jeg nok alltid ha med meg, særlig etter å ha skrevet denne oppgaven.

## Litteraturliste

### Pensumlitteratur

- Bratteig, Margot, Hove, Ingunn, Aakerholt, Amund (2006). *Rusa eller gal?*  
– *Sammenhenger mellom rusmisbruk og psykiske lidelser.*  
Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.
- Brinchmann, Berit Støre (2005). *Etikk i sykepleien.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Dalland Olav, 2000. *Metode og oppgaveskriving for studenter.*  
Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Eide, Hilde og Eide, Tom (1996). *Kommunikasjon i relasjoner*  
– *samhandling, konfliktløsning, etikk.* Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.
- Fjørtoft, Ann- Kristin (2006). *Hjemmesykepleie – Ansvar, utfordringer og muligheter.*
- Hummelvoll, Jan – Kåre (2005). *Helt – ikke stykkevis og delt.*  
Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Norsk sykepleierforbund. *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.*
- Nortvedt, Per (1998). *Sykepleiens grunnlag. – Historie, fag og etikk.*  
Tano Aschehoug.

### Selvvalgtlitteratur

- Bech-Karlsen Jo (2003). *Gode fagtekster – Essayskriving for begynnere.*  
Oslo: Universitetsforlaget.
- Engelstad Jannike Snoek og Engedal Knut (2004). *Psykiatri.* Oslo: Akribe forlag.
- Evjen Reidunn, Øiern Tone og Kielland Knut Boe (2003). *Dobbelt opp*  
– *om psykiske lidelser og rusmisbruk.* Oslo: Univeritetsforlaget.
- Fagerland Tone (2005). Å tenke skriftlig over fortellinger fra praksis. *Nordisk tidsskrift for Helsetjenesteforskning.* Vol 1, nr. 1.
- Henriksen, Jan Olav og Arne Johan Vetlesen (2001). *Nærhet og distanse.*  
Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Sosial og helsedepartementet (1999). *Lov om helsepersonell m.v.*  
*Kapittel 5. Taushetsplikt og opplysningsplikt.* Lovdata.  
([http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdata/all/tl-19990702-064-005.html&emne=helsepersonellov\\*&&](http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdata/all/tl-19990702-064-005.html&emne=helsepersonellov*&&)). Siden besøkt. 27.04.2009. kl. 18.00.

- Thommassen Hanne, 2008. *Hverdagsliv, selvforståelse og dobbeltdiagnose*.  
Bodø; Høgskolen i Bodø.
- Travelbee Joyce, 1971. *Interpersonal Aspects in Nursing*. F.A. Davies, Philadelphia,  
Pennsylvania, USA