

UNIVERSITETET I  
NORDLAND

SY 180H 000

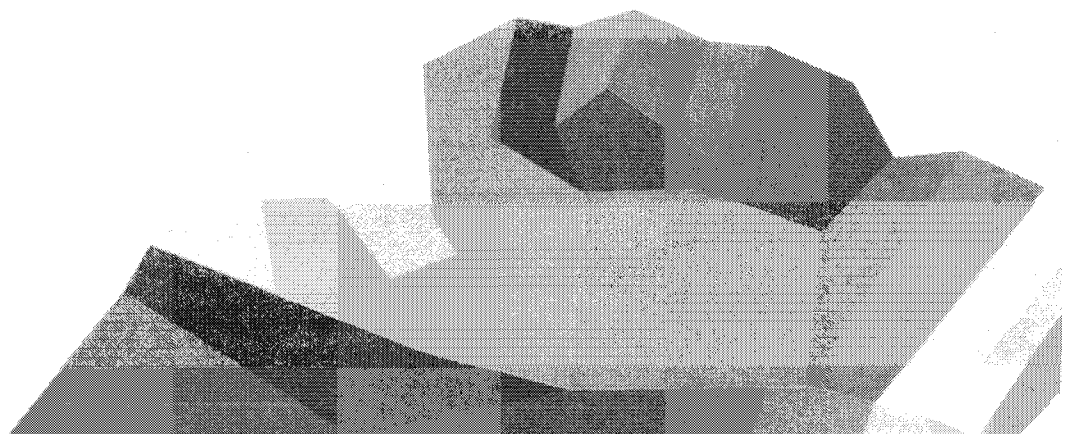
Bacheloroppgave i Sykepleie

"Kommunikasjon og psykisk lidelse"

Kandidatnr: 24

Innlevering: 26.10.12

[Larsen, Linda]



## FORORD

### *TRENGER ET MENNESKE*

*Jeg trenger et menneske.*

*Et menneske som ser meg som jeg er.*

*Et menneske som tåler min styrke.*

*Et menneske som tåler mine svakheter,*

*Et menneske som ikke svikter.*

*Jeg trenger en å lene meg mot.*

*Jeg trenger en å rase mot.*

*Jeg trenger en å være god mot*

*Jeg trenger en som er der for meg.*

*Jeg trenger et menneske*

(Almvik, A. Og Borge, L. 2006:13).

Dette er et dikt som jeg synes passer godt til min oppgave. Den handler ifølge mitt perspektiv om hvor viktig det er å se mennesket først og ikke sykdommen de har. Alle har vi et behov av å bli sett og hørt som en person og ikke som en diagnose...

## **INNHOLDSFORTEGNELSE**

<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	s. 3
1.1 Bakgrunn for valg av tema og formål med oppgaven.....	s. 3
1.2 Presentasjon av tema og problemstilling.....	s. 4
1.3 Avgrensing av oppgaven.....	s. 4
1.4 Oppgavens disposisjon.....	s. 4
<b>2.0 METODE</b> .....	s. 6
2.1 Hva er en metode?.....	s. 6
2.2 Valg av metode.....	s. 6
2.3 Begrunnelse for valg av metode og metodekritikk.....	s. 6
2.4 Presentasjon av litteratur.....	s. 7
2.5 Forskningsartikler.....	s. 10
2.6 Ethiske overveielser.....	s. 10
<b>3.0 HISTORIEN FRA PRAKSIS</b> .....	s. 12
<b>4.0 TEORIDEL</b> .....	s. 14
4.1 Vitenskapsteoretisk redegjørelse.....	s. 14
4.1.1 Joyce Travelbee.....	s. 14
4.1.2 Menneske-til-menneske forholdet.....	s. 15
4.2 Teori knyttet til diagnosen.....	s. 16
4.2.1 Psykiske lidelser.....	s. 16
4.2.2 Dobbeltdiagnose.....	s. 17
4.2.3 Angst.....	s. 18
4.2.4 Rusmisbruk.....	s. 18
4.3 Viktige momenter i møtet med personer med psykisk lidelse.....	s. 19
4.3.1 Kommunikasjon.....	s. 19
4.3.2 Verdighet.....	s. 20
4.3.3 Mestring.....	s. 20
<b>5.0 DRØFTING</b> .....	s. 21
5.1 Møtet med personen bak den psykiske lidelsen.....	s. 21

5.2 Menneske-til-menneske-forholdet.....	s. 26
5.3 Det handler om verdighet og mestring.....	s. 27
<b>6.0 AVSLUTNING.....</b>	<b>s. 30</b>
<b>LITTERATURLISTE.....</b>	<b>s. 31</b>

## 1.0 INNLEDNING

Jeg er en sykepleiestudent som er inne i mitt åttende og avsluttende semester i sykepleieutdanningen. Denne oppgaven er en fordypning i et felt som jeg finner er interessant og jeg skal herved skrive en bacheloroppgave om dette feltet. Bacheloroppgaven er den avsluttende delen av min 4-årige sykepleierutdannelse.

Oppgaven inneholder totalt 9331 ord. Det er 331 flere ord enn oppgavens omfang på 9000 ord, men etter samtykke fra veileder har jeg benyttet meg av 10 %-regelen.

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema og formål med oppgaven

I begynnelsen av mine studier så var praksis i psykisk helse noe som jeg gruet meg veldig til. Jeg hadde ytterst lite erfaring med mennesker som led av psykiske lidelser og trodde at disse mennesker var veldig forskjellig fra oss andre "vanlige". Men under min praksisperiode i psykisk helse så møtte jeg mange personer med ulike psykiske lidelser og fikk dermed se at disse personer er akkurat som oss andre.

Mennesker med psykiske lidelser trenger akkurat den samme behandling og imøtekommende som personer med somatiske lidelser, de vil også møtes med verdighet og respekt som hvilken som helst menneske.

Jeg ønsker med denne oppgaven å utvide mine kunnskaper og forståelse rundt denne pasientgruppen, samt forsøke å formidle hva litteraturen sier om hvordan en sykepleier gjennom kommunikasjon kan hjelpe personer med psykiske lidelser til å gjenvinne mestringsfølelse og verdighet.

Erfaringene som jeg har gjort meg ute i praksis vil jeg ta med meg i denne oppgaven og jeg vil formidle det jeg har lært og skrevet under oppgavens gang videre til andre studenter, sykepleiere eller andre som er interessert i dette faget og i den problemstillingen jeg har. Jeg vil også styrke min egen kompetanse på området.

Årsaken til at jeg valgt akkurat denne problemstillingen er en episode som jeg fikk være med om under praksis i den kommunale psykiatritjenesten. Det er en episode som berørte meg veldig. Jeg har brukt mye tid på å reflektere over det som skjedde og tenkt mye på hvor viktig

det er at det finnes en god kommunikasjon mellom sykepleier og pasient for å klare å bygge opp en god relasjon til hverandre.

## **1.2 Presentasjon av tema og problemstilling**

Temaet jeg har valgt er psykiatri og kommunikasjon, og problemstillingen min er som følger:

*Hvordan kan sykepleier gjennom kommunikasjon fremme mestring og verdighet hos personer med psykisk lidelse?*

## **1.3 Avgrensning av oppgaven**

På grunn av oppgavens begrensinger i henhold til tid og størrelse så finner jeg det nødvendig å avgrense oppgavens omfang ytterligere enn hva som står i problemstillingen.

Jeg har valgt å avgrense min oppgave til voksne personer over 18 år som lider av angst og som har et rusmisbruk. I forhold til min problemstilling så velger jeg å forholde meg til personer med psykiske lidelser som man møter i kommunehelsetjenesten, da det er der jeg har vært i praksis og hvor min fortelling kommer ifra.

## **1.4 Oppgavens disposisjon**

I oppgavens innledning har jeg skrevet om bakgrunnen til oppgaven og det tema som jeg har valgt. Jeg har presentert min problemstilling samt avgrenset den og oppgavens omfang.

Etter innledningen følger et metodekapittel. I metodekapittelet har jeg skrevet om valg av metode, samt hvilken litteratur jeg har benyttet meg av og kritikk av denne. Metodedelen består også av oppgavens forskningsbaserte litteratur.

Videre presenterer jeg en historie som jeg opplevde under praksis i den kommunale psykiatritjenesten. Den handler om en situasjon, der en av brukerne jeg hadde med at gjøre, blev møtt med en sådan dårlig kommunikasjon og holdning at det trykket ned både hans verdighet og den lille mestringsfølelse han hadde.

I teoridelen skriver jeg om psykiske lidelse, samt forklarer begrepet dobbeltdiagnose, og om hva verdighet og mestring har for betydelse for personer som lever med psykiske lidelser. Jeg

skriver også om kommunikasjon, kort om hvilken viktig betydning det har for å bygge opp en god relasjon mellom sykepleier og pasient.

Her presenterer jeg også den sykepleieteoretiker som jeg har valgt og beskriver hennes teori.

Videre drøfter jeg teori og forskning opp mot praksiseksemplet. Her vil det i all hovedsak dreie seg om å se oppgavens problemstilling og historie i lys av den selvvalgt sykepleieteoretiker, og å drøfte og klargjøre oppgaven og funnen som har kommet frem under oppgavens gang, samt egne erfaringer fra praksis.

I avslutningen skal jeg forsøke å svare kort på problemstillingen min og gjøre noen refleksjoner over den læringsprosessen jeg har vært igjennom.

## 2.0 METODE

### 2.1 Hva er en metode?

*”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” (Aubert, V. I: Dalland 2007:83).*

Man kan si at metode er det redskapet som vi benytter oss av når det er noe vi vil finne ut. Metoden hjelper oss å samle inn all informasjon og data som vi må ha for å løse problemstillingen. Den forteller oss også noe om hvordan vi skal gå frem for å skaffe oss den kunnskapen vi trenger. Hvorfor vi bestemmer oss for nettopp en spesiell metode er at vi vil at den skal gi oss gode data og belyse spørsmålet vårt på en faglig måte (Dalland 2007).

### 2.2 Valg av metode

For å belyse min problemstilling så har jeg brukt en narrativ-kvalitativ metode. Jeg har valgt at skrive en personlig beretning av en selvopplevd hendelse i fra praksis, og skal ut ifra den bygge på med kunnskap fra bøker og andre skriftlige kilder.

Narrativ er et annet ord i den hermeneutiske vitenskapstradisjonen for beretning/fortelling (Malterud 2011). Hermeneutikk betyr fortolkningslære. Med å fortolke så menes det å forsøke å finne en mening med noe, eller å forklare noe som er uklart (Dalland, 2007).

Den kvalitative metoden har også sine røtter i hermeneutikken, og det er denne metoden som jeg finner er mest relatert i forhold til min problemstilling. Denne metode tar sikte på å hente inn opplevelser og meninger som ikke kan måles eller formes om til tall. Med den kvalitative metoden går man i dybden av det som undersøkes, og den data som innsamles tar sikte på å få frem en helhet og sammenheng (Dalland, 2007).

### 2.3 Begrunnelse for valg av metode og metodekritikk

Ved å bruke en narrativ-kvalitativ metode kan jeg benytte meg av data og forskning som allerede foreligger innen mitt bestemte tema, og dette gjør at det blir en styrke i oppgaven. På



denne måten kan jeg klare at innhente god kunnskap på kort tid. Men det er da viktig at jeg forholder meg kritisk til den valgte litteratur og forskning som jeg finner (Dalland, 2007).

*”Begrunnelsen for å velge en bestemt metode er at vi mener den vil gi oss gode data og belyse spørsmålet vårt på en faglig interessant måte” (Dalland, 2007:83).*

Jeg har i hovedsak benyttet meg av primærlitteratur. Dette beskriver Dalland (2007), som at forfatteren selv presenterer sitt eget forskningsarbeid.

Jeg har vurdert hver enkelt kilde kritisk for å finne den litteraturen som best kunne hjelpe meg å belyse min problemstilling. Pensumlitteraturen som jeg har brukt i min oppgave synes jeg føles trygt i å anvende da det er pensum i en bachelorgrad. Jeg har ikke fått lest alle kildene jeg har brukt i oppgaven i sin helhet, på grunn av at tiden ikke strakk til. Dette finner jeg som en svakhet, da det kan betyde at jeg har utelatt viktige fakta som kunne ha belyst min problemstilling ytterligere. Jeg synes også at det har vært vanskelig å finne forskningsmateriale som går direkte på min problemstilling om kommunikasjon og psykisk lidelse.

#### **2.4 Presentasjon av litteratur**

Som metode for datasamling har jeg brukt relevant pensumlitteratur i forhold til min problemstilling. Jeg har også funnet fram relevant selvvalgt litteratur og vitenskapelige artikler. Dette har jeg funnet ved å søke i Bibsys, Websøk og Google scholar. Jeg har også vært inne på sykepleien.no og søkt etter vitenskapelige artikler. Søkeordene jeg har brukt er ”kommunikasjon og sykepleie”, ”psykiske lidelser og verdighet” og ”sykepleie og mental helse”. De engelske søkeordene jeg har brukt er ”Mental health” og ”nurse-patient relation”.

Jeg har benyttet meg av pensumlitteratur fra tidligere semester i studiet. Det er bøker som *Metode og oppgaveskriving for studenter* av Dalland (2007), *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, Etikk* av Eide og Eide (2008), *Psykiatri* av Kringlen (2011), *Pedagogikk i sykepleiepraksis* av Tveiten og *Hjemmesykepleie* av Fjørtoft (2007). Dette er bøker som inngår i sykepleieutdanningen og er derfor kvalitetssikret gjennom Universitetet i Nordland.

Boken *Metode og oppgaveskriving for studenter* av Dalland fra 2007, er en god støttespiller når det gjelder det oppgavetekniske i en bacheloroppgave som dette er. Boken er skrevet for studenter i sykepleiefaget og forfatteren er cand.polit.-er med hovedfag i sosialpedagogikk og førsteamanuensis ved Diakonhjemmet. Dermed mener jeg at det han formidler er troverdig.

*Kommunikasjon i relasjoner* (2008) av Eide og Eide kom første gang ut i 1996. Dette er også en bok jeg har lest flere ganger oppover studiet. Boken er skrevet for sykepleiere og helsepersonell og det er en forskningsbasert fagbok om kommunikasjon. Eide og Eide beskriver at kjernen i profesjonell kommunikasjon i helseyrkene er at den er faglig velfundert og til hjelp for pasienten (2008:12). Det å vise empati er nødvendig for å kunne kommunisere godt.

Boken *Psykiatri* (2011) av Einar Kringlen er skrevet for alle med faglig tilknytning til psykiatrien og for studenter innen helsefag. Boken gir en grundig innføring i psykiatriens verden, både teoretisk og klinisk. Kringlen har en lang merittliste bak seg, både som professor i klinisk psykologi ved Universitet i Bergen, professor i psykiatri ved Universitetet i Oslo og som overlege ved Psykiatrisk klinikk i Vinderen. Han har også en bred forskningserfaring.

Boken *Pedagogikk i sykepleiepraksis* (2009) av Sidsel Tveiten er skrevet for sykepleierstudenter i bachelor- og videreutdanning, sykepleiere, helsesøstre og jordmødre. Tveiten gir en grundig redegjørelse for veiledningsbegrepet og sykepleierens pedagogiske funksjon i møtet med pasienter og pårørende. Tveiten er førsteamanuensis ved Høgskolen i Akershus og har skrevet flere lærebøker.

Boken *Hjemmesykepleie – Ansvar, utfordringer og muligheter* (2007) av Ann-Kristin Fjørtoft er skrevet for sykepleiestudenter. Hun beskriver hjemmesykepleiens hverdag med de faglige utfordringer de har. Hun skriver også om det faglige ansvaret og om kompetanse og verdier i møtet med mennesket som trenger hjelp for å mestre sin hverdag. Fjørtoft arbeider som høgskolelektor ved Lovisenberg Diakonale Høgskole.

Jeg har også vært på skolebiblioteket, og har der gjennom søk på Bibsys funnet en del selvvalgt litteratur som jeg finner er relevant til min oppgave. Jeg har funnet mye litteratur som kan hjelpe meg med min problemstilling, og dermed har det vært viktig å plukke ut det som er av mest relevans og betydning for oppgaven.

I boken *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1999) av Joyce Travelbee står det skrevet om sykepleiens mål med å skape et menneske-til-menneske-forhold mellom sykepleier og pasient. Travelbee skriver også om sykepleierens mål, menneskesyn, lidelse, håp og mening og kommunikasjon. Boken er skrevet for alle som arbeider med mennesker. Travelbee er en kjent sykepleieteoretiker, og hennes tenking har fått stor innflytelse på sykepleieutdanningen i Norge. Til tross for at boken er oversatt fra engelsk til norsk så ser jeg den som en trygg og relevant kilde til min oppgave.

Boken *Mestring og lidelse* (2000) av Kjell Magne Håkonsen egner seg godt ved grunnutdanningen for sykepleiere. Den har en innføring i tenkningen rundt psykiske lidelser og behandling av disse. Håkonsen er utdannet sykepleier, sykepleielærer og psykolog. Han har arbeidet både i sykehus og høyskoler, og har en bred undervisningserfaring. Han har også skrevet en rekke andre bøker.

Boken *Dobbelt opp – om psykiske lidelser og rusmisbruk* (2003) av Evjen, Kielland og Øiern er skrevet for studenter som vil forberede seg på møtet med personer med dobbeltdiagnose i sine fremtidige profesjoner, og fagfolk som allerede er i kontakt med denne gruppen. I denne boken fokuserer forfatterne på hjelpebehovet hos personer med dobbeltdiagnose, og de skriver om tiltak som kan gjøres for å hjelpe disse mennesker.

I boken *Psykisk helsearbeid i nye sko* (2006) av Arve Almvik og Lisbet Borge (red.) står det skrevet om mestring av psykiske lidelser og forståelse og behandling av personer med alvorlige psykiske lidelser og rusmisbruk. Dette er en bok som er rettet mot studenter ved høyskoler og universitet som arbeider med mennesker med psykiske lidelser.

Den svenske forfatteren Johan Cullberg har skrevet boken *Dynamisk psykiatri* (2006), dette er en lærebok som dekker de fleste hovedområdene i psykiatrien. Denne bok fikk jeg som tips at lese av de ansatte i praksis i psykisk helse. Boken er skrevet for alle kategorier studenter og personale som arbeider med mennesker. Cullberg er professor i psykiatri og psykoanalytiker med lang erfaring fra klinisk og vitenskapelig arbeid. Nå arbeider han som overlege ved enheten for psykoseforskning ved Stockholm Södra psykiatri.

## 2.5 Forskningsartikler

På nettsidene til Norsk sykepleieforbund, Sykepleien.no, fant jeg to forskningsartikler som er aktuelle for å belyse min problemstilling. Jeg presenterer her de to artiklene.

Den ene artikkelen som jeg har funnet er skrevet av Rune Karlsen. Han er en mann som jeg har hatt på forelesning på Universitet i Nordland, der han også arbeider. Karlsen er utdannet psykiatrisk sykepleier. Karlsen har skrevet en vitenskapelig artikkel som omhandler sykepleierstudentens møte med praksis i psykisk helse. Mange er kanskje litt skeptiske til å ha praksis innen dette faget, da det ofte er fordomsfulle holdninger ifra samfunnet om denne pasientgruppen.

<http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/118543/sykepleierstudenters-mote-med-psykiatrisk-praksis>

Den andre artikkelen er skrevet av Eva Langeland, hun er en psykiatrisk sykepleier, Dr.polit og førsteamanuensis ved Høgskolen i Bergen. Denne forskningsartikkel dokumenterer betydningen av en salutogen tilnærming med fokus på styrkning av mestring i rehabiliteringsprosessen for hjemmeboende personer med psykiske lidelser.

Med salutogenese menes det en fokusering på å forstå og fremme menneskets aktive evne til tilpassing for å øke mestring, helse og velvære (Mæland, 2010).

[http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-nyhet?p\\_document\\_id=299457](http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-nyhet?p_document_id=299457)

## 2.6 Etiske overveielser

Etikk er teori om moral, og med moral så menes det regler eller retningslinjer om hva som er rett og galt (Brinchmann, 2008).

Det jeg henviser til i erfaringer i fra praksis, har jeg anonymisert slik at det ikke kan spores tilbake til aktuelle situasjon og involverte personer. Dette for å verne om personene historien handler om. Jeg har anonymisert hovedpersonen i min historie gjennom at gi denne person det fiktive navnet Jarle.

Jeg kommer til å følge Dalland sin bok *Metode og oppgaveskriving for studenter* under oppgavens gang. Sitater er gjengitt med sidetall i henvisningen. Jeg kommer å henvise til rett

kilde på riktig måte, dette for at jeg skal vedkjenne meg litteraturen som blir brukt i oppgaven og at andre skal ha mulighet for å finne frem til den litteratur som jeg har benyttet meg av (Dalland 2007).

### 3.0 HISTORIEN FRA PRAKSIS

... som følger var en virkelig hendelse jeg opplevde i min praksis i psykiatrisk helsetjeneste. Jeg skulle få lov å være med på et ansvarsmøte til sammen med en av de brukene jeg hadde vært mye hos under min praksisperiode.

Jarle som er hovedpersonen i historien er en mann som lever med dobbeltdiagnosen angst og rusmisbruk. Han er veldig deprimert over sin situasjon, og han ønsker inderlig at han hadde mer kontakt med omverden, men på grunn av sin dobbeltdiagnose samt sin dårlige økonomi så klarer han ikke dette. Jarle sitter mestedelen av døgnet inne i sin leilighet med låste dører, fortrukne gardiner og beveger seg veldig lite ute blant folk.

Angsten han lider av medfører at Jarle blir svært nervøs i møte med mennesker som han ikke kjenner så godt, og dette medfører at han begynner å svette. Dette er noe som gjør at han blir mer tilbakeholdende i møtet med andre mennesker.

Jeg hadde pratet mye med Jarle på forkant av dette ansvarsmøtet, og jeg hadde tatt opp med han om hva det var han ville få frem i fra sitt ståsted i sin situasjon. Jarle fortalte at han følte seg dårlig imøte tatt av noen av de ansatte og han ønsket at de skulle forstå han bedre.

Jeg hadde fått fortalt at møtet skulle handle om den hjelp han har vedtak på i fra hjemmetjenesten, så som vasking og levering av dosett. Dosetten får han levert hver morgen, og det er et møte i døren med et lite hei og ha det, og ibland kanskje ikke ens det.

Vasking har han ikke fått på flere måneder da hjemmehjelpen mener at han har det for rotet hjemme. Jeg har både sett og vært i hus som har det mye verre, men de får vasking hver fjortende dag...

Kommunikasjonen mellom meg og Jarle var veldig bra, han hadde mye på hjertet og var veldig glad for at jeg skulle være med som et moralsk støtte under møtet. Vi avtalte at jeg skulle komme og hente han på morgenen, og så skulle vi til sammen gå til møterommet.

Møtet fant sted på kontoret til enhetslederen i hjemmetjenesten, og det var for uten meg og Jarle tre andre med på møtet. Møteslokalen var et lite rom som bestod av et stort bord med stoler rundt, og jeg og Jarle gikk inn og satte oss. Jarle satte seg på ene langsiden av bordet, og jeg satte meg at med han, men ved kortsiden av bordet. Når de andre kom inn så satte de seg rett over Jarle. Tre stykker på ene siden av bordet, og Jarle alene på den andre siden. Plasseringen rundt bordet var likens som når man ser hvordan avhør hos politiet foregår i kriminalserier på TV.

Jeg synes at det var utrolig ubehagelig at en mann som lider av angst for at møte andre mennesker blev satt i en sådan ekkel ”avhørs”-situasjon. To av de andre hilste høflig på Jarle mens den tredje ikke sa noe. De begynte å skjenke opp kaffe i sine kopper mens de småpratet med hverandre, men det var ikke noen som spurte om Jarle ville ha en kopp kaffe.

Det var en trykket stemming i rommet fra første sekund, og jeg la fort merke til at Jarle blev stresset over situasjonen, og at han bare stirret ned i bordet. Så begynte de ansatte å prate og det var først og fremst en av de ledende som hadde en rar og nedlatende holdning mot Jarle. Hun pratet til han på en måte som fikk Jarle til at fremstå som dum, noe han absolutt ikke er. Jeg fikk utrolig vondt i meg der jeg satt og hørte på alt som blev sagt, og jeg så hvor stresset Jarle ble, svetten begynte å renne på han, og han klarte ikke å få sagt noe uten han så bare ned i bordet. Jeg ønsket bare at møtet skulle bli over slik at Jarle skulle få slippe å sitte der og høre på hennes nedlatende holdning imot han.

Møtet fortsatte med stort sett den samme dårlige kommunikasjonen, der den ene personen pratet men ventet aldri på at Jarle skulle få en sjanse at forsvare seg eller fortelle om hvordan han hadde det. Hun avbrøt Jarle hele tiden, og tok helt overhånd på møtet.

Når jeg satt der og hørte den dårlige samtalen så registrerte jeg hvor der den lille verdighet og mestring som Jarle hadde innen møtet, blev trykt lengre og lengre ned.

Møtet sluttet like fort som det startet uten noen større forbedring på verken det ene eller det andre planet, og jeg blev med Jarle hjem for å høre hva han syntes om dagens møte. Han sa at han ikke hadde blitt noe klokere nå og at han ønsket at han hadde klart av å si det som han hadde hatt på hjertet innen møtets start. Han sa også at han likte ikke den holdningen de snakket til han på, spesielt da den ene av enhetslederne. Jeg sa at jeg skjønnte hva han menet og han takket meg så mye for at jeg hadde blitt med han på møtet. Han sa at han følte en trygghet med å ha noen han med seg som han stolte på.

Jeg gikk ifra Jarles leilighet med et tungt hjerte, og jeg tenkte på hvor synd jeg syntes om han. Han ville så gjerne at det skulle bli en forbedring, men det blev det dessverre ikke. Han blev møtt på samme dårlige sett.

Etter dette møtet har jeg tenkt mye på hvor stor betydning det har å kommunisere med mennesker på det rette settet, for å klare at bevare personens verdighet og mestring.

## 4.0 TEORIDEL

### 4.1 Vitenskapsteoretisk redegjørelse

I min teoridel har jeg valgt Joyce Travelbee som sykepleieteoretiker. Jeg mener at hennes teori rundt menneske-til-menneske forhold i sykepleien passer godt i forhold til min problemstilling. Teorien hennes passer også godt til min selvopplevde historie, der Jarle som person er det viktigste, og ikke diagnosen han lider av.

#### 4.1.1 Joyce Travelbee

Joyce Travelbee er en teoretiker som levde mellom 1926-73 i New Orleans, USA. Hun arbeidet som psykiatrisk sykepleier og som lærer i sykepleieutdanningen. Hun er en teoretiker som tar opp mange sentrale tema i sin bok som jeg finner er relevant for min oppgave og problemstilling. Teorien til Travelbee er nokså gammel, men mye er aktuelt ennå i dag.

Travelbee skriver i sin bok om hvordan sykepleie kan beskrives som en interaksjonsprosess med det viktigste fokuset på utvikling av relasjonen mellom pasient og sykepleier. Hun hadde en oppfattelse av at mennesker er et unikt individ som er likt, men enda så ulikt. Hun mente også at sykepleie ikke skal ha handlinger som et mål, uten som et middel til å hjelpe andre mennesker (Travelbee, 1999).

Joyce Travelbee er en sykepleieteoretiker som har hatt stor innflytelse med sin tankegang, et menneske-til menneske forhold. Kunnskap om gode relasjoner og hva mennesker trenger for å oppleve håp og mening er en del av teorien Travelbee står for (Travelbee, 1999).

Eide og Eide har i sin bok kort sammenfattet sykepleiens oppgave i følge Travelbee i disse tre ulike punkter:

- \* Å anerkjenne pasienten som et unikt, uerstattelig individ*
- \* Å utvikle et "menneske-til-menneske-forhold" til pasienten for at dermed*
- \* Å møte behovene til pasienten, pårørende eller andre involverte og dermed oppfylle sykepleiens hensikt (Eide og Eide, 2008:135).*



Travelbee mener også at det er viktig at man som sykepleier bruker seg selv terapeutisk, for å vise at man er menneske i møtet med et annet menneske (Travelbee 1999).

#### 4.1.2 Menneske-til-menneske forholdet

Joyce Travelbee skriver om menneske-til-menneske-forholdet i sin bok.

*” Et menneske-til menneske-forhold i sykepleie er en eller flere opplevelser og erfaringer som deles av sykepleieren og den som er syk, eller som har behov for sykepleierens tjenester. Det vesentlige kjennetegnet ved disse opplevelsene og erfaringene er at individets, familiens eller samfunnets sykepleiebehov blir ivaretatt. Disse behovene blir ivaretatt av en sykepleiere som besitter og anvender en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte til problemer, kombinert med evnen til å bruke seg selv terapeutisk. Et menneske-til menneske-forhold blir av den profesjonelle sykepleieren målbevisst etablert og opprettholdt” (Travelbee 1999:41).*

Sykepleieteorien til Travelbee står for at den profesjonelle sykepleieren har som oppgave å etablere et forhold mellom seg selv og den syke. Dette etablerte forholdet skal vise at de begge er unike individer. Dag for dag så bygges dette forhold opp mellom sykepleieren og den syke.

Sykepleierens mål og hensikt er å hjelpe den syke med å forebygge eller mestre sin lidelse. Travelbee forklarer at det er dermed viktig at sykepleieren må vite hva hun gjør, tenker, erfarer og føler. Hun forklarer også en grunntanke om at menneske-til-menneske-forholdet etableres gjennom at sykepleier og den syke går igjennom ulike faser. Fasene forklarer hun som : (1) det innledende møtet, (2) framvekst av identiteter, (3) empati og (4) sympati og medfølelse.

Høydepunktet blir då den gjensidige forståelsen og kontakt i etableringen av forholdet mellom sykepleier og den syke (Travelbee 1999).

## 4.2 Teori knyttet til diagnosen

Med teori knyttet til diagnosen så mener jeg de lidelser som Jarle i fra min historie lider av. Jeg kommer herunder å forklare de ulike begrepene: psykiske lidelser og dobbeltdiagnose med angst og rusmisbruk.

### 4.2.1 Psykiske lidelser

Ifølge Folkehelseinstituttet (2011), så brukes betegnelsen psykiske lidelser bare når visse diagnostiske kriterier er oppfylt. Psykiske lidelser omfatter alt fra enkle tilstander som fobier til mer omfattende tilstander som schizofreni.

*”Haugsgjerd (1990) omtaler psykisk lidelse som følelsesmessige fastfrysinger. De følelsesmessige konfliktene er selve kjernepunktet i alle psykiske lidelser. Når slike konflikter ikke finner noen løsning, hopper de seg opp og vokser. Kjernen i en psykisk lidelse er konfliktrammede følelser som ikke er erkjent, og som dermed ikke er uttrykt eller delt med andre. Derfor vil psykiatrisk behandling i sitt vesen dreie seg om kommunikasjon omkring viktige følelsesmessige temaer” (Hummelvoll 2004:568).*

Cirka 30% av Norges befolkning vil en eller annen gang i livet komme utfor en form av psykiske plager (Hummelvoll, 2004). Psykiske lidelser er som sagt vanlige i befolkningen og preges av angst, depresjon og psykosomatiske symptomer. Hoveddelen av den psykiske sykkeligheten i vår befolkning består av de lettere psykiske lidelsene så som angst og depresjon sammen med et rusmisbruk (Mæland, 2010).

Personer med psykisk lidelse og en ruslidelse har blitt en stor og mer vanlig del i hjemmesykepleiens arbeide. Dette krever mer kompetanse hos den helsepersonell som møter disse menneskene (Fjørtoft, 2006).

En annen stor faktor til psykiske lidelser er at det er mange som lever ensom og er isolert ifra det sosiale nettverket. Alkoholmisbruk kan forsterke ensomheten (Cullberg, 2006).

Kjell Magne Håkonsen forklarer møtet med psykiske lidelser så godt i sin bok *Mestring og lidelse* (2000). Han skriver at møtet med personer med psykisk lidelse er et møte med både mennesket og med livet, og med de muligheter og begrensninger de har.

#### 4.2.2 Dobbeldiagnose

Dobbeldiagnose innen rus og psykisk lidelse er en diagnose gitt til mennesker som har en psykisk lidelse samtidig som de har en ruslidelse. De har to selvstendige medisinske diagnoser. I Norge så er den offisielle definisjonen av dobbeldiagnose forbeholdt de som har en alvorlig ruslidelse samtidig som de har en alvorlig psykisk lidelse. Dobbeldiagnose er mest vanlig hos menn mellom 18-50 år. Personer som har en dobbeldiagnose har mange utfordringer i sitt liv, de befinner seg ofte langt ned på den sosiale rangstigen (Dobbeldiagnose.no, 2012).

I 1999 gjorde statens helsetilsyn en kartlegging av personer med alvorlig lidelse og rusmisbruk, der ble pasientene delt inn to grupper, de ”utagerende” og de ”sårbare”. Med hjelp av denne kartlegging så kom det frem at disse to grupper trenger ulike metoder ved behandling og tiltak (Evjen, 2003).

Dobbeldiagnose fører ofte til at pasienten ikke klarer av en vanlig hverdag og det medfører at funksjonssvikten blir stor. Evjen mfl (2003), har i sin bok *Dobbelt opp* satt opp en liste på flere punkter som viser hva som preger livssituasjonen til disse mennesker som lever med en dobbeldiagnose.

- *store sosiale problemer (bolig, økonomi, sysselsetting)*
- *behov for langvarige og omfattende behandlingstiltak*
- *ofte behandlingsmisbruk*
- *avvises ofte i tiltaksapparatet*
- *stor belastning for pårørende*
- *hyppige akuttinnleggelser og avgiftninger*
- *oftere innlagt på tvang enn andre psykiatriske pasienter*
- *raskere sykdomsutvikling (for eksempel utvikling av psykose) enn andre psykiatriske pasienter*
- *høy risiko for selvmord*
- *mye kontakt med politi og kriminalomsorg*
- *ofte sosialt avvikende atferd (Evjen, 2003:31).*

### 4.2.3 Angst

Angst er en ganske så vanlig lidelse. Det er en forsvarstilstand som forbereder kroppen på å flykte eller slåss mot en trussel. Angst oppleves som en indre diffus uro, den kan opptre gjennom anfall eller så kan den hele tiden være der som et indre ubehag uten at man vet hvorfor (Kringlen, 2010).

Vanlige symptomer ved angstlidelser er hjertebank, svetting, skjelving, følelse av åndenød eller kvelling, ustøhet, ørhet og frykt for å miste forstanden (Evjen mfl., 2003).

Disse symptomene skyldes økt aktivitet i det sympatiske nervesystemet (Blix og Breivik, 2006).

Angst kan også vises gjennom at personen får muskelspenninger og i diffuse kroppslige følelser. Dette fører til en rastløshet og at talen blir spent og anstrengt. Irritabilitet, tretthet og søvnvansker er også tegn på angst, samt den nedstemthet som følger av dette. Angst er noe som vil alle kan oppleve i løpet av livet, men det er når angsten tar så stor del av ens liv og hindrer deg i det daglige livet, at den blir sykkelig. Gjennom å prøve ulike medikamenter og rusmidler så tror ofte personer med dobbeltdiagnose at det skal dempe angsten, men dessverre så fører det heller til avhengighet og forsterking av problemene (Cullberg, 2006).

Angsten medfører også at disse menneskene isolerer seg mer og mer, da de føler seg tryggere i sitt eget hjem (Fjørtoft, 2006).

### 4.2.4 Rusmisbruk

Alkoholmisbruk er et stort samfunnsproblem i vårt samfunn, det er både vanedannende og helseskadelig. Mennesker som lider av angst har ofte et moderat til høyt forbruk av rusmidler, og som jeg skrev tidligere så kan dette ofte forsterke symptomene og lidelsene de har (Almvik, mfl. 2006).

*"Alkohol har en depressiv virkning på sentralnervesystemet og nedsetter motoriske og kognitive ferdigheter. Men den bedrer ikke søvnen, den tar ikke bort angsten, og den gjør oss ikke mer aggressive eller mindre sjenerte"* (Kringlen, 2010:229).

Et felles trekk for de som har rusproblem er at de er avhengige, og at det som oftest fører til en rekke helseskader. Den helseskadelige atferden fører ofte til at personer med rusmisbruk

ofte får et omfattende behov for helsetjenester. Livet til en rusmisbruker styres av misbruket, og dette påvirker både det fysiske og psykiske og det sosiale nettverket (Almvik mfl., 2006).

### **4.3 Viktige momenter i møtet med personer med psykisk lidelse**

Herunder så beskriver jeg om begrep som jeg finner er utrolig viktig i møtet med personer med psykiske lidelser. En god kommunikasjon mellom sykepleier og personer med psykiske lidelser er noe av det viktigste for å få en god relasjon. Har de en god relasjon seg imellom så hjelper det for verdighets- og mestringsfølelsen for den med psykiske lidelser.

#### **4.3.1 Kommunikasjon**

Kommunikasjon kommer fra det latinske ordet *communicare*. Det betyr å gjøre noe sammen. Eide og Eide (2008) definerer kommunikasjon som utveksling av menighetsfylte tegn mellom to eller flere parter. De hevder at profesjonalitet i helsefaglig kommunikasjon kjennetegnes ved fire hovedpunkter: kunnskap og ferdigheter, etikk, empati og målorientering. De sier at grunnlaget for sykepleierens kommunikasjon er just kunnskap og ferdighet.

Den gode kommunikasjonen skal være både hjelpende og rettet mot pasienten. Det at sykepleieren lytter aktivt, er en god lytter og har sin oppmerksomhet rettet mot pasienten gjør at det legges til rette for tillit og trygghet for pasienten. Det å være en god lytter som sykepleier innebærer at pasienten føler seg viktig og betydningsfull (Tveiten, 2009).

I kommunikasjon med andre er det viktig å tenke over hvordan vi kommuniserer og hva vi kommuniserer. Vi kommuniserer både verbalt og nonverbalt. Det betyr at det må skapes en felles forståelse mellom sykepleier og pasient, og man må klare å tolke hverandre best mulig. Det å skape det gode møtet mellom sykepleier og pasient gjør at det bygges opp en god relasjon mellom partene, og en samhandling med forståelse (Fjørtoft, 2006).

Kommunikasjon kan betraktes som en prosess som gjør at sykepleieren er i stand til å etablere et menneske-til menneske-forhold (Travelbee, 2009).

*"Å fremme kommunikasjonsmulighetene og meningsfylt samspill er en del av sykepleierens ansvar" (Bjørk, mfl. 2004:90).*

Kommunikasjon skal være et virkemiddel for å klare at oppnå forandring. Den målrettede kommunikasjonen skal bygge på kunnskap, etikk, moral og empati (Bjørk mfl. 2004).

#### 4.3.2 Verdighet

Menneskets verdighet kan beskrives ut i fra to ulike synspunkter, det er det subjektive og det objektive aspektet. I menneskerettighetserklæringens fortale er det fastslått at alle mennesker har en verdighet i seg, det er den objektive verdigheten. Denne objektive verdighet har vi for at vi er mennesker. Med den subjektive verdigheten så menes det den enkelte menneskes opplevelse av verdighet. Altså det som hver og en av oss opplever som verdig for seg selv, og som bekreftes av andre. For å oppleve seg selv som verdig så må man bli møtt med verdighet ifra andre (Bredland mfl. 2011).

I følge de yrkesetiske retningslinjene så er sykepleiens grunnlag å ivareta og ha respekt for det enkeltes menneskets liv og verdighet, og sykepleieren skal gjennom sin profesjon og medmenneskelighet vise omsorg for det lidende mennesket (Norsk Sykepleieforbund, 2011).

#### 4.3.3 Mestring

Mestring handler om opplevelse av å ha krefter til å møte utfordringer og følelsen av å ha kontroll over sitt eget liv. Mestring har stor betydelse for menneskets velvære og helse (Håkonsen, 2000).

*"Når mennesket mestrer de belastninger og påkjenninger som hverdagen inneholder, er det et tegn på god helse. Når evnen til tilpasning og mestring av påkjenninger er liten, kan en snakke om mindre god helse"* (Kristoffersen, mfl 2011:50).

Å oppleve mestring forutsetter og innebærer at personen det gjelder har en tillit til at situasjonen han er i noen grad vil la seg holdes under kontroll (Eide og Eide, 2008).

## 5.0 DRØFTING

På bakgrunn av gjennomgått litteratur vil jeg i drøftingsdelen presentere tema som jeg mener er relevant i forhold til min problemstilling. Drøftingen blir å dreie seg om den egenerfarte historien som ligger til grunn for selve oppgaven. Jeg vil her drøfte teorien opp imot praksis og det jeg har lært og sett under mine praksisperioder. Vi møter stadig flere som lever med dobbeltdiagnosen psykisk lidelse og rusmisbruk i kommunehelsetjenesten, og derfor synes jeg at det er viktig å drøfte og belyse dette temaet da det ofte er lite kompetanse i dette faget. Det jeg også vil legge vekt på i min drøfting av problemstillingen er hva vi som sykepleiere kan gjøre og hvordan vi kan oppføre oss for å skape en god relasjon bygd på et gjensidig forhold.

### 5.1 Møtet med personen bak den psykiske lidelsen

Det jeg har møtt i min praksis er at noen kan til tider ha en ganske så fordomsfull holdning i møtet med personer som lider av en psykisk lidelse. Personlig hadde jeg kanskje, ikke en negativ holdning, men en følelse av redsel for at komme i kontakt og prate med personer som har en psykisk lidelse. Kunnskapsnivået mitt var dårlig og jeg manglet kompetanse innenfor dette feltet. Dette er nå forandret og jeg ser at personer med psykiske lidelser er vanlige mennesker så som du og jeg.

Rune Karlsen skriver i sin vitenskapelige artikkel *Sykepleierstudenters møte med psykiatrisk praksis* (2007) om fordomsfulle holdninger. Han mener at disse holdninger hindrer muligheten for å kommunisere med personer med psykisk lidelse på en hensiktsmessig måte. Disse fordomsfulle holdninger stemmer nok godt. Mange av oss danner et bilde av hvordan disse personene er på forhånd av møtet med dem. Bildet vi danner er ofte negativt og kanskje til og med fylt av frykt for at vi skal komme utfor voldelige episoder med mennesker som er ukontrollerbare. Jeg mener at media er en av grunnene til dette. Media skremmer ofte opp oss med de skrekkeksempel som skjer rundt om i verden, men de menneskene er bare en liten del av hva personer med psykisk lidelse egentlig er.

På grunn av den mangelfylde kunnskapen om den pasientgruppe så hindrer det oss ofte i å kommunisere med dem på en hensiktsmessig måte. Vi kan være redd for å si de feile tingen til pasienten og at dette skal medføre at pasienten tilstand blir forverret.

Karlsen sier videre at:

*Den negative holdningen vi har hindrer oss i læring om faget og gjør at relasjonen med pasienten blir dårlig (Karlsen, 2007:4).*

Når vi da får kjennskap med disse personer så skjønner vi etter hvert at personer med psykiske lidelser er også vanlige mennesker, og usikkerheten vi hadde i kommunikasjonsferdigheten blir mindre og mindre.

I tilfellet med Jarle så virker det som at sykepleieren har et manglende kunnskapsnivå om psykiske lidelser. Hun ser ikke de symptomer som er vanlig hos personer med angst, at Jarle svetter, er stille og ser ned i bordet. Hun virker kanskje litt usikker på hvordan hun skal forholde seg til han, og dermed kjør hun over han totalt.

For at sykepleier skal vinne tillit hos en pasient så kreves det mer enn bare tittelen sykepleier. Tillit er noe man må vise at man er verdig og man kan iblant være nødt til å arbeide hardt for å bygge opp den tilliten. Det at vi som sykepleiere viser at vi er oss selv og er ekte har en stor betydning i møtet med personer med psykisk lidelse. Det viser at vi er noen de kan stole på og det kan hjelpe dem til å føle en trygghet.

Å være en god sykepleier innebærer at sykepleieren tør å komme nære personen med den psykiske lidelsen, slik at han får og kan vise hvem han egentlig er. Sykepleiers tilnærming og kontakt har stor betydning for personer med psykisk lidelse. Det at sykepleieren viser at hun ser personen bak lidelsen med å oppføre seg naturlig, det kan være nok med et hei og ha det, gjør at det kan bidra til at personen med psykisk lidelse føler livsmot og glede.

Travelbee (1999) sier at i alle møter mellom sykepleier og den som trenger omsorg så foregår det en kommunikasjon, det gjelder når de er stille og når de snakker. Vi kommuniserer gjennom våres utseende, den atferd og holdning vi har og ansiktsuttrykk. I samtalen mellom sykepleier og personen med psykisk lidelse så er det viktig at sykepleierens kroppsholdning er rett og at vi er henvendt direkte til pasienten og lytter aktivt til hva han har og si, og det som ikke sies (Blix og Breivik, 2006).

Dette ble ikke gjort i møtet med Jarle. Sykepleieren som kom inn i rommet der vi satt, sa varken hei eller så på Jarle. Dette er jo noe som jeg synes er vanlig høflighet, det å hilse på personene som sitter i rommet når man kommer inn i det. Kroppsholdningen til denne



sykepleieren var stiv og arrogant, og ikke rettet mot pasienten. Hun lyttet ikke på det lille Jarle fikk til å si, uten hun avbrøt han til stadighet. Hun la ikke merke til det som skjedde med Jarle, at han krympet når hun pratet og at svetten begynte at renne. Sykepleierens rolle skulle i dette tilfelle mye heller vært å få tak på Jarles opplevelse av sin lidelse, og hjulpet han til å mestre dette. Hadde hun bare sagt hei og skjenket opp kaffe til Jarle, så hadde det kanskje hjulpet han litt for å mestre sin angst, og han hadde klart at føle verdighet! Bare en slik liten vennlig gest kan gjøre mye med et menneske, og kanskje enda mer med en person som lider av angst. En slik gest viser at Jarle blir sett på som et menneske og dette leder til verdighetsfølelse og mestring hos han.

Det at sykepleier viser nærvær, en vilje å forstå, at hun klarer å oppfatte skjulte budskap og at hun tør å møte pasienten i den situasjonen som er, er viktig i møtet og kommunikasjonen mellom dem. Gjennom at sykepleier viser et ekte nærvær i møtet med personen med den psykiske lidelsen gjør at det formidles en tilgjengelighet og trygghet mellom dem.

*"Om vi inte som människor är beredda att påverkas och förändras i relationer, kan vi inte hjälpa andra människor att förändra sig själva och sina liv på ett helt sätt"*

(Frej, I: Hummelvoll, 2004:379).

Med dette sitat tenker jeg at det menes, at om man som sykepleier ikke byr litt på seg selv og ikke blir påvirket av andres liv og lidelser, så kan vi ikke heller hjelpe disse mennesker til å leve med sine lidelser på best mulig sett.

Personer med psykiske lidelser trenger slik som alle andre en tilværelse der de føler seg trygge og sikre. De trenger også faste gode rutiner som blir fulgt og en imøtekommenhet som passer deres behov. De trenger sykepleiere og personell rundt seg som de vet at de kan stole på og som hjelper dem i den situasjon de er i og med de lidelser de har. Fjørtoft (2006) og Cullberg (2006) sier at angsten disse personer lider av medfører en isolasjon og tryggheten er da det egne hjemmet. Isolasjonen gjør at personer med psykisk lidelse har et lite sosialt nettverk og dermed trenger de mer støtte ifra de som er rundt dem.

Men jeg forstår at møtet med personer som lider av dobbeltdiagnose ikke alltid er så lett. Det å ikke vite hva som møter en i døren når man kommer på besøk kan jo være skremmende og også krevende. Når man har en ruslidelse i tillegg til en psykisk lidelse, så tar ofte

rusmisbruket overhånd over hverdagen og man glemmer de hverdagslige tingene. Almvik (2006) beskriver at livet til en rusmisbruker styres av sitt misbruk.

Jeg har sett ute i praksis at dusjing, spising og vasking av hus er ikke det viktigste for disse personer, det viktige for dem er å få noe å drikke for å dempe sin angst og nedstemtheten som følger. Trygden forsvinner fort på drikkevarer, og det blir et stort problem når pengene er slutt og de ikke har råd til mat, angsten og nedstemtheten kan da bli større og vanskeligere å takle. Rusmisbruket fører til en rekke helseskader hos personer med dobbeltdiagnose, disse helseskader gjør at de ofte får et omfattendebehov for hjelp. Men det som er, er at mange av de rusavhengige ikke er så opptatt av sine helseplager. De er mer opptatt av hvordan de blir møtt og behandlet av helsepersonellet som de møter. De vil bli møtt med respekt og verdighet og dette kan sykepleieren bidra med gjennom å gi støtte og omsorg i stedet for avvising og fordømmelse.

I beretningen min så er Jarle sin eneste kontakt med kommunehelsetjenesten et møte i døren på morgenen, da han får sin dosett. Dette er kanskje den eneste sosiale kontakt han har i løpet av en dag og dermed så syns jeg at det er viktig og nødvendig at det skapes en god relasjon mellom Jarle og den som står på døra med dosetten. Dette er nødvendig for å kunne hjelpe han. Det å for han møte noen som virkelig bryr seg om han og som i beste fall kan følge opp behandlingen til han med den psykiske lidelse han har, kan bety en hel revolusjon i et fortvilet menneskes liv.

Gjennom at være åpen og nåværende i møtet med personen med den psykiske lidelsen så kan vi hjelpe dem langt. Travelbee omtaler kommunikasjonen som en dynamisk kraft.

*"Kommunikasjon er en dynamisk kraft som kan ha dyp innvirkning på graden av mellommenneskelig nærhet i sykepleiesituasjoner; den kan brukes til å trekke andre mennesker nærmere, til å støte dem bort, til å gi hjelp eller til å såre... dersom hun ikke interesserer seg for syke mennesker, vil denne intrissemangelen kommuniseres, uansett hva hun måtte di uttrykk for med ord, og den syke vil reagere tilsvarende"* (Travelbee, 2009:137).

Jeg mener sammen med Travelbee og mange andre forfattere som har berørt temaet kommunikasjon, at kommunikasjonen blir kjernen i sykepleie og det viktigste redskapet en sykepleier har i sitt virke for å skape en god kontakt mellom seg og den syke.

Kommunikasjon er ikke bare et ord uten også et samspill som vi som sykepleiere kan påvirke til en positiv ting. God kommunikasjon er en viktig forutsetning for å kunne gi pleie av høy kvalitet. En dårlig kommunikasjon derimot påvirker ikke bare opplevelsen av møtet men kan også få konsekvenser for den sluttelige hjelpen og behandlingen til personen med den psykiske lidelsen.

Cullberg (2006) sier at personer med langvarige psykiske lidelser ofte blir påvirket av en ensomhet og en sosial isolasjon. De har vansker med å skape et fungerende nettverk rundt seg, men samtidig så er disse personer veldig avhengig av en trygghet og stimulering i sitt liv.

Dette har jeg lagt merke til når jeg har vært ute i praksis. Mange sitter dag inn og dag ut, helt alene i sin leilighet. Den eneste kontakt de har med omverden er de få besøk de har vedtak på fra kommunehelsetjenesten. Dette besøk er ofte en trygghet for personen med den psykiske lidelsen. Det er en trygghet at bli passet på og å få en liten kontakt med noen i løpet av dagen eller natten. Om de prater med den som kommer er ikke så nøye for dem, det viktigste er tryggheten av at noen kommer innom, og viser at de er der for han.

I regjeringens St.meld.nr. Nr.30 (2011-2012), står de skrevet at de vil gjennom *Kvalitetsløftet rus og psykisk helse* bidra til å styrke fagkompetansen og kunnskapen og bedre kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene.

Hva jeg også har sett ute i praksis er mangel på et fungerende behandlingstilbud. Dette er et problem innen psykiske lidelser, og dette er også på grunn av at helsepersonell kan for lite om disse helseplagene (Mæland 2010). Derfor er det jo veldig bra at regjeringen har et eget løfte for å øke kompetansen ute i feltet, da mange ikke vet hvordan de skal forholde seg til personer med psykisk lidelse.

Som jeg som sagt tidligere har sett så har helsepersonell ofte vansker med å finne den rette formen for behandlingstilbud for personer med psykisk lidelse. Det som jeg også har sett når jeg har vært i praksis er at mange av disse menneskene ofte blir i midten av flere ulike hjelpetjenester og at den lille hjelp de får, eller i mange tilfellen mangel på hjelp, ikke er nok for at de skal føle verdighet og mestring.

*"Målet for arbeidet i kommunen er dels å støtte og hjelpe pasienten til en god integrasjon i samfunnet, slik at den psykiske lidelsen ikke gir for store følger for personlig velvære og sosial integrasjon"* (Håkonsen, 2000:248).

Derfor er det viktig at de som arbeider ute i feltet vet og kan det som trenges for at oppfølging og hjelpen som skal til er lett tilgjengelig for personen med den psykiske lidelsen. Styrking av behandlingstilbudet for personer med psykisk lidelse og rusmisbruk, og øking av kunnskap og kompetanse er dermed utrolig viktig. Jeg håper at det er flere og flere som tar en videreutdanning i psykisk helse så at dette feltet blir mer mettet og at behandlingstilbudene blir bedre.

## 5.2 Menneske-til-menneske-forholdet

Historien som jeg har skrevet og opplevd er noe som jeg tenkt mye på i ettertid. Det gjør noe med en selv som person og student når man hør og ser hvordan en velutdannet sykepleier kan behandle mennesker (pasienter) på en slik lite verdig måte. Som sykepleiestudent så har jeg lært meg mye om hvor viktig det er at vise empati og omtanke mot de mennesker vi møter. Jeg har lært meg at man skal ha et holistisk menneskesyn der man ser hele mennesket og ikke bare lidelsen og sykdommen.

Barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter er verdier som ligger til grunn for de yrkesetiske retningslinjene, og dette var absolutt ikke noe denne sykepleieren klarte å formidle under møtet med Jarle. Hun viste ingen barmhjertighet for lidelsene som Jarle har og hun viste heller ingen omsorg og respekt for han.

Jeg synes at man må møte alle mennesker på den samme måten uansett de lidelser og problemer de har og jeg ønsker inderlig at det er noe jeg kommer at ta med meg når jeg er ferdig utdannet sykepleier.

Jeg vet ikke noe om forhistorien mellom Jarle og denne sykepleier, men jeg synes heller ikke at det har noe å si. For som sykepleier så har man et yrke som omhandler at vise empati og å være en hjelpende hånd for de som trenger det. Travelbees teori om menneske-til-menneske-forholdet er noe jeg synes er utrolig viktig i møtet med mennesker. Travelbee (1999), sier også at fokuset på utvikling av en relasjon mellom pasient og sykepleier er en viktig interaksjonsprosess. Det å vise at vi er likestilte og at vi klarer å bygge opp denne gjensidige tilliten til hverandre har så mye å si for å få en god relasjon. Det at sykepleier bruker seg selv terapeutisk gjennom å vise at hun er et menneske i møtet med personen med den psykiske lidelsen, medfører at det blir et godt menneske-til-menneske-forhold mellom dem.

Det med å vise omsorg for andre er en viktig grunnleggende verdi og dette knyttes til det å ivareta og sørge godt for andre mennesker som har behov for hjelp og støtte. Det med å arbeide med mennesker og hjelpe de som trenger det er noe av det viktigste og mest meningsfulle vi som sykepleiere kan gjøre. Gjennom å vise empati for våre medmennesker, så klarer vi som regel at komme lengre med det mål vi ønsker å nå frem til. Dette blir da en trygghet og respekt mellom de det angår.

Eide og Eide (2008) skriver at empati er evnen til å lytte , til å sette seg inn i en annens situasjon og til å forstå den andres følelser og reaksjoner. Empati er en forutsetning for godt sosial- og helsefaglig arbeid generelt og spesielt da for den profesjonelle, hjelpende kommunikasjonen. Videre skriver de at empati i profesjonelle sammenheng innebærer at den følelsesmessige forståelsen av den andre kommuniseres tilbake, verbalt, nonverbalt eller gjennom handling. Altså vill jeg fastslå at empati har en stor del i menneske-til-menneske-forholdet i sykepleie. Det at vi må lytte aktivt på pasienten og se pasienten bak lidelsen, vi må se både det verbale og det nonverbale som utspiller seg hos den syke. Travelbee (1999) har sitt menneske-til-menneske-forhold som en stor del av sin teori, og dette støtter jeg meg virkelig til. Jeg mener at har vi en god relasjon oss imellom så gir det en mulighet for å nå frem til de mål vi har med å hjelpe et menneske.

Hummelvoll (2004), beskriver relasjonen mellom sykepleier og pasient som et fellesskap, der fellesskapet spiller en avgjørende rolle i helbredelsesprosessen. Gjensidig tillit og åpenhet er ord som han finner er viktig i dette sykepleier-pasient-fellesskapet. Dette fellesskap hviler på noen sentrale hjørnesteiner og disse er: Likeverdighet, møte/nærværenhet, selvaktelse/signifikans, ansvar og valg, mål, mening og verdiavklaring, ansvar og valg, skyld og soning, åpenhet og innsikt, konformitet versus opprør og håpets beslutning.

Det at vi som sykepleiere kan klare å utvikle en forståelse for personer med psykisk lidelse gjør at det blir lettere for å klare å fremme deres verdighet og at de klarer å mestre sin lidelse. Den kontakten som oppstår mellom sykepleier og personen med den psykiske lidelsen er et skritt nærmere dette viktige menneske-til-menneske-forholdet.

### **5.3 Det handler om verdighet og mestring**

Ansvarsområdet for sykepleiere handler om å fremme helse, forebygge sykdom, gjenopprette helse og å lindre lidelse. I følge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiers grunnpilar så er den basert på det å ivareta den enkeltes integritet og verdighet, og sykepleiere skal gjennom sin

profesjon og medmenneskelighet vise omsorg for det lidende mennesket (Norsk Sykepleieforbund, 2011).

Det å bli behandlet med respekt og verdighet er viktig for alle mennesker. Vi alle trenger ibland en støttende og hjelpende hånd når vi er syke. Den hjelpende hånden, som i Jarle sitt tilfelle er sykepleieren, skal vise Jarle at hun er der for han og støtter han. Når Jarle blir møtt med verdighet og respekt så klarer han lettere av at mestre den situasjon han er i og den lidelse han har.

Når personen med den føler mestring så hjelper det han til å få tro på seg selv, og da får han følelse av at han har evner og muligheter til å være en noen for seg selv og også andre.

Dessverre så kan førdomene mot personer med psykisk lidelse være så sterk på grunn av som jeg skrevet tidligere manglende kunnskap og empati.

Men sykepleierens profesjonelle oppgave er å hjelpe den syke til å holde fast ved håpet og mestre si sykdom for å unngå håpløshet (Travelbee, 1999). Den læredomen må ha vært glømt hos denne sykepleieren i historien om Jarle, da Jarle bare følte håpløshet og ikke verdighet og mestring etter møtet slutt. Det er vi som sykepleiere som skal hjelpe det syke mennesket, vi skal jo ikke trykke dem lengre ned.

Vår rolle er å hjelpe personen med psykisk lidelse til å føle mestring å klare å leve med sin lidelse. Vi som sykepleiere skal og må gjøre alt for å hjelpe personen med psykisk lidelse til føle verdighet og mestring gjennom å samtale og kommunisere med dem. Det er viktig at vi gjør det på det sett som personen med den psykiske lidelsen er klar for. Det er jo faktisk han som bestemmer hvordan han vil gå frem i samtalen. Det at vi må vise hverandre at vi er likestilte mennesker som har samme behov av å bli sett og hørt har stor betydning for å klare å bygge opp en relasjon.

Langeland (2009) har forsket på hva en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse har for betydning for en person med psykisk lidelse. Hun sier at kvaliteten på den sosiale støtte som personer med psykisk lidelse får er det desidert viktigste for at disse personer skal klare at mestre sine lidelser. Dette støtter opp om det jeg har lest og lært meg under oppgavens gang, kunnskapen og kompetansen hos sykepleieren, og det gjensidige møtet og samhandlingen rundt om personen med psykisk lidelse har en enorm betydning for verdigheten til han.

For at sykepleier skal kunne hjelpe personen med den psykiske lidelsen til å føle verdighet og mestring så kreves det som jeg har sagt tidligere at sykepleier er åpen og viser interesse for personen med lidelsen. Men dette krever også tålmodighet fra sykepleierens sin side. En person med psykisk lidelse kan trenge lang tid for å klare å bygge opp en god relasjon og tillit til sykepleieren. Sykepleieren kan være nød til å gang på gang bevise at hun er der for pasienten når han trenger det.

For å hjelpe personen med den psykiske lidelse til å føle verdighet og mestring så er sykepleierens oppgave å lytte og være tilstede, å hjelpe pasienten til å bli trygg på seg selv, sin kropp og sin lidelse. For å oppleve seg selv som verdig så må man bli møtt med verdighet ifra andre (Bredland, 2011).

Noen ting er lette å lære i teorien men det er desto mer man lærer når man er i ute i praksisfeltet. Man kan ikke bare lese seg til hvordan man skal være mot andre, man må også være så pass ydmyk at man kan lære av alle mennesker som man møter ute i samfunnet og ute i yrkeslivet. Gjennom å vise ydmykhet og respekt for en annen menneske så viser man at de er verdig et godt liv med den lidelse de har. Vi må møte personen med den psykiske lidelsen på et slikt sett som vi selve ønsker å bli møtt. Dette fører til verdighet og mestringsfølelse hos personen med den psykiske lidelsen.

## 6.0 AVSLUTTING

Etter en lang, lærerik og ganske så krevende skriveprosess, føler jeg nå at jeg er i mål med oppgaven. Jeg har fått økt kunnskap om hva jeg som sykepleier kan gjøre i møtet med personer med psykisk lidelse. Jeg har fått bedre kunnskap om denne pasientgruppe, og jeg må inderlig si at jeg brenner for dette faget.

Som jeg har skrevet tidligere i oppgaven så har jeg i fra mitt perspektiv som sykepleiestudent drøftet den hendelse som jeg har beskrevet, i hodet mitt mange ganger i løpet av disse månedene. Tanken og funderinger over hvor noen kan behandle et lidende menneske på et slik undervurderende sett er helt ubegripelig for meg. Etter fire års utdanning så har jeg lært meg mye, men det som kanskje sitter best og sterkest er den måten man skal være mot mennesker, både syke og friske.

Med å vise et ekte nærvær og vilje til å forstå så kan vi som sykepleiere øve opp vår evne til å tyde de skjulte budskap fra våre pasienter. Det at vi som sykepleiere ser den unike personen bak diagnosen og dess eventuelle lidelse gir oss kraft til å møte den enkelte pasienten i den situasjon han er. Kommunikasjonens betydning i møtet med mennesker har en utrolig innvirkning i alle relasjoner, både i det private og i jobbsammenheng. Har man ikke en god måte å kommunisere på så medfører dette bare forviklinger og problemer.

Den nye kunnskap som jeg har fått gjelder ikke bare personer med psykiske lidelser uten alle mennesker, syk som frisk. En god kommunikasjon som er bygd på respekt og tillit er alfa og mega, for å føle mestring og verdighet. Kunnskapen og ferdigheten som sykepleieren har er grunnlag for å få til den hjelpende kommunikasjonen.

Jeg innlede oppgaven med en dikt og jeg avslutter med et annet. Denne omhandler den grunnleggende tanken for omsorg og er skrevet av den danske forfatteren Løgstrup:

*”Den enkelte har aldrig med et annet menneske at gøre uden at han holder noget af dets liv i sin hånd. Det kan være meget lidt, en forbigående stemning, en oplagthed, man får til at visne, eller som man vækker, en lede man uddyber eller hæver. Men det kan også være forfærdende meget, så det simpelthen står til den enkelte, om den andens liv lykkes eller ej” (I: Kristoffersen, 2011:85).*



## LITTERATURLISTE

### Pensumlitteratur

Bjørk, I.T., mfl. (2004). *Møte mellom pasient og sykepleier*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Blix, E.S. og Breivik, S. (2006). *Basisbok i sykepleie – om menneskets grunnleggende behov*. Bergen: Fagbokforlaget.

Bredland, E.L., mfl. (2011). *Det handler om verdighet og deltakelse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Brinchmann, B.S. (2008). *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

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

Eide, H. og Eide, T. (2008). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Fjørtoft, A-K. (2006). *Hjemmesykepleie – ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget.

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

Kringlen, E. (2011). *Psykatri*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Mæland, J.G. (2010). *Forebyggende helsearbeid*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Norsk Sykepleieforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*.

Tveiten, S. (2009). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget

## Selvvalgt litteratur

Almvik, A. og Borge, L. (2006). *Psykisk helsearbeid i nye sko*. Bergen: Fagbokforlaget. (22 sider)

Cullberg, J. (2006). *Dynamisk Psykiatri*. Otta: TANO AS. (27 sider)

Evjen, R. mfl. (2003). *Dobbelt opp – om psykiske lidelser og rusmisbruk*. Oslo: Universitetsforlaget AS. (50 sider)

Håkonsen, K.M. (2000). *Mestring og lidelse*. Oslo: Gyldendal Akademisk. (20 sider)

Kringlen, E. (2011). *Psykiatri*. Oslo: Gyldendal Akademisk. (17 sider)

Kristoffersen, N.J. mfl. (2011) *Bind I Grunnleggende sykepleie – sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. Oslo: Gyldendal Akademisk. (41 sider)

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget. (37 sider)

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk. (96 sider)

## Fra internett

Folkehelseinstituttet (2011). Tilgjengelig på:

[http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea\\_5661&MainArea\\_5661=5631:0:15.2337:1:0:0::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5631:0:15.2337:1:0:0::0:0) [Online: 05.10.2012]. (7 sider)

Karlsen, R. (2007). *Sykepleierstudenters møte med psykiatrisk praksis*. Tilgjengelig på:

<http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/118543/sykepleierstudenters-mote-med-psykiatrisk-praksis> [Online: 26.08.2012]. (5 sider)

Langeland, E. (2009). *Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse.*

Tilgjengelig på:

[http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-nyhet?p\\_document\\_id=299457](http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-nyhet?p_document_id=299457) [Online: 04.06.2012]. (8 sider)

Regeringen.no, St.meld.nr. 30 (2011-2012). *Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk alkohol-narkotika-doping.* Tilgjengelig på:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2011-2012/meld-st-30-20112012/8.html?id=686109> [Online: 10.12.2012]. (10 sider)

Regionalt kompetansesenter for dobbeltdiagnose rus og psykisk lidelse (2012). Tilgjengelig på:

<http://www.dobeltdiagnose.no/Brukerinformasjon/dobeltdiagnose> [Online: 02.10.2012].

(1 side)

**Antall sider selvvalgt litteratur: 341**