

Et blikk på tillitsskapende arbeid med rusavhengige

- Hvilke faktorer påvirker sykepleierens muligheter til å utvikle en tillitsfull relasjon med rusavhengige pasienter?

Kandidatnummer: 171

VID vitenskapelige høgskole Diakonhjemmet

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: 13 SYKHEL

Antall ord: 10 916

17.03.2016

Problemstilling: Hvilke faktorer påvirker sykepleierens muligheter til å skape en tillitsfull relasjon med rusavhengige pasienter?

Metode: Metoden som er brukt i denne studien er systematisk litteratursøk. Jeg gjorde to søk i to ulike databaser, med forskjellige søkeord.

Funn og drøfting: Litteratur og forskning viser at følgende faktorer påvirker sykepleierens muligheter til å skape en tillitsfull relasjon med rusavhengige pasienter: Kompetanse, holdninger, empati, respekt, verdighet, evnen til å se personen bak rusavhengigheten, pasientens opplevelse av å ha en venn, og pasientens frykt for intimitet.

Oppsummering: Rusavhengighet er et problem for samfunnet, og ikke minst for individet. Mange rusavhengige har opplevd traumer og omsorgssvikt i barndommen, og en del har tilknytningsvansker. Det kan gjøre det vanskelig for dem å få tillit til andre, og da også helsepersonell. Vi som sykepleiere har dermed en viktig oppgave i å skape en tillitsfull og hjelpende relasjon med rusavhengige.

*Du går fram til mi inste grind,
og eg går òg fram til di.
Innanfor den er kvar av oss einsam,
og det skal vi alltid bli.*

*Aldri trenge seg lenger fram,
var lova som gjalt oss to.
Anten vi møttest tidt eller sjeldan
var møtet tillit og ro.*

*Står du der ikkje ein dag eg kjem
felle det meg lett å snu
når eg har stått litt og sett mot huset
og tenkt på at der bur du.*

*Så lenge eg veit du vil koma i blant
som no over knastande grus
og smile glad når du ser meg stå her,
skal eg ha ein heim i mitt hus.*

Ord over grind
Halldis Moren Vesaas

Innholdsfortegnelse

1	Tabeller.....	5
2	Forkortelser	5
3	Innledning.....	6
3.1	Begrunnelse for valg av tema	6
3.2	Presentasjon av problemstilling.....	8
3.3	Begrepsavklaring	8
3.3.1	Tillit.....	8
3.3.2	Rusavhengighet	8
3.4	Avgrensing.....	8
4	Teori	9
4.1	Rusavhengighet	9
4.2	Rusbehandling	10
4.3	Tillit	12
4.4	Relasjon	14
4.5	Bakgrunn og oppvekst	16
5	Metode.....	18
5.1	Valg av metode	18
5.2	Søkestrategi	18
5.3	Analyse	20
5.4	Metodekritikk	20
5.5	Etiske overveielser.....	20
6	Presentasjon av funn.....	22
7	Drøfting	29
7.1	Frykten for intimitet.....	29
7.2	Kompetanse og holdninger	30
7.3	Vise empati, respekt og verdighet	31
7.4	Se personen bak rusavhengigheten	33
7.5	Opplevelse av å ha en venn	34
8	Oppsummering	37
9	Litteraturliste	38

1 Tabeller

Tabell 1: Søkestrategi

Tabell 2 (artikkel): Thresholds in a low-threshold setting: An empirical study of barriers in a centre for people with drug problems and mental health disorders

Tabell 3 (artikkel): Acknowledging communication: a milieu-therapeutic approach in mental health care

Tabell 4 (artikkel): Three different ways mental health nurses develop quality therapeutic relationships

Tabell 5 (artikkel): The dissonant care management of illicit drug users in medical wards, the views of nurses and patients: a grounded theory study.

Tabell 6 (artikkel): Attachment in relation to affect regulation and interpersonal functioning among substance use disorder in patients

Tabell 7 (artikkel): Hjelpsomme relasjoner. En kvalitativ undersøkelse av samarbeidet mellom brukere med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer og fagpersoner i to oppsøkende team.

2 Forkortelser

ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer, 10. Revisjon, 2016.

3 Innledning

I 2013 var anslaget for antall injiserende narkotikabrukere i Norge 8100 personer. Antallet anmeldte narkotikalovbrudd var i 2014 omtrent 50 000. I Norge er det anslått 250 narkotikarelaterte dødsfall per år, hovedsakelig grunnet heroininjisering (SIRUS 2015). I 2014 ble 30 000 innlagt på institusjon for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (Helsedirektoratet 2015). Rusavhengighet er et stort problem samfunnsmessig og for enkeltindividet. Det medfører store kostnader, og ikke minst psykiske og fysiske helseplager (Folkehelseinstituttet 2014).

Siden rusmisbruk ble et samfunnsaktuelt tema på 1960-tallet har det vært fokus årsakene til rusmisbruk, om det er en sykdom eller et symptom på feil i samfunnet eller personlige problemer. Lenge har de såkalte symptomteoriene hatt mest innflytelse på fagfolk, politikere og andres syn på rusmisbruk. I senere tid har man imidlertid gått mer og mer over til å kalle menneskene rusavhengige, fordi man i større grad ser på misbruket i et sykdomsperspektiv (SIRUS 2015).

Det å kunne skape en god relasjon er viktig i møte med så å si alle pasienter, spesielt i endringsveiledning. Relasjonen kan være avgjørende for behandlingsresultater. Evnen til å lytte, forstå og skape kontakt og allianse er viktig for pasientens motivasjon til endring (Eide og Eide 2007).

Mange rusavhengige har opplevd vonde ting og traumer i livet, og en del har atferds- og relasjonsproblemer. Bakgrunnen deres kan altså skape vansker når rusavhengige skal på institusjoner (Lossius 2011). Tillit er viktig for å skape gode, trygge relasjoner. Ikke minst er det viktig i relasjonen mellom sykepleiere og pasienter. Uten tillit blir det vanskelig å ta imot og gi hjelp (Dinc og Gastmans 2011).

3.1 Begrunnelse for valg av tema

Personer med avhengighetslidelser har ofte psykiske problemer eller lidelser. Barndommen har vært problematisk for mange rusavhengige (Fekjær 2008). Ifølge Helsedirektoratets rapport om rus og psykiske lidelser er det nødvendig med mye kompetanse for å hjelpe dem. Det handler om å vise dem empati og verdighet, på tross av brutte avtaler og elendighet. Det er fortsatt hull når det gjelder utredning, behandling og oppfølging av rusavhengige (Helsedirektoratet 2012). Mange har tilknytningsvansker og personlighetsforstyrrelser som følge av omsorgssvikt i barndomsårene. Dette gjør det ofte mer utfordrende for hjelperen å skape og beholde en tillitsfull allianse med den rusavhengige (Arefjord 2011). Mange

rusavhengige har hatt foreldre med rusproblemer, noe Arefjord (2011) mener kan føre til tilknytningsproblemer senere i livet.

Tillit er fundamentet i en god relasjon. Sykepleieren er i de fleste tilfeller avhengig av å ha pasientens tillit for å kunne hjelpe på best mulig måte (Dinc og Gastmans 2013). Jeg har gjennom praksis på behandlingsinstitusjon for rusavhengighet sett at å skape en tillitsfull relasjon med pasientene er en viktig del av behandlingen. Mange av pasientene der slet med å ha tillit til ansatte og pasienter, noen mer enn andre. For pasienter som har opplevd store påkjenninger i livet vil en person de kan være trygg på, ha tillit til, og som ikke forsvinner, kunne være til stor hjelp (Eide og Eide 2007).

Tilknytningsteori tar utgangspunkt i at alle mennesker har behov for å ha trygge og sterke bånd til andre mennesker, gjennom hele livet. Hvis disse båndene blir brutt eller truet kan det gi psykiske vansker og annerledes kommunikasjonsmønstre. Det er viktig at hjelperen gjenkjenner for å kunne forholde seg til det på en konstruktiv måte. Tilknytningsadferd er det vi gjør for å komme nær og få kontakt med andre mennesker, spesielt når vi trenger støtte, hjelp eller beskyttelse. Tilknytningsmønsteret man har ervervet har altså betydning for relasjoner, også i relasjon til profesjonelle hjelpere (Eide og Eide 2007).

Gjennom sykepleiestudiet har vi hatt lite undervisning om rusavhengighet. Dette til tross for at det er en gruppe mennesker vi kan møte i alle deler av helsesektoren, både i somatiske sykehus, sykehjem, i psykiatriske sykehus og i rusomsorgen. Fordi tillit er en essensiell del av sykepleier-pasient-relasjonen, er det viktig å lære om hvordan denne skapes. Sykepleiere har en sentral funksjon i tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og på andre institusjoner for rusavhengige. Vi har ikke bare ansvar for det medisinske og somatiske, men derimot ivareta hele pasienten. Sykepleieren på en behandlingsinstitusjon har individuelle samtaler, både spontane og planlagte, kan lede gruppeterapi, og være med på det sosiale på avdelingen.

Det finnes en del forskning om tillit i sykepleier-pasient-relasjonen (Dinc og Gastmans 2013), og det finnes noe forskning om rusavhengiges psykiske behov, og om tillit og tilknytning i barndommen og voksenårene (Thorberg og Lyvers 2009). Jeg vil i drøftingen se om jeg kan finne sammenhenger mellom det jeg har funnet av teori og forskning om tillit i sykepleie, tilknytning, utviklingspsykologi, relasjonsbygging og rusavhengige.

Målet med denne oppgaven er å belyse hvilken rolle tillit har i rusbehandling, og utforske hvilke faktorer som påvirker i å skape den, og eventuelt hva som hindrer eller skader den.

3.2 Presentasjon av problemstilling

Hvilke faktorer påvirker sykepleierens muligheter til å skape en tillitsfull relasjon til rusavhengige pasienter?

3.3 Begrepsavklaring

3.3.1 Tillit

Tillit kan defineres som troen på at vi blir tatt vare på, eller som en holdning der en stoler på en annen, og som en vilje til å inngå et forhold med noen der en vet at sårbarhet kan oppstå (Dinc og Gastmans 2013).

3.3.2 Rusavhengighet

Avhengighetssyndrom der stoffavhengighet er inkludert er definert som:

et spektrum av fysiologiske, atferdsmessige og kognitive fenomener der bruken av en substans eller substansklasse får en mye høyere prioritet for en gitt person enn annen atferd som tidligere var av stor verdi (Direktoratet for e-helse 2016).

3.4 Avgrensning

Jeg vil først og fremst fokusere på tillit som en forutsetning for en god relasjon, og på hva en god relasjon er. På grunn av oppgavens begrensede omfang vil jeg fokusere mindre på tillit opp imot maktmisbruk, og etiske dilemmaer som følge av tillit.

Utgangspunktet er pasienter på institusjon som får hjelp med rusavhengighet, hovedsakelig for å bli rusfrie. Jeg vil fokusere på voksne rusavhengige, hovedsakelig narkotikabrukere, som har opplevd overgrep og tillitsbrudd i barndommen, eller som av andre årsaker har problemer med relasjoner og andre psykiske plager. Oppgaven avgrenser ikke med tanke på kjønn, alder, bosted, eller psykiske lidelser utover det jeg allerede har nevnt.

Oppgaven omhandler hvorfor tillit er viktig i en god relasjon, og hvorfor det kan være vanskelig å skape tillit med rusavhengige pasienter. Det er brukt forskning og litteratur som sier noe om tillit og rusavhengige, samt hvordan sykepleieren kan skape tillit. Teori om tilknytning, og hvordan det påvirker etablering av tillit er også relevant å ha med. Det er også brukt en del litteratur som handler om forholdet og kommunikasjonen mellom pasient og terapeut/behandler, ikke bare sykepleiere. Jeg mener vi som sykepleiere har god nytte av å vite om teknikker og tankemåter som terapeuter bruker i samtale med pasienter.

4 Teori

I denne delen av oppgaven vil jeg finne fram til litteratur og forskning som sier noe om de forskjellige aspektene problemstillingen min reiser, og tema som er viktig for å forstå sammenhengene. Teoridelen benyttes senere for å drøfte funnene fra det systematiske litteratursøket jeg skal gjøre.

4.1 Rusavhengighet

Rusavhengighet kan defineres som en samling av symptomer, et syndrom, som fører til at livssituasjonen påvirkes og livsførselen endrer seg på en uhensiktsmessig og ofte skadelig måte. Avhengigheten kjennetegnes gjerne gjennom sterk lyst eller trang til å innta stoffet, problemer med å kontrollere inntaket og å stoppe før en mister kontrollen (Lossius, 2011). Toleranse for stoffet og abstinenser ved brå slutt er også kjennetegn. Etter hvert kan rusen bli viktigere enn alle andre forhold i livet. I den kliniske hverdagen er det oftest mest fruktbart å se på rusavhengighet som et relasjonelt problem, heller enn et medisinsk problem (Lossius 2011).

Bruk av opioider over lang tid fører til endringer i sentralnervesystemet (Helsebiblioteket 2010). Det gir seg utslag i:

- Toleranseøking for visse effekter av stoffet
- Abstinensreaksjoner når man slutter med stoffet
- Endringer i hjernens motivasjonsbaner
- Endringer i stressreguleringen
- Den overordnede styringen svekkes på grunn av påvirkning av funksjoner i fremre hjernelapp

Avhengigheten utvikles over tid, og den blir ofte tydelig først når psykososiale symptomer kommer til syne. Mange kan klare seg uten opioider i perioder, for eksempel i fengsel eller ved behandlingsinstitusjoner, men tilbakefall er vanlig når de kommer ut igjen (Helsebiblioteket 2010).

Tre eller flere av de nedenforstående kriterier må være oppfylt for at en person skal få diagnosen rusavhengighet (Direktoratet for e-helse 2016):

a) sterk lyst eller følelse av tvang til å innta substansen,

(b) problemer med å kontrollere substansinntaket, med hensyn til innledning, avslutning og mengde,

(c) fysiologisk abstinensstilstand når substansbruken har opphørt eller er redusert, som viser seg ved det karakteristiske abstinenssyndromet for stoffet, eller bruk av samme (eller et nær beslektet) stoff, for å lindre eller unngå abstinenssymptomer,

(d) toleranseutvikling, slik at økte substansdoser er nødvendig for å oppnå den samme effekten som lavere doser tidligere ga. Klare eksempler på dette finner vi hos alkohol- eller opiatavhengige personer som daglig kan innta doser som er store nok til å slå ut eller ta livet av brukere uten toleranseutvikling,

(e) økende likegyldighet overfor andre gleder eller interesser, som følge av bruk av ett eller flere psykoaktive stoffer. Mer og mer tid brukes på å skaffe eller innta stoffer eller til å komme seg etter bruken,

(f) substansbruken opprettholdes til tross for åpenbare tegn på skadelige konsekvenser, som leverskader etter betydelig alkoholkonsum, depressive perioder rett etter perioder med høyt inntak av psykoaktive stoffer, eller substansrelatert reduksjon av kognitivt funksjonsnivå. Det må fastslås om brukeren var, eller kunne forventes å være, klar over skadens natur og omfang.

Rusmiddelbruk kan ha mange ulike motiver og funksjoner, og varierer fra person til person. Noen av de viktigste funksjonene rusen kan ha er mestring av livet, følelsesregulering, selvmedisinering og spenningssøking. Rusmidler påvirker de samme delene av hjernen som påvirkes når vi opplever glede og nærhet i forholdet til andre. Behovet for gode relasjoner kan dermed i ytterste konsekvens bli erstattet av rusmidler (Lossius 2011). Undersøkelser viser at de fleste tunge rusavhengige har hatt store problemer før de ble avhengige. Mange har hatt problemer på skolen, blitt mobbet, og vært i barnepsykiatrien (Fekjær 2008).

4.2 Rusbehandling

De fleste som har rusproblemer kommer ikke til behandling. Den viktigste grunnen til dette, ifølge amerikanske undersøkelser, er at de ikke ønsker å stoppe. I Norge er det kanskje en større andel som søker om behandling (Fekjær 2008). Det er flere faktorer som er med å opprettholde et rusmisbruk, og som hindrer folk i å søke behandling. Det kan være at de ikke tror de får bedre livskvalitet uansett, at de ikke tror behandlingsstedene klarer å hjelpe dem, eller at de tror at de kan klare det selv. Problemer som følge av rusbruken er det som oftest gjør at folk kommer til behandling. Det er også trolig at de er ambivalente, føler seg

hjelpeløse, vil vise velvilje ovenfor pårørende og andre, eller at de trenger en pause fra et slitsomt liv (ibid.).

Rusavhengighet har mange ulike underliggende årsaker, noe som må tas hensyn til når en skal hjelpe personer ut av avhengigheten. Viktige dimensjoner av rusavhengighet er (Fekjær 2008):

- Vansker med å mestre utfordrende situasjoner edru.
- Positive holdninger til rusmidler.
- Man bruker rusen for å legitimere handlinger og unnlater.
- Rusen er en forutsetning for å høre til i noen grupper
- Å være «narkoman» eller «alkoholiker» kan legitimere sosiale nederlag.
- Rusen demper vonde følelser

I en behandlingsinstitusjon for rusavhengighet jobber det flere forskjellige yrkesgrupper. Det kan blant annet være psykologer, leger, vernepleiere sosionomer og sykepleiere.

Sykepleierens oppgaver kan være medisinbehandling og hjelp med somatiske plager, ha individuelle samtaler og oppfølging av egne pasienter, være sammen med pasientene i uformelle situasjoner og drive miljøterapi (Sælør og Bjerknæs 2012).

En viktig arbeidsmodell i rusbehandling er motiverende samtale. Målet med motiverende samtaler er at klienten skal få styrket motivasjonen, og å skape en slitesterk beslutning om å endre noe. Samtaleformen er rolig, og hjelperen og klienten er i et likestilt samarbeid (Fekjær 2008).

Rusavhengige kan ofte ha dårlig affektregulering og impuls kontroll, noe som gjør samarbeid og samhandling i relasjoner vanskeligere. For eksempel kan den rusavhengige misforstå hva sykepleieren mente og reagere med sinne, og sykepleieren eller behandleren kan misforstå årsaken til atferden. Forvirring og fortvilelse kan derfor bli oppfattet som atferdsproblemer, og føre til sanksjoner mot pasienten, i stedet for behandling (Lossius 2011). Mange blir møtt med straff, konfrontasjon, moralisering, overtalelse og belæring, noe som ofte gjør at pasienten føler mer motstand og at behandlingen stopper opp og avbrytes (ibid.).

Pasient og terapeut påvirker og aktiverer hverandre emosjonelt. Terapeuten kan få både positive og negative følelser ovenfor pasienten, såkalt «motoverføring» (Lossius 2011). Spesielt vil samhandling med personer med dårlig impuls kontroll og relasjonelle skader kunne føre til sterke negative følelser og reaksjoner. Relasjonelle skader og dårlig

impulskontroll er vanlig blant rusavhengige. Det kan føre til at rusavhengige møter mer motstand fra helsearbeidere enn andre pasientgrupper. Det er funnet sammenheng mellom hvordan negative motoverføringer fra personalet fører til at pasienten avslutter behandlingen tidligere enn planlagt. Pasienter som er aggressive eller avvisende vekker ofte negative følelser hos personalet, og de føler seg hjelpeløse og inkompetente. Terapeutenes holdninger og følelser er altså med på å påvirke behandlingsresultatene, i tillegg til pasientens motivasjon og problemer (Lossius 2011).

Det finnes ingen fasit på hvilken metode eller behandlingsmodeller som fungerer best for rusavhengige, alle er forskjellige og har ulike behov. Empati står derimot fram som en viktig egenskap ved hjelperne. Gode behandlingsresultater henger blant annet sammen med terapeutens evne til å vise empati (Lossius 2011).

4.3 Tillit

Hvis man stoler på noen, har tillit, handler man nesten uten forholdsregler mot misbruk, svindel og tyveri (Grimen 2009). Den som har tillit til en annen er sårbar, fordi det kan være tillitsmottakeren er inkompetent og ikke vil han godt (Nortvedt og Grimen 2004). Mistillit handler om at man tar forholdsregler i interaksjon med andre, for eksempel bygger et høyt gjerde rundt huset for å holde tyver og lignende ute. Mennesker kan også bygge «gjerder» rundt seg selv, for å hindre at andre for eksempel utnytter oss eller skader oss. I langvarig samhandling kan det å bli vist tillit gjøre at man får tillit (Grimen 2009). Tillit kan forstås som en nødvendighet for at mennesker kan være sosiale, og er nødvendig for å handle meningsfylt (Nortvedt og Grimen 2004).

Tillit er selve grunnmuren i alle gode relasjoner. Det gir en mulighet til å åpne seg, og vise for andre hvem man er. Hvor mye tillit vi har til andre kan virke som en beskyttelse for det sårbare i oss, jo mer tillit vi har, jo mer sårbare er vi. I en behandlingsrelasjon blir tillit ekstra viktig. For at sykepleiere skal kunne hjelpe noen, uten å bruke tvang, må pasientene ha tillit til at vi kan ta hånd om dem på en god måte (Dinc og Gastmans 2013).

Det tar tid å bli komfortabel i relasjoner og å få en forståelse av den andre. I denne prosessen må begge parter prøve å forstå den andre som et unikt individ og dele noe av seg selv. Tillit er ansett som fundamentet i ett hvert terapeutisk forhold, og et viktig aspekt av sykepleierrollen er å skape tillit. Tilliten er skjør, og den kan skapes og ødelegges i miljøer preget av mistillit, som for eksempel på en psykiatrisk avdeling (Dinc og Gastmans 2013).

En viktig forutsetning for at pasienter skal stole på sykepleiere er at sykepleieren er troverdig, og at det er kontinuitet i oppfølgingen. I denne sammenhengen handler troverdighet om at sykepleieren forbereder seg før hun møter pasienten, for eksempel på hvilke problemer han har, hvilke medisiner han får, og hva som er snakket om ved tidligere konsultasjoner. Respektfull kommunikasjon og pedagogisk kompetanse er også viktige for å etablere tillit. At sykepleieren forstår hvor stor mental kapasitet pasienten har for øyeblikket er viktig for å hjelpe noen i en endringsprosess, fordi hun da kan tilpasse seg etter pasientens behov (Eriksson og Nilsson 2007). Troverdighet er også viktig for etablering av håp. Håp er en av de viktigste faktorene for at rusavhengige skal bli rusfrie. Hjelperen må ha håp om at rusfrihet er mulig, og ekthet og ærlighet må alltid være tilstede ovenfor klienten (Koehn og Cutcliffe 2010).

Pasienter får sterk tillit til sykepleiere som gjennom handlingene sine viser at hun er til å stole på. Den gjensidige forståelsen oppstår når sykepleieren viser at hun vil hjelpe, og at hun faktisk gjør det. Begrepet «håp» er også sentralt i sykepleiens mål og hensikt. Håpets kjerne består i vår grunnleggende tillit til verden rundt oss. Det vil si at for å ha håp må vi tro på at vi vil få hjelp av andre når vi trenger det (Travelbee 1997).

De viktigste vilkårene for utviklingen av tillit viser seg å være sykepleierens tilgjengelighet, å føle seg trygg følelsesmessig og fysisk, å føle seg hjemme og verdsatt som enkeltperson, og få nok informasjon. Dessuten er det viktig at kommunikasjonen er preget av respekt. Utvikling av tillit tar tid, og det å bli kjent med pasienten som person framfor som pasient er viktig. Et helhetlig syn på omsorg, å trives i jobben og å handle som pasientens advokat er faktorer som sykepleierne mener er viktige (Dinc og Gastmans 2013).

En faktor som fremmer tillit i forholdet mellom sykepleier og pasient er at sykepleieren stoler på pasientens kompetanse til å ta ansvar for avgjørelser på en måte som beskytte pasientens interesser. Sykepleierens personlige egenskaper, som ærlighet, pålitelighet, fortrolighet, ekthet, sensitivitet, empati, ydmykhet, og evnen til å se hele situasjonen viktig for å kunne skape tillit i relasjonen. Samt at sykepleieren har forståelse for pasientens lidelse, vise omsorg og toleranse, ha en ærlig og respektfull holdning, akseptere pasienters kultur, livsstil og valg uten å dømme, samt gi råd, støtte og engasjere (Dinc og Gastmans 2013).

«Empati er evnen til å trenge inn i eller ta del i og forstå den psykiske tilstanden som en annen person er i der og da» (Travelbee 1997). Empatisk forståelse er en bevisst intellektuell prosess, og den oppstår på tross av om man liker den andre eller ikke, mener Travelbee

(1997). Man har ikke empati kontinuerlig, men kan kjenne på den i visse situasjoner. I de situasjonene der man har empati med noen, vil det oppstå nærhet og kontakt. Empati er også viktig for at sykepleieren skal få en god forståelse av den andres indre opplevelse og ytre atferd. Når empati oppstår blir altså forholdet nærere, og pasienten kan ha utlevert noe av det mest personlige til sykepleieren. Han har fortalt noe i tillit til sykepleieren, og han kan bli veldig skuffet dersom sykepleieren gjør noe slik at han føler at tilliten er sviktet (Travelbee 1997).

Travelbee (1997) mener at empati oppstår på grunn av at man har noe like erfaringer. Det er vanskelig å forstå andre dersom man aldri har opplevd noe lignende selv mener hun, og derfor er det utenkelig at sykepleiere skal kunne ha empati med alle mennesker. Evnen til empati må utvikles hele tiden som sykepleier, på grunnlag av møte med forskjellige pasienter og egen livserfaring. Ønsket om å forstå det andre mennesket er i tillegg til likhet i erfaringsgrunnlaget, en forutsetning for empati (Travelbee 1997). Evnen til empati og til å vise denne kan variere fra person til person. At sykepleieren viser empati er ofte en avgjørende faktor for at pasienter føler seg sett og ivaretatt. Hvordan vi forstår pasienters lidelse og behov formes gjerne av den følelsesmessige påvirkningen de har på oss. Sykepleierens handlinger og holdninger, slik som evnen til å vise empati, vil igjen kunne gjøre at pasienten får tillit til oss (Kristoffersen og Nortvedt 2011).

Tillit spiller en viktig rolle i å klare å snakke om depresjon og alkoholproblemer, ifølge Dinc og Gastmans (2013). Å ha en tillitsfull relasjon med pasienten gjør at sykepleierne trives bedre på jobb, og dermed bidrar de mer til pasientens behandling og helbredelse (ibid.).

4.4 Relasjon

I relasjoner blir begge partene påvirket av den andres situasjon. Relasjoner former oss gjennom hele livet, gjennom sorg, glede, kjærlighet og tilknytning (Kristoffersen og Nortvedt 2011).

Gjensidighet er et viktig begrep i sykepleie og omsorg. Løgstrup mener at mennesker er gjensidig avhengige av hverandre, der vi er utlevert til hverandre gjennom hva vi sier, holdningene og blikkene våre, sansene våre og forståelsen vår. Samtidig er relasjonen mellom sykepleier og pasient asymmetrisk fordi pasienten er den trengende. Pasienten skal ikke hjelpe oss med våre egne problemer (Kristoffersen 2011). Dessuten er man som sykepleier forpliktet til å hjelpe pasientene, selv om kjemien ikke stemmer helt. Alle skal ha lik tilgang til helsehjelp. Pasienten skal ikke være uerstattelig for sykepleieren, og sykepleieren skal ikke

være uerstattelig for pasienten. Samtidig må sykepleieren involvere seg i pasienten for å kunne se hele mennesket, noe som er grunnleggende i god sykepleie. Pasientene vil føle seg fremmedgjort og nedverdige om sykepleierne bare ser det overflatiske. Grensene for hvor mye man involverer seg i pasientene er ofte bestemt ut fra situasjonen og pasienten (Kristoffersen 2011).

For at sykepleieren skal lykkes i å hjelpe må det etableres et menneske-til-menneske-forhold. Det skapes gjennom en interaksjonsprosess som består av et innledende møte, framvekst av identiteter, empati, sympati og etablering av gjensidig forståelse og kontakt. For å komme dit er det viktig at pasient og sykepleier ikke betrakter hverandre som roller, men som unike personer. I det første møtet preges begge av forventninger og fordommer, og utfordringen er her å se pasienten som den personen han er. Nå identiteten trer fram vil de bli kjent på et annet nivå, et kontaktforhold, der de ser på den andre som annerledes enn andre pasienter og sykepleiere. Kommunikasjon er et av de viktigste verktøyene sykepleieren har til å bygge et menneske-til-menneske-forhold. Kommunikasjon gjør at sykepleieren blir kjent med pasienten som den han er (Travelbee 1997).

Carl Rogers er en viktig psykolog innen den humanistiske tradisjonen, og utviklet den klientsentrerte terapimåten. Han la særlig vekt på det terapeutiske miljøet og terapeutens holdninger. Følgende tre betingelser ligger til grunn for en vellykket terapeut-klient-relasjon, preget av åpenhet, trygghet og respekt: terapeutens kongruens eller ekthet, ubetinget positiv og fullstendig anerkjennelse, og en sensitiv og nøyaktig empatisk forståelse (Rogers 1990).

At terapeuten er kongruent betyr enkelt sagt at hun ikke sier eller gjør ting hun ikke mener, at hun er ekte. Når vi merker at personer ikke er ekte vil vi heller ikke åpne oss ordentlig for dem. En person som vi merker er seg selv, på godt og vondt, at de er en person og ikke bare en profesjonell, vil det derimot være lettere å få tillit til, og dermed kunne åpne seg for.

Rogers mener med dette at de følelsene som går gjennom terapeuten i en samtale kan komme til syne for pasienten, selv om det er for eksempel kjedsomhet eller andre negative følelser. Han mener at man da kan si til klienten hvordan det er, på en måte så det framgår at det er terapeuten som kjeder seg selv, og at det ikke er pasienten som er kjedelig. Han sier videre at dette kan gjøre båndet mellom dem sterkere, og at pasienten lettere vil kunne være seg selv fordi han ser at terapeuten ikke er perfekt, og at han tør å dele noe også. Det at terapeuten er ekte gjør at risikoen og frykten for å dele blir mindre (Rogers 1990).

Ubetinget positiv og fullstendig anerkjennelse betyr at terapeuten viser at han verdsetter og bryr seg om alle tankene, følelsene og atferden til pasienten. Pasienten skal ikke være redd for å være seg selv, og skal kunne snakke om både negative og positive følelser uten å føle skyld eller skam (Rogers 1990). Terapeuten kjenner en omsorgsfull aksept av klientens opplevelser som en del av han, og setter ingen vilkår for denne aksepten. Denne ubetingede anerkjennelsen vil kunne bidra til en ikke-truende og trygg atmosfære slik at klienten kan utforske og oppleve ubehagelige følelser og tanker i seg selv (Rogers 1990).

At terapeuten har en sensitiv og nøyaktig empatisk forståelse handler om at terapeuten er fullstendig tilstede i pasientens verden, og setter seg inn i hvordan han opplever tanker og følelser. Terapeuten er imidlertid klar over at det ikke er hans egne opplevelser. Følelsene terapeuten fanger opp hos klienten, gjenkjenner han som følelser han selv kunne hatt, men som han ikke har i øyeblikket. God empatisk kommunikasjon kan hjelpe pasienten til å fritt kjenne på følelser og tanker (Rogers 1990).

Den terapeutiske alliansen mellom en hjelper og rusavhengig klient blir forsterket når klienten deler «hemmeligheter», og hjelperen tar imot disse uten å dømme. Disse hemmelighetene kan handle om selve rusbruket, eller om andre ting, men typisk er det da handlinger som klienten selv eller andre har utført som har ført til skamfølelse (Koehn og Cutcliffe 2010). Fem viktige egenskaper ved en terapeut som er med å skape en terapeutisk allianse er å stille spørsmål, komme med oppmuntrende kommentarer, identifisere og reflektere pasientens følelser, gi positive kommentarer om klienten og validere klientens opplevelser (Duff og Bedi 2009).

Relasjonen er svært viktig i rusbehandling. Rusavhengiges relasjon til hjelperne kan ofte være viktigere enn selve behandlingsmetoden som blir brukt. Mulighetene til å forutse et vellykket behandlingsopplegg blir bedre når det er en god relasjon mellom pasientene og hjelperne i rusbehandling. Det psykososiale miljøet på avdelingen og samholdet mellom pasientene er også av betydning for motivasjonen og utholdenheten til pasientene. De som jobber på langtids rusbehandling, oppgir at relasjonen er det viktigste for at de skal finne mening og holde ut i arbeidet (Sælør og Bjerknes 2012).

4.5 Bakgrunn og oppvekst

Tilknytning er definert som det emosjonelle båndet som barn utvikler overfor omsorgsgivere. Det viser seg som søken etter nærhet, protest ved atskillelse, og glede ved gjenforening (Ohnstad 2010). Ifølge Bowlby (i Ohnstad 2010) skjer utviklingen av tilknytning i flere trinn, og dersom det oppstår noe som hemmer denne vil barnet kunne utvikle personlighetstrekk

som gjør det vanskelig å knytte seg til andre. Dermed vil man også i voksen alder ha problemer med å knytte seg følelsesmessig til andre mennesker. Bowlbys teori går ut på at man gjennom tidlige erfaringer med de første tilknytningspersonene danner en arbeidsmodell for tilknytning senere i livet (ibid.).

Barn som har vært utsatt for alvorlig omsorgssvikt, overgrep og mishandling kan bli desorienterte og desorganiserte i tilknytningen til andre. Atferden deres er gjerne uorganisert og konfliktfull. Disse barna har lært seg at folk ikke er til å stole på, og at de må beskytte seg. For dem er det farlig å vise følelser og å stole på andres affekter (Ohnstad 2010).

Tilknytning er vist å ha betydning for senere kognitiv og sosial utvikling. De som har trygg tilknytning har bedre selvtillit, viser mer positiv affekt overfor andre, har lettere for å vise empati i motsetning til de som har vokst opp med ambivalente, avvisende eller ignorerende foreldre. Mye tyder også på at de i tillegg til bedre sosiale evner, også får bedre kognitive evner (Ohnstad 2010).

Barn som vokser opp med foreldre som ruser seg er særlig utsatt for å utvikle en utrygg tilknytningsstil. Rusmidlene gjør at de voksne ikke klarer å fange opp barnas behov og følelser, og samspillet kan bli dårlig. Omsorgspersonen er dårligere til å speile barnet, reflektere over egen omsorgsevne og egne handlinger, samt over barnets atferd. Hva slags tilknytningsstil man har fått i barndommen har mye å si for den psykososiale fungeringen i voksen alder. De relasjonelle erfaringene man har fra barndommen og foreldre tar man med seg videre til relasjoner med andre mennesker. Tilknytningsstilen får igjen betydning for relasjonsbygging med og tillit til terapeuter (Arefjord 2011). Gode, nye relasjonserfaringer kan imidlertid være med å endre tilknytningsstilen (Ohnstad 2010).

Statistikk over bakgrunnen til rusavhengige i behandling viser at 53 % av har hatt foreldre med alkoholproblemer, 33 % har vokst opp uten foreldre, 29 % har vært under barnevernet, 11 % opplevde å bli misbrukt av familiemedlem, 22 % ble misbrukt av noen utenfor familien, og 38 % har blitt mobbet (Fekjær 2008).

Traumer tidlig i livet kan føre til dårlig evne til å takle stress. Det kan også gi problemer med å regulere følelser og impulser. Mishandling, overgrep, mobbing, trusler, straff og uhensiktsmessig oppdragelse kan gi personlighetsforstyrrelse i tenårene og voksen alder. Det kan føre til dårlig følelsesregulering, aggressiv atferd, tilbaketrekking fra og mistillit til andre mennesker. Dårlig selvbilde, skam og skyldfølelse er også vanlige konsekvenser av traumer (Arefjord 2011).

5 Metode

En metode er en framgangsmåte for å finne ny kunnskap eller etterprøve kunnskap. Valg av en bestemt metode skjer på grunnlag av at den vil gi oss gode data, og vil belyse spørsmålet i oppgaven på en interessant og faglig måte (Dalland 2012). Metoden kan være enten kvalitativ eller kvantitativ. Kvalitative metoder har til hensikt å gå i dybden på et mindre antall undersøkelsesenheter, mens kvantitative metoder vil få færre opplysninger om et stort antall undersøkelsesenheter. Både kvantitative og kvalitative metoder bidrar til bedre forståelse og kunnskap om samfunnet, og hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler, ifølge Dalland (2012).

Systematisk litteratursøk er en metode der en søker etter litteratur i forskjellige databaser, for å finne forskning på området man ønsker å belyse. Man kan, slik jeg har gjort, velge ut søkeord og kombinerer disse på forskjellige måter ved bruk av «and» og «or».

5.1 Valg av metode

Jeg har i denne oppgaven valgt å bruke systematisk litteratursøk som metode. Denne metoden vil kunne gi meg ny kunnskap om tema, og vil kunne ha overføringsverdi til den kliniske hverdagen. Metoden skal bidra til at resultatene stemmer overens med virkeligheten (Dalland 2012). Forskningsresultatene jeg har funnet etter litteratursøket bygger på både kvalitativ og kvantitativ metode.

5.2 Søkestrategi

Jeg valgte å søke hovedsakelig i Cinahl, men da jeg ikke fant nok relevante artikler der søkte jeg også i Academic Search Elite. Jeg har altså gjort to systematiske søk, og flere håndsøk for å få et bredt spekter av artikler som kan besvare problemstillingen min. Jeg gjorde emnesøk og søk med nøkkelord.

I dette avsnittet skal jeg gjøre rede for hvordan jeg gikk frem for å finne artiklene i litteratursøket. Jeg valgte å gjøre to søk, med forskjellige søkeord og i forskjellige databaser fordi jeg ikke fikk nok relevante artikler på hvert av søkene. Men også fordi alle søkeordene jeg hadde valgt å bruke ikke passet å kombinere i begge databasene.

I det første søket fikk jeg totalt 44 treff. Jeg leste overskriftene for å finne de som kunne være relevante. De artiklene som jeg da så at ikke var relevante, var de som handlet om mødre og barn, spesielle grupper som indianere for eksempel, og om HIV/Aids og Hepatitt, eller som handlet om en spesiell somatisk sykdom, og ikke rusavhengige. Jeg valgte også bort artikler som handlet spesifikt om ett av kjønnene, samt spesifikt om ungdommer. Mange av artiklene

som så relevante ut i overskriften var ikke tilgjengelige eller måtte betales for. De relevante forskningsartiklene var gratis, tilgjengelige, tilsynelatende pålitelige og ikke retta mot en spesiell gruppe, annet enn rusavhengige eller pasienter generelt. Jeg valgte også å se på artikler om psykiatriske pasienter da mange rusavhengige har psykiske plager og det er noe jeg ønsker å ha med i oppgaven. Disse kriteriene gjelder for begge de to søkene jeg gjorde. Av de 44 artiklene i dette søket endte jeg bare opp med å bruke en artikkel. De 43 artiklene jeg ikke brukte hadde ikke relevant tittel, var ikke var tilgjengelige, eller måtte kjøpes. Jeg har derfor brukt artikler jeg har funnet ved håndsøk i stedet, da det var vanskelig å finne mange relevante artikler innenfor ett søk.

De artiklene jeg fant ved håndsøk var artikler som var spredt i forskjellige databaser, som Google Scholar, PubMed og Cinahl.

Jeg gjorde også et søk i Academic Search Elite. Der fikk jeg 212 treff. Jeg leste gjennom alle overskriftene, og mange ble da ekskludert fordi de handlet om overnevnte temaer, og ikke om tillit og rusavhengige eller tillit og kommunikasjon, eller tillit og relasjon. Siden jeg fikk så mange treff, og ikke fikk til å skrenke inn søket mer, valgte jeg å være streng med hvilke artikler jeg leste oppsummeringene til. Jeg endte opp med fem artikler som jeg leste sammendraget til. Av disse fem var det tre av artiklene jeg ønsket å lese i fulltekst, fordi disse var de eneste som kunne være relevante. Jeg endte opp med å bruke to av dem, da den ene handlet om håp, og lite spesifikt om tillit. De to søkene ga totalt 256 treff, som vist i tabell 1.

Tabell 1

	Søkeord	Treff
Søk i Cinahl		
1	Substance abuse	36 767
2	Trust	4 764
3	#1 and #2	44
Søk i Academic Search Elite		
1	Therapeutic Alliance	5 615
2	Substance abuse	172 642
3	Trust	391 689
4	Nursing	410 856
5	Communication	1 798 616
6	#1 and #2 and #3 and #4 and #5	212
Totalt		256

5.3 Analyse

Jeg leste innledningen, og kort metodedelen i alle artiklene, samt resultatdelen og kort diskusjonen. Jeg leste resultatdelene med tanke på å besvare disse spørsmålene:

- Hva sier de om faktorer som skaper eller hindrer tillit?
- Hvorfor er tillit viktig i sykepleier-pasient-relasjonen?
- Kan artiklene si noe om tillit?
- Hvordan skape en god relasjon?
- Sier den noe om rusavhengige spesielt?

Jeg trakk ut dataene som var relevante for å belyse min problemstilling. Deretter systematiserte jeg funnene i en tabell for å få oversikt over hvilke temaer eller funn som gikk igjen, eller som skilte seg ut.

5.4 Metodekritikk

Jeg kunne prøvd å bruke andre søkeord, flere kombinasjoner og søkt i flere forskjellige databaser, for kanskje å få flere relevante treff. Men på grunn av oppgavens omfang og tiden jeg hadde på meg valgte jeg på tross av få treff å gjøre det på denne måten. De artiklene jeg endte opp med etter håndsøk og strukturerte søk vil være relevante å bruke i drøftingen. Det var få relevante treff. For å få flest mulig relevante treff i ett søk kunne jeg kombinert flere søkeord med «or», ikke bare «and», for å prøve å få med flere relevante artikler i ett og samme søk. I analysen av tekstene delte jeg opp i kategorier som jeg mener og la merke til var relevante for å drøfte problemstillingen. Det kan imidlertid hende jeg har oversett viktige aspekter i tekstene. For å oppnå et mer pålitelig resultat kunne det vært flere som vurderte artiklene med tanke på viktige funn. Jeg kunne også søkt mer spesifikt på hemmende faktorer for et tillitsforhold. Studien til Edland-Gryt og Skatvedt (2012) har ikke oppgitt nøyaktig antall undersøkelsesenheter, noe som kan være en svakhet med denne studien.

5.5 Ethiske overveielser

Forskningsetikk handler om hva som er rett og galt med tanke på planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning. Det handler om å ivareta personvernet til undersøkelsesenheter og sikre troverdigheten til resultatene (Dalland 2012). I studentoppgaver kan man ifølge Dalland også måtte tenke over etiske spørsmål. Vi må tenke gjennom hvilke etiske utfordringer oppgaven kan føre med seg, og hvordan de bør håndteres. Spesielt er dette med tanke på håndtering av personopplysninger (Dalland 2012). Jeg skal ikke bruke intervju eller spørreundersøkelse som metode, og har dermed få personopplysninger å håndtere. Forsøkspersonene i forskningsartiklene jeg har funnet i litteratursøket er anonymisert. Jeg har

kun valgt artikler som har fulgt etiske retningslinjer og regler, og er godkjent. Ifølge Dalland (2012) er ingen forsker verdinøytral, men det som er viktig er at en er bevisst egne verdier når en driver et forskningsprosjekt. Objektivitet er en nødvendig betingelse for vitenskapelighet mener. Det er viktig å gjøre rede for ens egen førforståelse når en skal forske eller skrive oppgaver (ibid.). Førforståelsen min kan påvirke hva jeg ser etter når jeg gjør litteratursøket, og når jeg leter etter funn. Derfor er det viktig å være bevisst disse, slik at man også har øynene oppe for at de kan være feilaktige, eller ikke hele sannheten.

6 Presentasjon av funn

I tabellene 2-7 presenteres artiklene jeg fant ved hjelp av systematisk litteratursøk og handsøk.

Tabell 2

Tittel: Thresholds in a low-threshold setting: An empirical study of barriers in a centre for people with drug problems and mental health disorders	
Forfatter/år /sted	Edland-Gryt, M., Skatvedt, A.H. (2012). Oslo
Hensikt	Studien bygger på terskelteorien. Forskerne ønsket å finne ut av hvilke terskler som påvirker hvorvidt og hvordan brukerne benytter seg av tilbudet.
Design og metode	Etnografisk feltarbeid, med observasjon av deltakerne, individuelle intervjuer og fokusgruppe-intervjuer med klienter og ansatte på et lavterskel tilbud for rusavhengige og psykisk syke i Oslo.
Utvalg	Klienter og ansatte.
Hovedfunn	<p>Det kom fram at den vanskeligste terskelen å krysse var tillitsterskelen. Mange slet med å ha tillit til hjelpeapparatet av ulike årsaker. Blant annet på grunn av tidligere dårlige erfaringer med hjelpeapparatet, rusmiljøet i seg selv, og tillitsbrudd i barndommen.</p> <p>Funn: Tillit som en viktig terskel for å motta hjelp</p> <ul style="list-style-type: none">- Gjøre noe ekstra kan skape tillit- Lært hjelpeløshet på grunn av mistillit blir en barriere for å bruke sosiale ferdigheter- Vanskelig å «tvinge» hjelperen til å hjelpe hvis de ikke stoler på dem.- Mangel på respekt for hjelpeinstansen er største barriere for tillit- Å bli vist respekt er noe de sjeldent møter. Respekt fremmer tillit.- Vanskelig å ha tillit til noen hvis man ikke føler seg sett- Tålmodighet og bekreftelse kan øke pasientens tillit.

Tabell 3

Tittel: Acknowledging communication: a milieu-therapeutic approach in mental health care	
Forfatter/år/sted	Vatne, S., Hoem, E. (2007) Molde, Norge.
Hensikt	Utvikle miljøterapeuters anerkjennende kommunikasjonsferdigheter i relasjonene til pasienter, gjennom selv-refleksjon. Hvilke endringer oppsto i miljøterapeutenes kliniske arbeid?
Design og metode	Shibbys teori om intersubjektiv relasjonell forståelse dannet den teoretiske bakgrunnen for studien. Kvalitative intervjuer med deltakere i refleksjonsgruppe, notater fra grupper med gruppelederne og narrativer fra den kliniske hverdagen presentert i refleksjonsgruppe ble brukt.
Utvalg	(n=50) miljøterapeuter på et psykiatrisk sykehus for pasienter med problemer med blant annet selv-kontroll, ofte relatert til traumer og mishandling, og symptomer på schizofreni.
Hovedfunn	<p>Vilkår for anerkjennende kommunikasjon:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Likheter er selve kjernen i anerkjennende kommunikasjon, og denne ble beskrevet som å dele følelser og tanker på en respektfull måte mellom personer. - Å få lov å være seg selv for å utvikle en terapeutisk relasjon. - Terapeuter må ta pasientenes uttrykk på alvor og akseptere og tørre å vise forskjellig atferd og meninger blant pasienter og personalet. - Deltakerne fortalte at de beveget seg fra en holdning om at de visste hva pasienten trengte, til å få en mer utforskende og undrende holdning. - De syntes arbeidet ble mer meningsfullt, men også vanskeligere ved at det var mer fokus på dem selv, og på selv-evaluering. - Refleksjon førte til at pasientene reflekterte mer over seg selv. - Å anerkjenne innebærer å bruke undrende, reflekterende spørsmål og å lytte. - Ved å dele mer på en reflekterende måte opplevde de nærere relasjon til pasientene, og ble mer som en venn.

Tabell 4

Tittel: Three different ways mental health nurses develop quality therapeutic relationships	
Forfatter/år/sted	Dziopa, F., Ahern, K. (2009) The University of Queensland, School of Nursing and Midwifery, Ipswich, Australia
Hensikt	Å utforske sidene ved en terapeutisk relasjon i psykiatrisk sykepleie, for å finne ut om det er forskjellige måter sykepleierne utvikler det på.
Design og metode	På bakgrunn av funn i litteraturen utførte de semi-strukturerte intervjuer med seks sykepleiere.
Utvalg	(n=6) psykiatriske sykepleiere.
Hovedfunn	<p>Funnene fra undersøkelsen viste at det er et stort spekter av egenskaper som brukes for å skape en terapeutisk relasjon. Disse kan igjen brukes til å utarbeide et pålitelig forskningsverktøy, slik de har gjort i denne undersøkelsen. Studien identifiserte at sykepleierne delte seg inn i tre måter å skape terapeutiske relasjoner på:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Equal partner. <ul style="list-style-type: none"> ○ Behandler pasientene med respekt og verdighet, og fokuserer på et likeverdig forhold. Aksepterer pasientene for den de er. Gi pasienten valg, huske navnet, gi passende oppmerksomhet, og være konsekvent var viktige attributter, samt kommunikasjon. Selvinnsikt ble ikke trukket frem i denne kategorien, noe som strider imot annen litteratur. - Senior partner. <ul style="list-style-type: none"> ○ Kjennetegnet ved å behandle pasienten med verdighet gjennom et strukturert forhold. Mer vekt på selvinnsikt, selv-evaluering. Som å skille mellom egne og pasientens problemer, sette grenser, og innse at det er urealistisk å være omsorgsfull, ekte, forståelsesfull og aksepterende med alle pasienter. Alltid være høflig og behandle dem med verdighet var også viktig i denne gruppen. Det var mindre viktig for dem at pasientene tok styringen over egen behandling, og fokuserte ikke på at pasientene hadde evne til å løse egne problemer.

	<ul style="list-style-type: none">○ Mindre viktig å behandle pasientene med verdighet når pasientene angrep dem.- Protective partner.<ul style="list-style-type: none">○ Skaper relasjoner der pasienten opplever støtte og verdighet.○ Gruppen var mindre opptatt av selv-evaluering.○ De rangerte det som mindre viktig å behandle pasientene med verdighet når de følte seg angrepet av pasientene. <p>Viktige egenskaper var å bygge tillit med pasienten, være lett å prate med, være støttende og forstå det unike ved enhver pasientsituasjon.</p>
--	--

Tabell 5

Tittel: The dissonant care management of illicit drug users in medical wards, the views of nurses and patients: a grounded theory study.	
Forfatter/år/sted	Monks, R., Topping, A., Newell, R. (2012) England.
Hensikt	Utforske hvordan sykepleiere takler og gir pleie til pasienter med komplikasjoner på grunn av narkotika, innlagt på medisinsk avdeling, og få fram opplevelsene og synspunktene til disse pasientene.
Design og metode	Grounded theory. 41 semi-strukturerte intervjuer.
Utvalg	Sykepleiere ($n = 29$), pasienter ($n = 12$).
Hovedfunn	<p>Hovedkategorien «Avvikende/uharmonisk pleie» kom fram med bakgrunn i to underkategorier/funn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mangel på kunnskap om pleien - Mistillit og adskillelse <p>Kombinasjonen av manglende forberedelse gjennom utdanningen, negative holdninger og opplevelse av konflikt, aggresjon, og upålitelighet påvirket sykepleier-pasient-relasjonen negativt.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sykepleierne som hadde mer kunnskap om rusavhengige og hadde personlige erfaringer eller bekjente med rusproblemer klarte i større grad å se personen bak pasienten, og å samhandle og ikke dømme. - Uforutsigbar og utfordrende atferd var en emosjonell belastning for noen av sykepleierne.

Tabell 6

Tittel: Attachment in relation to affect regulation and interpersonal functioning among substance use disorder in patients	
Forfatter/år/sted	Thorberg, F.A., Lyvers, M. (2009) Australia.
Hensikt	Å finne ut om det er sammenheng mellom tilknytning og adferdsregulering og mellommenneskelig fungering hos rusavhengige.
Design og metode	Bruk av skalaer for hvorvidt man kjenner ubehag når man er nær andre, om man kan stole på andre, og nivå av angst når man føler seg uelsket eller avvist (RAAS). De brukte også skalaer for NMR (Negative mood regulation). «Fear of intimacy scale» og «the differentiation of self inventory» ble også brukt. Deltakerne besvarte spørreskjemaer med disse skalaene som bakgrunn.
Utvalg	(<i>n</i> =58 menn) og (<i>n</i> =42 kvinner), pasienter ved et rehabiliteringssenter for alkohol- og stoffavhengighet i Australia. Alle over 18 år.
Hovedfunn	<ul style="list-style-type: none"> - Funnene bekrefter tidligere teorier om at tilknytningsstil påvirker adferdsreguleringen og sosial fungering for rusavhengige. - Problemer med NMR viste seg å ha sammenheng med frykt for intimitet - De fant også høyere forekomst av frykt for intimitet enn i kontrollgruppen. - Sammenheng mellom utrygg, engstelig tilknytning og emosjonell rekativitet (ER).

Tabell 7

Tittel: Hjelpsomme relasjoner. En kvalitativ undersøkelse av samarbeidet mellom brukere med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer og fagpersoner i to oppsøkende team.	
Forfatter/år/sted	Olsø, Møller, T., Almvik, A., Norvoll, R. (2014) Norge
Hensikt	Å undersøke hva som kjennetegner en hjelpende relasjon i oppsøkende arbeid for personer med samtidig rusavhengighet og psykiske lidelser. Hvilke kvaliteter skal til for å oppleve relasjonene som hjelpsomme? Og hva tror de er grunnen til det?
Design og metode	Artikkelen er basert på forskningsprosjektet «Helhet og sammenheng». Kvalitativ metode, med bruk av deltakende observasjon og semi-strukturerte intervjuer med ansatte og brukere.
Utvalg	($n=9$) brukere og ($n=19$) ansatte fra to oppsøkende team.
Hovedfunn	<ul style="list-style-type: none"> - Viktig at samspillet skjer gjennom hverdagslige aktiviteter fordi det bidro til mer personlig kontakt, følelse av å være normal og en mer likeverdig relasjon. - Å gjøre noe sammen gjorde det lettere å etablere kontakt med de som i utgangspunktet ikke ønsket noe hjelp. - Mange var isolert og ensomme, og kontakten med hjelperne ble ekstra viktig, spesielt siden de følte at de var venner, og ikke bare profesjonelle. De satte pris på at hjelperne delte personlige allmennmenneskelige erfaringer og interesser. - Gjensidig tillit preget samarbeidet. Hjelperne var opptatt av å skape trygghet slik at brukerne kunne snakke åpent om problemer. Et godt verktøy for å få til dette var å dra på en kjøretur, som er en mer alminnelig setting enn en tradisjonell terapisaamtale. - Småprat bidro til å understreke brukerens identitet, og de følte seg som et verdifullt og vanlig menneske, og mindre som en sosialt avvikende rusmisbruker.

7 Drøfting

Drøftingen forsøker å besvare problemstillingen ut ifra funnene fra det systematiske litteratursøket, samt litteratur og tidligere forskning: Hvilke faktorer påvirker sykepleierens muligheter til å skape en tillitsfull relasjon til rusavhengige pasienter?

7.1 Frykten for intimitet

Studien til Thorberg og Lyvers (2009) viser til at rusavhengige ofte har utviklet utrygg tilknytning, og at dette påvirker følelsesreguleringen og den mellommenneskelige fungeringen. Dette er i samsvar med tidligere forskning som hevder at mange rusavhengige har psykiske skader fra tidligere relasjoner, og i tillegg til dårlig impuls kontroll vil dårlig affektregulering kunne gi problemer i samhandlingen mellom sykepleier og pasient (Lossius 2011). Det kan altså være utfordrende for sykepleieren å etablere et tillitsfullt forhold med noen rusavhengige pasienter. Mistillit til andre bunner ofte i frykt for å bli utnyttet og skadet (Grimen 2009). Slik kan vi tenke oss at en del rusavhengige som har opplevd svik i barndommen, og i rusmiljøet, har lært seg at det er best å holde folk på avstand, fordi tillit kan gjøre dem sårbare (Nortvedt og Grimen 2004).

Ifølge studien til Edland-Gryt og Skatvedt (2012) kan tillit være en terskel for mange rusavhengige når det gjelder å oppsøke og ta imot hjelp. Mangel på respekt for hjelpeapparatet var en viktig faktor som hemmet tilliten. Lært hjelpeløshet på grunn av mistillit, kan for noen bli en barriere for å bruke sine sosiale ferdigheter (ibid). Sosiale ferdigheter handler om hvordan man samhandler med andre, og det kan gjøre samspillet lettere. For en person som mangler, eller ikke tar i bruk, sosiale ferdigheter, kan det være vanskelig å skape gode relasjoner med andre. Dårligere affektregulering og impuls kontroll vil også kunne vanskeliggjøre det, ifølge tidligere forskning (Lossius 2011).

For noen er en dimensjon av rusavhengigheten problemer med å mestre vanskelige situasjoner i rusfri tilstand (Fekjær 2008). Dessuten kan traumer og andre vonde opplevelser ha gjort at rusavhengige har en grunnleggende mistillit til andre, og at de må beskytte seg ved å ikke vise følelser og stole på andres affeksjon mot dem (Ohnstad 2010). Vi kan da tenke oss at en rusavhengig med traumer og relasjonelle skader, som har brukt rus for å takle sosiale situasjoner, kan synes det er vanskelig å takle den nye edru samhandlingen på behandlingsinstitusjon. Om vi som sykepleiere kan gi dem nye, gode relasjonserfaringer kan

det gjøre at de får tryggere tilknytningsstil (Ohnstad 2010), og dermed fungerer bedre sosialt (Thorberg og Lyvers 2009).

Relasjonen kan være utslagsgivende for om rusavhengige lykkes med behandlingen (Sælør og Bjerknes 2012). Vi har i studien til Olsø, Almvik og Norvoll (2014) sett at pasienter kan åpne seg hvis praten foregår i en mindre formell setting, og ved å gjøre hverdagslige ting sammen. Å bli møtt med tålmodighet og bekreftelse kan øke den rusavhengiges tillit (Edland-Gryt og Skatvedt 2012). Det er altså viktig at sykepleieren er tålmodig, spesielt siden rusavhengige kan trenge tid på å stole på andre og ta i bruk sosiale ferdigheter som er nødvendig for å skape en god relasjon.

7.2 Kompetanse og holdninger

For sykepleiere på sykehus som møter rusavhengige kan mangel på kunnskap være en av årsakene til at forholdet deres til pasientene blir dårlig, ifølge studien til Monks, Topping og Newell (2012). Negative holdninger til rusavhengige og opplevelser av negativ atferd kan skape spenninger i forholdet. Mer forberedelse på å møte denne gruppen pasienter kan gjøre det lettere for sykepleiere å hjelpe pasientene, og mer kunnskap kan føre til at sykepleieren lettere ser personen bak rusavhengigheten (ibid).

Alle sykepleiere er forpliktet til å hjelpe alle pasienter, uansett om kjemien ikke stemmer eller de ikke liker pasienten (Kristofferen 2011). Sykepleieren kan ha lite kunnskap om hva adferden bunner i, og har også noen fordommer mot rusavhengige som hun ikke er helt klar over, men som hun har ervervet gjennom oppveksten. Jeg tenker at negative holdninger og lite kunnskap kan påvirke relasjonsbyggingen negativt også på institusjoner for rusavhengige, og ikke bare på sykehus. Sykepleieren kan bidra til negative motoverføringer på grunn av pasientens utfordrende adferd, og dette er vist å kunne føre til at rusbehandlingen avsluttes tidligere enn planlagt ifølge tidligere forskning (Lossius 2011). Ifølge studien til Monks, Topping og Newell (2012) kan aggressive og avvisende pasienter påvirke til at sykepleieren føler seg hjelpeløs og inkompetent. Ut ifra dette ser vi altså at selv om vi er forpliktet til å hjelpe alle pasienter, kan vi bli påvirket av pasientens adferd og vår mangel på kunnskap og dermed gi dårligere hjelp. Selv-evaluering og refleksjonsgrupper er viktige verktøy for å bli en hjelper som kan skape tillitsfulle og terapeutiske relasjoner med pasienter (Vatne og Hoem 2007).

Når vi som helsepersonell jobber med rusavhengige, om det er på sykehus eller behandlingsinstitusjon, er det viktig å vite at mange av dem har vært utsatt for omsorgssvikt,

traumer og ustabile relasjoner (Fekjær 2008). Kanskje vil det da være lettere å få empati og forståelse for hvorfor de kan reagere som de gjør, og noe av årsaken til rusavhengigheten deres. Ofte kan pasientens fortvilelse og forvirring bli oppfattet som adferdsproblemer, og sykepleieren kan da reagere med sanksjoner som straff, konfrontasjon og moralisering. Det kan igjen gjøre at pasienten avslutter behandlingen tidligere enn planlagt (Lossius 2011). Når vi tenker på at rusavhengige ofte har blitt nedverdiget i form av misbruk, mobbing og gjennom negative holdninger fra andre vil jeg mene det er særdeles viktig at de blir møtt på en forståelsesfull og omsorgsfull måte. Hvordan ellers skal de tørre å omgås folk på en ny måte hvis ikke hjelperne møter dem med anerkjennelse og trygghet? Mange har brukt rus for å dempe vonde følelser (Fekjær 2008), og det kan tenkes at det da blir vanskelig å takle blant annet avvisning og følelse av mislykkethet. De har ikke vært vant til å kjenne på vonde følelser, og når de har oppstått har de brukt rus som mestringsstrategi.

7.3 Vise empati, respekt og verdighet

Empati, respekt og verdighet var tema som gikk igjen i de fleste forskningsartiklene.

Dziopa og Aherns (2009) studie viste at noen sykepleiere kan kategoriseres som «equal partner». Disse sykepleierne fokuserer på likeverd, respekt og anerkjennelse. Dette kan de få til blant annet ved å gi pasienten valg, huske pasientens navn, gi passende oppmerksomhet og være konsekvent. Viktige egenskaper for «protective partner» var å bygge tillit, være lett å prate med, være støttende og forstå det unike ved hver enkelt pasientsituasjon (Dziopa og Ahern 2009). For «protective partner» og «senior partner» var det ikke rangert som like viktig å behandle pasientene med verdighet når de følte at pasientene angrep dem. Dette synes å stå i motsetning til Rogers` (1990) humanistiske tilnærming, hvor terapeuten skal gi ubetinget positiv og fullstendig anerkjennelse. Det vil si at pasienten kan være seg selv fullt ut, med alle de følelser, tanker og den adferden han har, uansett om de er negative eller positive. Terapeuten setter ingen vilkår for anerkjennelse (ibid.).

Å bli vist empati er en av de viktigste faktorene for at rusavhengige skal lykkes med behandlingen (Lossius 2011). Hvis sykepleieren mislykkes i å vise empati med pasienten kan det tenkes at pasienten ikke føler seg forstått. Sykepleieren kan få vanskeligheter med å hjelpe pasienten fordi hun ikke har god nok innsikt i hva pasienten opplever. Ifølge noen sykepleiere i studien til Dziopa og Ahern (2009) er det urealistisk å være omsorgsfull, ekte, forståelsesfull og aksepterende ovenfor alle pasienter til enhver tid. Dette er det viktig at sykepleierne reflekterer over (Dziopa og Ahern 2009). Travelbee (1997) mente at det er vanskelig å ha empati med alle, fordi empatien fordrer at vi kjenner igjen noe av oss selv i den andre. Likhet

i erfaringer kan altså gjøre det lettere å få empati med noen. Det kan tenkes at det er lettere å få empati med rusavhengige for sykepleiere som har personlig erfaring med rusavhengighet.

Empati står fram som en viktig forutsetning for en god relasjon mellom sykepleier og pasient. Empati og tillit henger sammen. Når pasienten blir vist empati, kan forholdet bli nærere, og det blir lettere for pasienten å være personlig. Da er pasienten sårbar, og har tillit til at sykepleieren behandler det han har fortalt på en respektfull måte (Travelbee 1997). Om sykepleieren ikke behandler det pasienten betror henne med respekt, kan pasienten føle seg forrådt. Slik mistillit kan hindre en hjelpende relasjon.

Som vi har sett kan sykepleierne bli utslitte av å møte negativ adferd (Monks, Topping og Newell 2012). Da er det kanskje nødvendig å sette grenser for å beskytte seg selv, for å kunne gjøre en god jobb videre. Man kan behandle folk med verdighet, og samtidig sette grenser for seg selv, for eksempel ved å trekke seg unna eller si åpent hva en opplever når pasienten gjør noe som skader relasjonen. Når hjelperen kan være seg selv, og dele tanker og meninger med pasientene, kan det føre til en bedre relasjon (Rogers 1990, og Vatne og Hoem 2007). Det kan imidlertid tenkes å være skadelig for relasjonen dersom terapeuten deler alt. Hvis vi sier at vi kjeder oss, vil det kunne være lett for pasienten å tolke det som at *han* er kjedelig. Det synes viktig å kjenne hverandre godt for å kunne dele egne tanker og følelser på en nyttig måte, og det kan virke som en vanskelig balansegang mellom å dele for mye og for lite.

Tidligere forskning trekker fram personlige egenskaper ved sykepleieren, som ærlighet, pålitelighet, fortrolighet, at hun er ekte, sensitiv, empatisk, ydmyk, og evner å se hele situasjonen til pasienten, som viktige faktorer for å fremme tillit. Respektfull kommunikasjon og pedagogisk kompetanse er viktig for å etablere tillit, og for å hjelpe pasienter i en endringsprosess (Eriksson og Nilsson 2007). Pedagogisk kompetanse handler om å kunne se an pasientens situasjon og kunnskaper, for så å tilpasse veiledningen etter dette (ibid). Respektfull kommunikasjon handler om blant annet at sykepleieren er høflig i kontaktformen, gir anerkjennelse, lytter og deltar genuint i samtalen. Respekt fremmer tillit, og mangel på respekt for hjelpeinstansen er en viktig barriere for tillit, ifølge studien til Edland-Gryt og Skatvedt (2012). Rusavhengige kan ha dårlig selvbilde, og skamfølelse, på grunn av for eksempel traumer, ifølge tidligere forskning (Arefjord 2011). Da kan det tenkes at om han blir vist respekt og verdighet vil det kunne bidra til at han etter hvert kan respektere seg selv, og se at han er verdifull. Det igjen kan kanskje gjøre at han tør å slippe folk inn på seg.

7.4 Se personen bak rusavhengigheten

Sykepleiere på sykehusavdelinger kan slite med å samhandle med rusavhengige pasienter, blant annet fordi de opplever negativ adferd og ikke vet hvordan de skal takle denne, og dermed synes det er slitsomt (Monks, Topping og Newell 2012). Vi kan tenke oss at de negative handlingene, for eksempel dårlig impuls kontroll og affektregulering, som kan følge av rusavhengigheten, overskygger den unike personen bak. Det kan også gjøre at sykepleierne utvikler mistillit til dem (Monks, Topping og Newell 2012). Ifølge Grimen kan det tenkes at tillit fremmer tillit i langvarig samhandling (Grimen 2009:15).

At sykepleierne viser de rusavhengige tillit vil altså kunne bidra til at de får tillit til noen de har vanskelig for å ha tillit til. Rusavhengige har ofte dårlige erfaringer med hjelpeapparatet og kan ha opplevd vonde ting i relasjoner tidligere, for eksempel overgrep og mobbing (Fekjær 2008). De kan også være vant til å ikke bli vist respekt, og kan derfor ha vanskelig for å få tillit til andre (Edland-Gryt og Skatvedt 2012).

Travelbee (1997) tar avstand fra å fokusere på «sykepleierrollen» og «pasientrollen» da det kan hindre oss i å se hele individet. Annen tidligere forskning sier at sykepleieren må dele noe av seg selv, og forstå pasientens som en unik person for å bli komfortable i relasjonen (Dinc og Gastmans 2013). Det kan imidlertid stilles spørsmål ved om det er negativt med roller. Noen pasienter kan det hende trenger at vi har en tydelig hjelperolle. Både tidligere forskning (ibid) og en studie av Olsø, Almvik og Norvoll (2014) påpeker at det er viktig å verdsette pasienten som person, for å skape tillit og en god relasjon. Ved å bli sett som den personen han er kan han føle seg verdsatt, noe som igjen er med på å skape tillit (Dinc og Gastmans 2013). Gjennom for eksempel å være imøtekommende, tilbringe tid med pasientene, gjøre noe uformelt sammen, fokusere på positive egenskaper og snakke om gode opplevelser, så vel som vonde, kan det tenkes at pasientene føler seg verdsatt.

Ifølge Rogers skal all adferd, negativ som positiv møtes med anerkjennelse (1990). Dette kan det stilles spørsmål til når det gjelder personer som kanskje aldri har hatt noen gode rollemodeller eller omsorgsgivere til å lære dem hvordan man skal oppføre seg. For noen rusavhengige, som kanskje har vært i barnevernet hele livet og hatt en lang ruskarriere, vil jeg tenke at det kan være nødvendig og bra for personen å lære hva som ikke er greit å gjøre. Men det bør gjøres på en respektfull og pedagogisk måte, der pasienten ikke føler seg nedverdigg. Kanskje sykepleieren kan si «når du gjør sånn, blir jeg usikker». Da forklarer man ut ifra egne følelser hvordan handlingene kan påvirke andre. Dette støttes i litteraturen av Rogers(1990) som mener det er viktig at terapeuten er åpen og sier hvordan en opplever samhandlingen.

7.5 Opplevelse av å ha en venn

Rusavhengige tok imot hjelp når de kunne være sammen med hjelperne på en hverdagslig og uformell måte. De følte da at de var på et likeverdig nivå, og det var også lettere for noen å snakke om vanskeligere ting når de gjorde det på en uformell måte (Olsø, Almvik og Norvoll 2014). Flere forskningsresultater viser viktigheten av en likeverdig relasjon, der den profesjonelle legger fra seg rollen som bedreviter. Å gjøre noe ekstra viser at man ikke bare gjør det som er jobben ens, men bryr seg utover det formelle (Edland-Gryt og Skatvedt 2012). Dette kan gjøre at hjelperen blir mer som en venn. Det er altså viktig at den rusavhengige opplever at vi er på parti, og er venn med dem. Som profesjonelle har vi imidlertid ikke mulighet til å tilbringe så mye tid med pasientene som det vi kan gjøre med venner, og det er ikke sikkert at en vennerelasjon vil hjelpe pasienten på best mulig måte. Vi skal ikke være uerstattelig for pasienten, og vi velger ikke pasienter slik som vi velger venner (Kristoffersen 2011).

Tidligere forskning (Carl Rogers 1990) hevder at det er viktig at terapeuten er kongruent for å skape en god relasjon. Terapeuten skal kunne si hva han selv opplever i møte med pasienten. Dette kan gjøre at pasienten føler de er mer likestilte, da det ikke bare er han selv som deler (ibid). Samtidig skal vi ikke legge egne problemer over på pasienten, eller gi for mye private opplysninger som kan gjøre at pasienten føler seg mislykket. Det er også viktig å tenke på hvordan overholde taushetsplikten, og hvordan man omgås utenfor institusjonen. Blir man veldig vennskapelige og like i relasjonen kan det tenkes at balansegangen mellom å være personlig og profesjonell kan bli vanskelig, og taushetsplikten kan muligens lettere bli brutt.

Småprat kan bidra til å understreke den rusavhengiges identitet, og at de føler seg mindre som et avvik ifølge studien til Olsø, Almvik og Norvoll (2014). Litteraturen sier at en viktig del av sykepleierens oppgaver på institusjon for rusbehandling er å drive miljøterapi, og delta i den uformelle samhandlingen på avdelingen (Sælør og Bjerknes 2012). Da kan småprat være en viktig del av terapien og behandlingen. At helpere deler personlige interesser og allmennmenneskelige erfaringer kan være godt for noen (Olsø, Almvik og Norvoll 2014). Som sagt kan sosial samhandling være vanskelig for mange rusavhengige, og det kan være en av de vanskelige situasjonene de tidligere har vært rusa i. De kan altså ha lite trening i å omgås folk på en vanlig måte uten rus, og i tillegg ha mange dårlige erfaringer med det. At sykepleieren småprater med pasientene kan kanskje gi dem viktige erfaringer og nyttig kunnskap for videre samhandling med andre mennesker også.

Anerkjennende kommunikasjon er i studien til Vatne og Hoem (2007) vist å kunne være et viktig verktøy i arbeid med pasienter med dårligere selv-kontroll og andre psykiske plager.

Anerkjennende kommunikasjon handler om å lytte og vise interesse for pasienten.

Sykepleieren viser at det er verdt å høre på det han sier, noe som igjen kan bidra til at han føler seg som et anerkjent individ. Ved å dele mer med pasientene på en reflekterende måte kan relasjonen til pasientene bli nærere, og mer som et vennskap (Vatne og Hoem 2007).

Likhet er kjernen i anerkjennende kommunikasjon, og det kan handle om å dele tanker og følelser med både pasienter og ansatte (ibid). Litteratur viser at når hjelperne viser pasienten tillit, kan det tenkes at det er lettere for den rusavhengige å få tillit til hjelperen (Grimen 2009). Samtidig kan det tenkes å være negativt hvis den som skal hjelpe har som strategi å dele personlige ting med pasienten, da det lett kan bli «for» personlig, eller privat. Da kan trolig sykepleierens hjelpende og støttende funksjon bli mer utydelig. Det igjen kan kanskje gjøre at pasienten får mindre tillit til at sykepleieren skal hjelpe han.

Troverdighet er en viktig faktor for at pasienter skal ha tillit til sykepleiere, ifølge tidligere forskning (Eriksson og Nilsson 2007). Manglende troverdighet tenker jeg kan bunne i flere ting, blant annet at sykepleieren har for lite kunnskap og at hun ikke er kongruent. Pasientene kan merke det for eksempel ved at sykepleieren ikke sier det hun egentlig mener, eller at hun snakker om ting som hun egentlig ikke har greie på (Rogers 1990). Det kan tenkes at dette også kan handle om at sykepleieren har rolle som profesjonell, og tenker at hun må kunne visse ting, og opptre på en bestemt måte og dermed distanserer seg fra pasienten. En person som er seg selv, og ikke bare en sykepleier for eksempel, vil det kunne være lettere å få tillit til (Rogers 1990).

Troverdighet er viktig for å fremme håp, noe som er essensielt i behandling av rusavhengighet ifølge tidligere forskning (Koehn og Cutcliffe 2012). Hvis hjelperne klarer å etablere en god relasjon med personer som ellers er ensomme og isolerte, kan det tenkes at de vil utvikle håp nå og i fremtiden. At de får snakket med noen om vanlige ting, at de føler seg likt og verdsatt, og får fylle hverdagen med noe annet enn problemer, gir gode opplevelser, og kan dermed skape håp og mening. Travelbee (1997) mener at tillit er håpets kjerne, og at tro på at andre vil hjelpe oss er viktig for håp. Sykepleieren må tro på og vise overfor pasienten at rusfrihet er mulig for at pasienten skal utvikle og bevare håpet (Koehn og Cutcliffe 2010). Det kan handle om at sykepleieren ikke er mistenksom angående tilbakefall, at hun er oppmuntrende, at de har en plan som de samarbeider om og at hun viser at hun virkelig vil hjelpe.

8 Oppsummering

Rusavhengige kan ha vanskelig for å få tillit til andre på grunn av blant annet utrygg tilknytning, traumer, omsorgssvikt og misbruk. Tillit er grunnmuren i relasjonen, og en av sykepleierens viktigste oppgaver er å skape en tillitsfull relasjon med pasientene sine. Følgende problemstilling har dermed vært forsøkt besvart: *Hvilke faktorer påvirker sykepleierens muligheter til å skape en tillitsfull relasjon til rusavhengige pasienter?*

I denne studien har vi sett at følgende faktorer påvirker sykepleierens muligheter for å skape en tillitsfull relasjon med rusavhengige: Pasientens frykt for intimitet, kompetanse og holdninger, opplevelsen av å ha en venn, vise empati, respekt og verdighet og å se personen bak rusavhengigheten.

Kunnskap og holdninger er med å påvirke hvordan vi tar oss av rusavhengige, og hvordan vi klarer å skape en likeverdig og terapeutisk relasjon. Det er derfor svært viktig at vi som sykepleiere reflekterer over holdningene våre, og tilegner oss kunnskap om den gruppen vi skal jobbe med. For å vise at vi er der for den rusavhengige og setter pris på han som person kan vi gjøre noe ekstra for han. En sentral del av det å være likestilte i relasjonen er å legge fra seg noe av rollen som profesjonell, og kunne dele allmennmenneskelige erfaringer med pasienten. Samtidig kan pasienten trenge at vi er profesjonelle i en del sammenhenger, og vi skal ikke bli som en uerstattelig venn for pasientene våre.

Det kan gjøre det lettere for han å dele når han ser at sykepleieren tør å dele. Men det å dele er en balansegang der sykepleieren må passe på å ikke bli for privat eller virke hjelpetrengende. Det å tørre å åpne seg for en annen handler om tillit. Vi er sårbare når vi har tillit til andre. Vi velger å stole på at den vi har tillit til vil ta godt vare på det vi deler. Håp er nærmest en forutsetning for at rusavhengige skal bli rusfrie, og tillit til andre er en viktig del av å utvikle håp. Hvis vi som sykepleiere kan være litt mer som en venn, respektere og verdsette pasienten, vil det kanskje kunne bidra til at en som har hatt et liv preget av vonde opplevelser og rus får et liv preget av tillit til andre og rusfrihet.

Hvis vi ikke tar hensyn til disse faktorene i samhandlingen med rusavhengige pasienter vil det kunne hindre utviklingen av tillit, og dermed vil det være vanskeligere for oss å hjelpe pasientene, og muligheten for at pasienten skal få et rusfritt liv vil bli dårligere.

9 Litteraturliste

Arefjord, N. (2011). Personlighetfortyrrelser og ruslidelser. I: Lossius, K. (red.). Håndbok i rusbehandling. Oslo: Gyldendal akademisk.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk

Dinc, L. og Gastman, C. (2013). Trust in nurse-patient relationships: A literature review. I: *Nursing Ethics*

Direktoratet for e-helse (2016). ICD-10. Kapittel F1x.2. Hentet 16.02.2016 fra URL: <https://finnkode.helsedirektoratet.no/#icd10/1/0/0/-1>

Duff, C.T. og Bedi, R.P. (2009). Counsellor behaviours that predict therapeutic alliance: From the client's perspective. *Counselling Psychology Quarterly*. Hentet: 10.02.2016. DOI: 10.1080/09515071003688165.

Dxiopa, F. og Ahern, K. (2009). Three different ways mental health nurses develop quality therapeutic relationships. *Issues in Mental Health Nursing*. DOI: 10.1080/01612840802500691

Edland-Gryt, M. og Skatvedt, A.H. (2012). Thresholds in a low-threshold setting: An empirical study of barriers in a centre for people with drug problems and mental health disorders. *International Journal of Drug Policy*. URL: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2012.08.002>

Eide, H. og Eide, T. (2007) *Kommunikasjon i relasjoner*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal akademisk

Eriksson, I. og Nilsson, K. (2007). Preconditions needed for establishing a trusting relationship during health counselling – an interview study. *Journal of Clinical Nursing*. Hentet 17.02.2016.

Fekjær, H.O. (2011). *RUS. Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk*. 3.utgave. Oslo: Gyldendal akademisk.

Folkehelseinstituttet (2014). Ruslidelser i Norge – Folkehelse rapporten 2014. Hentet 16.02.2016 fra URL: <http://www.fhi.no/artikler/?id=110543>

Grimen, H. (2009). *Hva er tillit?* Oslo: Universitetsforlaget.

Helsedirektoratet (2010). Diagnosen opioidavhengighet. Nasjonal retningslinje for legemiddellassiert rehabilitering ved opioidavhengighet. Helsebiblioteket. Hentet 19.01.16 fra URL: <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/lar/6-indikasjon-henvisning/6.1-diagnosen-opioidavhengighet>

Helsedirektoratet (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser Sammensatte tjenester – samtidig behandling*. Hentet 18.02.2016 fra URL: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/188/Nasjonal-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser-IS-1948.pdf>

Helsedirektoratet (2015). Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2014. Hentet 04.02.2015 fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/936/PHV-TSB-arsrapport-2014-endelig.pdf> (46 s)

Koehn, C. og Cutcliffe, J.R. (2010). The Inspiration of Hope in Substance Abuse Counseling. *Journal of Humanistic Counseling*. Hentet 10.02.2016.

Kristoffersen, N.J. og Nortvedt, F. (2011). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E. (red.). *Grunnleggende sykepleie. Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Lossius, K. (2011). Om å ruse seg. I: Lossius, K. (red.). *Håndbok i rusbehandling*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Monks, R., Topping, A. og Newell, R. (2012). The dissonant care management of illicit drug users in medical wards, the views of nurses and patients: a grounded theory study. *Journal of Advanced Nursing*. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2012.06088.x.

Nortvedt, P. og Grimen, H. (2004). Sensibilitet og refleksjon. Oslo: Gyldendal akademisk

Ohnstad, A. (2010). Utviklingspsykologi – en livslang utvikling. I: Ekeland, T., Iversen, O., Nordhelle, G, Ohnstad, A. *Psykologi for sosial- og helsefagene*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Olsø, Møller, T., Almvik, A. og Norvoll, R. (2014) *Hjelpsomme relasjoner. En kvalitativ undersøkelse av samarbeidet mellom brukere med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer og fagpersoner i to oppsøkende team*. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning.

Rogers, C. (1990). «Ch. 2: Client-Centered Therapy”. I: Rogers, C (Red.) et al. *Carl Rogers. Dialogues*. S. 9-39. ISBN: 0094698309.

SIRUS. (2015). Rusmidler i Norge. Hentet 04.02.2015 fra http://wpstatic.idium.no/www.sirus.no/2015/12/rusmidler_i_norge2015.pdf (80 s).

Sælør, K.T. og Bjerknes, S.O. (2012). Helsepersonell i tverrfaglig spesialisert rusbehandling – ansvar, roller og funksjoner. I: Biong, S, Ytrehus, S.(red.). *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. Oslo: Akribø

Thorberg, F.A. og Lyvers, M. (2009) Attachment in relation to affect regulation and interpersonal functioning among substance use disorder in patients. *Addiction Research and Theory*. DOI: 10.3109/16066350903254783

Travelbee, J. (1997) *Interpersonal Aspects of Nursing*. Oslo: Pensumtjeneste

Vatne, S. og Hoem, E (2007). Acknowledging communication: a milieu-therapeutic approach in mental health care. *Journal of Advanced Nursing*. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2007.04565.x

Vesaas, Moren, H. (1994). Ord over grind. *Ord*. Oslo: Aschehoug