



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Relasjon og kommunikasjon til
ROP-pasienten

Lilli Helgheim

Bachelor i sjukepleie, SK 152
Avdeling for helsefag/Høgskulen på
Vestlandet/Campus Førde
Rettleiar: Mona Christensen
Innleveringsdato: 01.06.2018

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, *jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10*

Sammendrag

Tittel: Relasjon og kommunikasjon til ROP-pasienten.

Bakgrunn for valg av tema: Tema er valt på bakgrunn av mine erfaringer i frå praksis. I praksis møte eg pasientar med ROP-lidingar og opplevde at det å byggje relasjon til denne pasienten er spesielt tidskrevjande og utfordrande.

Problemstilling: Korleis kan sjukepleiar bruke relasjon og kommunikasjon som verktøy i møte med pasientar som har ROP-lidingar?

Metode: Oppgåva er skreve med litteraturstudie som metode og er basert på faglitteratur, sjølvvalt litteratur og seks forskingsartiklar knytt opp mot problemstillinga.

Oppsummering av funn og konklusjon: Ein god relasjon mellom brukar og tenesteytar har stor betydning for behandlingsresultatet, og kan ofte være viktigare enn kva behandlingsmetode som blir brukt. Når ein tillitsfull relasjon er utvikla, medfører det større grad av openheit mellom sjukepleiaren og pasienten.

Nøkkelord: ROP-liding, relasjon, kommunikasjon og sjukepleie.

1 Innhold

1	Innleiing.....	1
1.1	Bakgrunn for val av tema og oppgåvas hensikt.....	1
1.2	Problemstilling med avgrensning.....	2
1.3	Begrepsavklaring.....	2
1.4	Oppgåvas oppbygging	3
2	Metode	4
2.1	Kva er ein metode?	4
2.2	Val av metode.....	4
2.3	Litteratursøk	4
2.3.1	Faglitteratur	4
2.3.2	Forskingsartiklar	4
2.4	Kjeldekritikk.....	5
2.5	Etisk vurdering av studia	6
3	Teori.....	7
3.1	ROP-lidingar	7
3.2	Depresjon	7
3.2.1	Mild depresjon	7
3.2.2	Moderat depresjon.....	8
3.3	Angst.....	8
3.4	Alkoholavhengigheit.....	8
3.5	Joyce Travelbee	8
3.5.1	Menneske-til-menneske-forhaldet.....	8
3.5.2	Håp	9
3.5.3	Kommunikasjon	9
3.6	Relasjon med ROP-pasienten.....	9
3.6.1	Haldningar, fordommar og veremåte	9
3.6.2	Empati.....	10
3.6.3	Tillit.....	10
3.7	Kommunikasjon	10
3.7.1	Nonverbal kommunikasjon.....	11
3.7.2	Fire-perspektivmodellen.....	12
4	Resultat.....	13
4.1	Forskingsartikkel 1	13
4.2	Forskingsartikkel 2.....	13

4.3	Forskingsartikkel 3.....	13
4.4	Forskingsartikkel 4.....	14
4.5	Forskingsartikkel 5.....	14
4.6	Forskingsartikkel 6.....	14
5	Drøfting.....	15
5.1	Relasjon til ROP-pasienten.....	15
5.2	Kommunikasjon til ROP-pasienten	18
6	Konklusjon.....	20
	Bibliografi	21

1 Innleiing

Dei siste tiåra har det vært ein aukande fokus på at rusmiddelmissbruk og psykiske lidningar ofte opptrer samtidig (Helsedirektoratet, 2012). Samtidig rusmiddelliding og psykisk liding gir auka risiko for sjukehusinnlegging og sjølv-mord, samt auka risiko for forhold som vanlegvis er knytt til stort rusmiddelbruk aleine, til dømes aggresjon og vald, kriminalitet og fengsling, økonomiske vanskar og ustabil bu- og yrkessituasjon (Gråwe, 2014, s. 202).

I den amerikanske befolkningsstudia «The National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC studia)» skilte Grant et. al (2004) mellom sjølvstendige uavhengige og rusutløyste psykiske lidningar og fann følgjande tall:

- *ca 20 prosent av den generelle befolkninga som hadde en ruslidelse hadde også en stemningslidelse*
- *18 prosent av den generelle befolkninga med en ruslidelse hadde også en angstlidelse*

I ein anna befolkningsstudie frå seks europeiske land kalla for ESEMeD-prosjektet kom det fram at det var ein sterk samanheng mellom alkoholavhengigheit og angst og depresjon. Vidare viste den same studia at risikoen for å ha ein rusmiddelliding aukar med alvorsheten av den psykiske lidinga (Alonso et. al, 2004). Likevel er angst og depresjon langt meir vanlege lidningar blant befolkninga, og rammar av den grunn fleire personar (Gråwe, 2014, s. 202).

Anbefalingane i dei Nasjonal faglege retningslinjer (Helsedirektoratet, 2012) understrekar at ein god relasjon mellom brukar og tenesteytar er av stor betydning for behandlingresultatet og kan ofte være viktigare enn sjølv behandlingmetoden som blir brukt. Terapeutisk arbeid med rus- og psykisk liding er utfordrande arbeid som krev mykje merksemd i frå den enkelte behandlar. I tillegg kan det ofte ta lang tid å oppnå ein god relasjon til rus- og psykiatri pasientar (Helsedirektoratet, 2012).

1.1 Bakgrunn for val av tema og oppgåvas hensikt

Gjennom praksisperiodane mine på sjukepleiarstudiet har eg vært opptatt av å skape ein god relasjon til pasientane. Ein praksisperiode som skilte seg ut for meg var praksisen i kommunalt psykisk helsearbeid. I denne praksisen blei eg introdusert for personar som hadde psykiske lidningar, samt rusmiddelmissbruk, også kalla ROP-lidningar. Eg har gjennom denne praksisen fått erfart at det å skape ein god relasjon til denne pasientgruppa, er både tidskrevjande og spesielt vanskeleg. Fleire av dei pasientane eg møtte hadde hatt ein vanskeleg oppvekst, og hadde tidelegare opplevd

relasjonsbrudd. Dette gjorde at dei hadde vanskar med å åpne seg opp og vise tillit til sjukepleiar. Av den grunn er det enda viktigare for meg å være bevisst på å skape gode relasjonar med denne pasientgruppa. I arbeid med denne oppgåva vil eg fordjupe meg i emnet ved å knyte saman teori, forskning og egne observasjonar, til ei heilheitleg oppgåva.

1.2 Problemstilling med avgrensning

Korleis kan sjukepleiar bruke relasjon og kommunikasjon som verktøy i møte med pasientar som har ROP-lidingar?

Oppgåva skal dreie seg om korleis sjukepleiar kan byggje ein god relasjon til personar med samtidige rus- og psykiske lidingar, der kommunikasjon med pasienten er basis i relasjonsbygginga. På grunn av oppgåvas omfang har eg valt å avgrense den til å omhandle personar som har ein mild til moderat grad av depresjon og/eller angst i tillegg til ein alkoholavhengigheit. Hovudgrunnen til at eg har valt å fokusere på akkurat desse lidingane er at angst og depresjon er langt meir vanlege lidingar i befolkninga enn alvorleg psykiske lidingar, og rammar av den grunn fleire personar (Helsedirektoratet, 2012). Eg har vidare valt å avgrense oppgåva til å omhandle vaksne i alderen 18 og oppover, uavhengig av kjønn og arena ein møter dei på.

1.3 Begrepsavklaring

ROP-liding

ROP-lidingar omfattar alle kombinasjonar av alvorlege og mindre alvorlege psykiske lidingar og samtidig alvorleg og mindre alvorleg rusmiddelliding (Gråwe, 2014, s. 199).

Relasjon

«Relasjon» kjem frå ordet latin – *relatio* – og betyr egentleg *føre tilbake*. Begrepet relasjon brukast som ein nemning på forbindelse eller forhold mellom to eller fleire personar (Jensen & Ulleberg, 2013, s. 46).

Kommunikasjon

Kommunikasjon kjem av det latinske ordet *communicare*, som betyr å gjere noko felles, delaktiggjere ein anna i, ha forbindelse med. Begrepet kommunikasjon blir i helsefagleg samanheng brukt om forhold, kontakt eller forbindelse mellom menneske (Eide & Eide, 2017, s. 17).

1.4 Oppgåvas oppbygging

Det neste kapittelet, metodekapittelet, inneheld ei beskriving av korleis eg fann fram til relevant forskning og litteratur, samt kjeldekritikk. I teoridelen vil eg først presentere sjukepleiarteoretikaren Kari Martinsen og hennar omsorgsteori for å belyse eit sjukepleiefagleg perspektiv på temaet mitt. Vidare går eg inn på generelt om lidingane angst, depresjon og alkoholavhengigheit, då det er desse lidingane eg har fokus på i oppgåva. I teoridelen tar eg og for meg etableringa av ein god relasjon mellom sjukepleiar og brukar, og korleis kommunikasjon kan nyttast som eit verktøy i relasjonsbygginga. I kapittel 4 presentera eg resultata i frå fem forskingsartiklar som eg har valt for å belyse problemstillinga mi. Kapittel 5 er drøftingskapittelet, og her vil eg bruke teori, egne erfaringar og relevant forskning til å drøfte problemstillinga «*Korleis kan sjukepleiar bruke relasjon og kommunikasjon i verktøy med pasientar som har ROP-lidingar?*». Til slutt i oppgåva vil eg komme med ein konklusjon for å oppsummere oppgåva.

2 Metode

2.1 Kva er ein metode?

På spørsmål om kva ein metode er, svarar sosiologen Vilhelm Aubert; «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener på dette formålet, hører med i arsenalet av metoder». Metoden fortel oss altså noko om korleis vi bør gå fram for å skaffe eller etterprøve kunnskap. Det kan vere hensiktsmessig å velje ein bestemt metode som eignar seg best til å belyse det spørsmålet eller problemstillinga vi har stilt (Dalland, 2012, s. 51).

2.2 Val av metode

I arbeid med denne oppgåva har eg brukt litteraturstudie som reiskap for å belyse problemstillinga mi. Ein litteraturstudie går ut på å samle inn litteratur, gå kritisk gjennom den og til slutt samanfatte det heile (Thidemann, 2015, s. 79-80).

2.3 Litteratursøk

2.3.1 Faglitteratur

I oppgåva mi har eg brukt relevant litteratur i frå pensum, samt bøker som eg har fått anbefalt av min rettleiar på bacheloroppgåva. Eg har og funne relevant litteratur gjennom Oria ved å bruke søkeord som blant anna «kommunikasjon», «relasjon» og «ROP-lidingar». Dette ser eg på som ein truverdig søkemotor, då den blir anbefalt på høgskulen sine nettsider. I tillegg har eg brukt nettsider som helsedirektoratet for å finne oppdatert informasjon.

2.3.2 Forskingsartiklar

For å finne relevante forskingsartiklar til oppgåva har eg etter anbefaling i frå høgskulen brukt databasane Academic Search Elite + Cinahl og SveMed+. Sistnemnde inneheld danske, svenske og norske artiklar.

Forskingsartikkelen «The Art of Helpful Relationships with Professionals: A Meta-ethnography of the Perspective of Persons with Severe Mental Illness» fann eg på Academic Search Elite + Cinahl ved å kombinere søkeorda «relationships», «severe mental illness» og «user's perspective». Vidare avgrensa eg til år 2008-2018 og engelsk språklege artiklar. Dette søket gav 6 treff.

Forskingsartikkelen «Understanding how people who use illicit drugs and alcohol experience» fann eg på Academic Search Elite + Cinhal med å kombinere søkeorda «alcohol», «relationships» og «staff». Deretter avgrensa eg til år 2008-2018 og engelsk språklege artiklar. Dette søket gav 208 treff.

Forskingsartikkelen «Hjelpsommer relasjonar. En kvalitativ undersøkelse av samarbeidet mellom brukere med alvorlege psykiske lidelser og rusproblemer og fagpersoner i to oppsøkende team» fann eg på databasen SveMed+ med søkeorda «rusproblemer og psykiske lidelser». Søket ga meg 7 treff.

Forskingsartikkelen «Improving services for individuals with a dual diagnosis: A qualitative study reporting on the views of service users» fann eg på Academic Search Elite + Cinahl. Eg kombinerte søkeorda «comorbidity», «dual diagnosis», «mental health» og «health services». Vidare avgrensa eg til år 2008-2018 samt engelsk språklege artiklar. Søket gav 141 treff.

Den femte forskingsartikkelen, «Health Provider's Descriptions of the Significance of the Therapeutic Relationship in Treatment of Patients with Dual Diagnoses» fann eg på Academic Search Elite + Cinhal med å kombinere søkeorda «therapeutic relationship» og «dual diagnosis». Vidare avgrensa eg til år 2008-2018 og engelsk språklege artiklar, noko som gav 9 treff.

Forskingsartikkelen «Nurses' experiences of caring for patients with a dual diagnosis of depression and alcohol abuse in a general psychiatric setting» - kom eg over når eg leste ein tidlegare bacheloroppgåve. Ved å kombinere søkeorda «dual diagnosis», «depression» og «alcohol abuse» på Academic Search Elite + Cinahl og avgrense til 2007-2018 fekk eg opp artikkelen.

2.4 Kjeldekritikk

I følgje Dalland (2017, s. 152) er det to sider ved kjeldekritikk. Den første omhandlar å finne fram den litteraturen som belyser din problemstilling, medan den andre dreier seg om å gjere greie for litteraturen du har brukt i oppgåva di.

I søkeprosessen har eg benytta meg av IMRAD-prinsippet. Dette har eg gjort fordi dei fleste forskingsartiklar er bygd opp etter dette prinsippet (Nortvedt, Jamtvedt, Graveholt, Nordheim & Reinart, 2012, s. 69). IMRAD-prinsippet går ut på at forskingsartiklane inneheld introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Nortvedt et. al., 2012, s. 69).

Alle forskingsartiklane eg har brukt i denne oppgåva er kvalitative studiar. Dette er greitt å vere merksam på då kvalitative studiar tar sikte på å fange opp meining og oppleving til få undersøkingseinheit (Dalland, 2017, s. 52-53). I forhold til problemstillinga mi ser eg likevel på

kvalitative studiar som den beste metoden. Vidare er fire av forskingsartiklane mine engelsk språklege, og eg kan av den grunn ha mista enkelte nyansar i oversetjinga.

For å få oppdatert kunnskap i oppgåva mi har eg prøvd å nytte meg av forskingsartiklar som ikkje er eldre enn 10 år gamle. Forskingsartikkelen «*Nurses' experiences of caring for patients with dual diagnosis of depression and alcohol abuse in a general psychiatric setting*» i frå 2007, men eg har likevel valt å ta den med i oppgåva mi på grunn av den store relevansen den har for temaet mitt.

2.5 Etisk vurdering av studia

Når menneske bidrar til forskning er det viktig at dei blir skikkeleg ivaretatt (Dalland, 2017, s. 235). Det handlar blant anna om å ivareta personvernet og sikre at dei som deltar i forskning ikkje blir påført skade eller unødvendige belastningar. Det å være anonym er ein føresetnad for mange for å delta i ein undersøking (Dalland, 2017, s. 236-237). I studiane eg har tatt med i oppgåva er alle deltakarane anonymisert. Eg har i oppgåva mi brukt dømer i frå praksis der eg og har sikra anonymitet av brukarane. Dette er viktig for å oppretthalde taushetsplikta, som handlar om å hindre at andre får tilgang til folks personlege forhold som man får vite om i eigenskap av å være helsepersonell (Helsepersonelloven, 1999).

3 Teori

3.1 ROP-lidingar

Dei siste tiåra har det vore ein aukande erkjenning av at rusmiddelmissbruk og psykiske lidingar ofte opptrer samtidig, men til tross for dette er det mange personar som framleis ikkje blir oppdaga fordi vi ikkje har sett den psykiske lidinga bak rusproblemet eller rusmiddelmissbruket bak den psykiske lidinga (Helsedirektoratet, 2012). I spesialisthelsetenesta har det i stor grad vært retta behandlingsmerksemd mot pasientar med alvorlege psykiske lidingar, men det leggest no i aukande grad meir vekt på samspelet mellom rusmidlar og mindre alvorlege psykiske lidingar. Ved å ha kunnskap om kva personar som mest truleg vil utvikle ROP-lidingar, kan vi og betre identifisere og behandle dei (Helsedirektoratet, 2012).

I Noreg er det gjort få studiar der det er blitt kartlagt bruk, misbruk og avhengigheit av rusmidlar. Befolkningsundersøkingar i frå både Europa og USA viser at dess meir alvorleg ruslidinga er, dess høgare er førekomen av psykiske lidingar, og dess meir alvorleg den psykiske lidinga er, dess høgare er førekomen av ruslidingar (Helsedirektoratet, 2012). Uavhengig av om pasienten debuterte med den psykiske lidinga eller rusmiddellidinga først, eventuelt at begge lidinga fant sted samtidig, så vil man typisk kunne sjå at lidingane bidrar til å utløyse, forsterke eller oppretthalde kvarandre (Gråwe, 2014, s. 202).

3.2 Depresjon

Depresjon er ein av dei mest vanlegaste psykiske lidingane, og er også ein av dei viktigaste grunnane til arbeidsfråvær, sjukemelding og uførheit (Helsedirektoratet, 2016). Dei mest sentrale symptomta ved depresjon er tristheit, pessimisme og lav sjølvvørndnad. Andre sentrale symptom er nedsett fysisk og psykisk energi til å utføre dagleglivets gjeremål, mangel på interesse og glede over dei fleste aktivitetar, redusert konsentrasjon og oppmerksemd og ein følelse av håpløyse (Hummelvoll, 2014, s. 198).

3.2.1 Mild depresjon

Realitetsorienteringa hos ein person som har mild depresjon vil være intakt. Sjølv om personen vil føle på tristheit, vil ikkje det senka stemningsleie påverke dømmekrafta i forhold til seg sjølv eller andre sine motiv. I tillegg vil personen kunne behalde ein stabil sjølvfølelse. Tankeprosessane kan likevel blir påverka til ein grad der evna til konsentrasjon og merksemd blir forstyrra (Hummelvoll, 2014, s. 199).

3.2.2 Moderat depresjon

Ved moderat depresjon vil både verkelegheitsoppfatninga og dømmekrafta være dårleg. Ofte vil ein person med moderat depresjon føle tomheit, eller at det er noko gale med hjarterytmen, pusten, fordøyelsen eller eliminasjonen. I dette tilfellet vil depresjonskjensla være dominerande, og evna til å føle glede være redusert. Mangelfull impuls kontroll med aggressive gjennombrøt og eventuelt periodar med overeting eller høgt alkoholinntak er heller ikkje uvanleg (Hummelvoll, 2012, s. 199).

3.3 Angst

Angstlidingar er eit samleomgrep for tilstandar der hovudsymptomet er irrasjonell frykt (Helsedirektoratet, 2017). Angst kan komme i mange ulike formar og forskjellige gradar. Vanlege symptom hos personar som opplever angst er svimmelheit og skjelving, ein kjensle av at nokon vil kvele deg, at det pressar i brystet, hjartet hamrar og det trykkjer i magen (Hummelvoll, 2012, s. 154).

Hummelvoll (2012) ser på angst og redsel som den pris vi må betale for privilegiet å være menneske. Det er vanleg å kjenne på engstelse i situasjonar som eksamen, sjukdom, nye arbeidsoppgåver og nytt ansvar (Hummelvoll, 2012, s. 153). I alle formar for depressive lidingar er angst eit vanleg symptom, men depressive symptom kan og finnast i angstillstandar (Hummelvoll, 2012, s. 200).

3.4 Alkoholavhengigheit

Misbruk eller avhengigheit av alkohol kan vere ein langvarig tilstand som medfører problem og negative konsekvensar for både brukaren og omgivingane. Ved alkoholavhengigheit oppstår det alvorlege kognitive, åtferdsmessige og fysiologiske symptom, og personen fortsett med rusmidlane til tross for skadeverknadane og ynskje om å avstå i frå bruken (Prochazka, Hallandsjø & Martinsen, 2008, s. 204).

3.5 Joyce Travelbee

3.5.1 Menneske-til-menneske-forhaldet

Eit kjenneteikn ved menneske-til-menneske-forhaldet som Travelbee (2001, s. 171) skriv om er at både sjukepleiar og pasient oppfattar og forholder seg til kvarandre som unike personar, ikkje som «sjukepleiar» og «pasient». Travelbee forklarar at sjølv om forholdet mellom sjukepleiar og pasient er ein gjensidig prosess, er det sjukepleiaren som har ansvar for å etablere og vedlikehalde forholdet.

3.5.2 Håp

Håp gjer oss i stand til å å mestre vonde og vanskeleg situasjonar, tap, tragediar, einsamheit og liding (Travelbee, 2001, s. 117). Det er sjukepleiarens oppgåve å hjelpe pasienten til å holde fast ved håpet og unngå håplausheit (Travelbee, 2001, s. 123). På same tid er det sjukepleiarens oppgåve å hjelpe den som opplever håplausheit, til å vinne tilbake håp. Travelbee understrekar at det er umogleg å hjelpe pasienten til å vinne tilbake håp med mindre sjukepleiar er tilgjengeleg og villig til å snakke med pasienten om det han er opptatt av (Travelbee, 2001, s. 123).

3.5.3 Kommunikasjon

Både når vi er i samtale og når vi er tause oppstår det ein kommunikasjon mellom sjukepleiar og pasient (Travelbee, 2001, s. 135). Gjennom utsjånad, åtferd, haldning og ansiktsuttrykk kommuniserer vi med kvarandre. På denne måten får sjukepleiar ein anledning til å bli kjent med pasienten som menneske og til å bestemme og ivareta pasientens behov, og dermed etablere eit menneske-til-menneske-forhald og oppnå sjukepleias mål og hensikt (Travelbee, 2001, s. 136).

3.6 Relasjon med ROP-pasienten

I arbeid med personar som har ROP-lidingar er det viktig å ha eit godt kunnskapsnivå og spesielle ferdigheitar, men viktigast av alt er relasjonen mellom sjukepleiar og pasient (Helsedirektoratet, 2012). Jensen og Ulleberg (2013, s. 25) framhevar viktigheita av ein trygg og god relasjon mellom sjukepleiar og pasient, og legg til at relasjonen kan ha ei betydning for om pasienten kjem fram med sine opplevingar, tankar, meiningar og kjensler. Vidare forklarar Røkenes og Hanssen (2012, s. 178) at sjukepleiarens eventuelle kritiske kommentarar vil bli betre tatt i mot dersom relasjonen er god. Ein god relasjon mellom sjukepleiar og pasient kan også bidra til at pasienten blir lengre i rusbehandlinga. Helsedirektoratet framhevar betydninga av langvarige relasjonar som spesielt viktig ovanfor personar med psykiske lidingar og ruslidingar (Helsedirektoratet, 2012).

3.6.1 Haldningar, fordommar og veremåte

Som sjukepleiarar har vi eit ansvar for våre haldningsmessige reaksjonar (Berntzen, Danielsen & Almås, 2011). Helsedirektoratet (2012) framhevar haldningar som ein av dei viktigaste føresetnadane for etableringa av ein god relasjon. Det eksisterer mange fordommar om personar som har rusmiddelproblem eller psykiske problem. Dette kan påverke brukarens sjølvbilete, samfunnets

haldningar og tenesteutøvarens vurderingar av behandling og tenestebehov. Viktigast av alt kan haldningar påverke relasjonen mellom pasient og sjukepleiar og bidra til ei uønskt ubalanse i samarbeidet (Helsedirektoratet, 2014). Det er viktig at sjukepleiar er merksam på å vurdere enkelte sider av veremåten sin. Dette kan til dømes vere sittestillinga vår, som kan signalisere om trygghet og imøtekommanheit eller travelheit. Vidare er det viktig å vere lyttande og uredde for å snakke om det pasienten ynskjer (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 180).

3.6.2 Empati

I sjukepleia vektleggast empati først og fremst som evna til medkjensle og innleving (Eide & Eide, 2017, s. 157). Å oppleve at nokon lyttar og lever seg inn i dine tankar og kjensler, styrkar sjølvfølelsen og fyller eit psykologisk behov for tilknytning og nærleik (Eide & Eide, 2017, s. 155). For at kommunikasjonen mellom sjukepleiar og pasient skal vere personorientert, motiverande og helsefremmande er empati ein føresetnad. Med andre ord er empati heilt nødvendig for å kunne kommunisere godt med pasienten og utvikle ein god relasjon (Eide & Eide, 2017, s. 157-158). Røkenes og Hanssen (2012, s. 188) peikar på tre forhold som er sentrale i ein empatisk haldning i samtalen: å lytte, å forstå og å vere anerkjennande.

3.6.3 Tillit

I sjukepleiarens omsorg er tillit viktig og i ein kvar samtale er tillit elementært (Martinsen, 1990, s. 70). Tillit er noko vi ikkje kan krevje eller forutsette, men noko vi må gjere oss fortent til, gong etter gong (Skau, 2011, s. 35). I følge Eide & Eide (2017, s. 26) vil det å vise andre tillit som helsepersonell innebere å gi frå seg makt, sleppe kontrollen og ta ein risiko. Personar som søker hjelp vil kunne lettare vise meir av sin sårbarheit til helsepersonell på grunn av tilliten som gjerne følgjer med i yrkesrolla. Samtidig er det ein risiko for at tilliten blir broten (Eide & Eide, 2017, s. 26). Når pasienten viser tillit til helsepersonell, gir han samtidig helsepersonellet makt til å enten lytte eller avise og støtte eller krenke (Eide & Eide, 2017, s. 27).

3.7 Kommunikasjon

«Når vi snakker om relasjoner snakker vi alltid også om kommunikasjon, og når vi snakker om kommunikasjon handler det alltid om relasjoner» Jensen & Ulleberg, 2012, s. 19). Kommunikasjon er den viktigaste reiskapen i samarbeid med andre menneske (Jensen & Ulleberg, 2012, s. 19).

Kommunikasjon i relasjonar handlar om utveksling av verbale og nonverbale teikn mellom to eller

fleire personar, og korleis vi brukar det for å gi kvarandre beskjedar og dele budskap (Eide & Eide, 2017, s. 17).

Eide og Eide (2017, s. 18) forklarar god profesjonell kommunikasjon som personorientert og fagleg fundert. Dette handlar om å sjå pasienten som ein heil person med blant anna ibuande ressursar og moglegheiter. Vidare forklarar dei at god profesjonell kommunikasjon har eit helsefremmande formål. Det vil sei at sjukepleiar bidrar til meistring og betring av helsa for pasienten. Nøkkelen for å få dette til er å aldri identifisere pasienten med vedkommandes sjukdom eller diagnose, men alltid sjå på pasienten som ein heilt person, med evner, moglegheiter, relasjonar og egne verdiar. Eit anna formål med god profesjonell kommunikasjon er å motivere den andre til å ta tak i eigen situasjon der det er nødvendig og styrke den andre til å bruke egne ressursar, trene seg opp og gjennomføre endringar der det er nødvendig for å betre helsa (Eide & Eide, 2017, s. 19).

3.7.1 Nonverbal kommunikasjon

Nonverbal kommunikasjon er eit responderande språk som ofte kan vere tydelegare og meir direkte enn mange ord (Eide & Eide, 2017, s. 135). Samtidig kan vi bruke nonverbal kommunikasjon til å gi styrke og kraft til orda våre (Hummelvoll, 2012, s. 425). I arbeid med målretta samtalar er det spesielt viktig å vere klar over at kroppshaldninga og bevegelsane våre kan signalisere til pasienten om vi ynskjer nærleik eller avstand (Hummelvoll, 2012, s. 425). Vidare kan vi gjennom det nonverbale signalisere at vi er innstilt på å lytte og hjelpe, noko som er heilt avgjerande for om pasienten kjenner seg trygg og godt ivaretatt eller ikkje (Eide & Eide, 2017, s. 136).

Det nonverbale språket vårt kan fungere på to måtar; gjennom kongruent kommunikasjon eller inkongruent kommunikasjon. Kongruent kommunikasjon vil seie at det ikkje er avstand eller konflikt mellom det verbale og nonverbale. Det verbale og nonverbale samsvarar med kvarandre. Når man til dømes har eit vennleg blick i det man spør pasienten om korleis det går, formidlar man interesse både gjennom ansiktsuttrykket og spørsmålet. I inkongruent kommunikasjon derimot, stemmer ikkje det vi formidlar verbalt overeins med det som nonverbalt kjem til uttrykk. Dette kan skape utryggleik og mistillit hos pasienten. Ved å gjere noko med denne typen inkongruent kommunikasjon hos seg sjølv, kan man lettare auke tryggleiken, styrke relasjonen og legge grunnlaget for ein god arbeidsallianse med pasienten (Eide & Eide, 2017, s. 137).

3.7.2 Fire-perspektivmodellen

Røkenes & Hanssen legg fram fire grunnleggande perspektiv i all kommunikasjon og samhandling mellom menneske. Fire-perspektiv modellen går ut på å forstå ting i frå andre sine perspektiv og samtidig forstå seg sjølv i kommunikasjonen (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 39).

3.7.2.1 *Eigenperspektivet*

Eigenperspektivet vårt er korleis vi ser og opplever verden ut i frå vårt eige perspektiv, på bakgrunn av våre erfaringar, vår personlegdom, våre haldningar og kunnskapar. Ofte er det lettare å ha ein samtale med nokon som ein har lik bakgrunn og erfaringar med, av den grunn at det vil gjere det enklare å forstå ting ut i frå same meiningskontekst. Vidare er det i arbeid med menneske viktig å bli kjent med seg sjølv for å ikkje utgjere ein risiko for både brukarar og seg sjølv. Røkenes & Hanssen meina at det bør være ein grunnleggande del av utdanninga å reflektere over kva det betyr i yrkessamanhengen at du er den du er (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 40).

3.7.2.2 *Andreperspektivet*

Andreperspektivet går ut på å kunne forhalde seg til andre sine opplevingar av verden uavhengig av at dei er ulik deg sjølv med tanke på personlegdom, alder, kulturbakgrunn og kjønn (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 41).

3.7.2.3 *Det intersubjektive opplevelsesfellesskapet*

I det tredje perspektivet – det intersubjektive opplevelsesfellesskapet – er målet å utvide opplevingsfellesskapet for å kunne forstå meir av korleis den andre personen opplever ting, tenker og føler. Røkenes & Hanssen ser på opplevingsfellesskapet som ein indre, psykologisk ramme, eit mentalt samhandlingsrom der vi kan bringe inn våre eigne opplevingar, erfaringar og meiningar for å med-dele oss og gjere våre opplevingar tilgjengeleg for den andre (Røkenes & Hanssen, s. 2012, s. 42).

3.7.2.4 *Samhandlingsperspektivet*

Det siste perspektivet – samhandlingsperspektivet – er eit metaperspektiv, eit perspektiv på perspektiva. Samhandlingsperspektivet handlar om å kommunisere om kommunikasjonen, også kalla for metakommunikasjon (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 42).

4 Resultat

4.1 Forskingsartikkel 1

Tittel: *The Art of Helpful Relationships with Professionals: A Meta-ethnography of the Perspective of Persons with Severe Mental Illness* (Ljungberg, Denhov & Topor, 2015).

Hensikt, metode, målgruppe: Dette er ein metasyntese av 21 kvalitative studier som hadde til hensikt å finne ut kva personar med alvorlege psykiske lidningar syns var hjelpsam i relasjonar med helsepersonell.

Resultat: Funna i studia viser at nyttige relasjonar er relasjonar der pasienten får bruke tid i lag med helsepersonell som dei stolar på og har tillit til, som gir dei tilgang til ressursar, støtte og samarbeid.

4.2 Forskingsartikkel 2

Tittel: *Understanding how people who use illicit drugs and alcohol experience relationships with psychiatric inpatient staff* (Chorlton, Smith & Jones, 2014).

Hensikt, metode, målgruppe: Dette er ein kvalitativ studie som hadde til hensikt å undersøke korleis personar med ROP-lidningar opplevde relasjon med ansatte på psykiatriske avdeling for å auke forståinga av desse relasjonane. 10 vaksne; 5 kvinner og 5 menn deltok i semistrukturerte intervju.

Resultat: I studia kom det fram at brukarane var bekymra for å bli latterleggjort og dømt av dei ansatte på grunn av stoffbruket sitt. Det var spesielt vanskeleg for brukarar med tidlegare erfaringar med å bli avvist av vennar og familie å stole på dei ansatte. Brukarane syns det var viktig at dei ansatte brukte tid på dei, lytta, spurte om trivsel og tilbydde støtte.

4.3 Forskingsartikkel 3

Tittel: *Hjelpsomme relasjonar. En kvalitativ undersøkelse av samarbeidet mellom brukere med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer og fagpersoner i to oppsøkende team* (Olsø, Almvik & Norvoll, 2014).

Hensikt, metode, målgruppe: Hensikta med denne kvalitative studia var å undersøke kva som karakterisera hjelpsame relasjonar som ein del av den gode hjelpa. Det blei intervjuet 19 ansatte i frå to ulike team samt 9 brukarar frå desse teama. Målgruppa for denne undersøkinga var personar med alvorleg psykisk lidning med omfattande behov for tenester frå spesialisthelsetenesta og frå kommunal helse- og sosialteneste.

Resultat: Fagpersonane og brukarane som deltok i undersøkinga var i stor grad einige om kva kvalitetar ved relasjonane som var hjelpsame og kva arbeidsformer som bidrog til å utvikle slike relasjonar. Begge gruppene løfta fram betydninga av at samværet føregjekk gjennom kvardagslege

aktivitetar og at dette var ein viktig føresetnad for at relasjonen blei meir likeverdig og prega av personleg kontakt.

4.4 Forskingsartikkel 4

Tittel: «*Improving services for individuals with a dual diagnosis: A qualitative study reporting on the views of service users*» (Staiger, Thomas, Ricciardelli, McCabe, Cross & Young, 2011).

Hensikt, metode, målgruppe: Hensikta med denne kvalitative studia var å utforske opplevelser (barrierer for behandling og forslag til forbetringar) frå perspektivet til personar med ROP-lidingar. 44 personar deltok i kvalitative intervjuar.

Resultat: Deltakarane fortalte at det var viktig for dei å byggje ein god relasjon med sjukepeiar, at dei blei følgt opp i behandlinga og i ettertid.

4.5 Forskingsartikkel 5

Tittel: *Health Provider's Descriptions of the Significance of the Therapeutic Relationship in Treatment of Patients with Dual diagnosis* (Hoxmark & Wynn, 2010).

Hensikt, metode, målgruppe: Hensikta med den kvalitative studia til Hoxmark & Wynn (2010) var å kartlegge betydninga av den terapeutiske relasjonen i behandlinga av pasientar med rusproblematikk og dobbeltdiagnosar. I studia blei det brukt to fokusgrupper med to eller fleire personar i kvar gruppe.

Resultat: Når deltakarane i begge fokusgruppene blei spurt om å beskrive korleis dei vanlegvis oppførte seg og kva dei tenkte når dei møtte nye pasientar kom det fram hos begge gruppene at det var viktig for dei å etablere ein god relasjon fordi dei meinte det var sentralt i behandlinga. Dei to fokusgruppene framheva likevel ulike grunna for kvifor dei meinte ein god relasjon var viktig. Den eine fokusgruppa meinte at ein god relasjon mellom sjukepleiar og pasient gir rom for å høyre på sjukepleiar meir enn kva andre har å seie. Den andre fokusgruppa fokuserte på at ein god relasjon ville gjere det enklare for pasienten å prate om vanskelege tema, som til dømes misbruk.

4.6 Forskingsartikkel 6

Tittel: *Nurses' experience of caring for patients with a dual diagnosis of depression and alcohol abuse in a general psychiatric setting* (Wadell & Skarsater, 2007).

Hensikts, metode, målgruppe: Dette er ein beskrivande kvalitativ studie. Hensikta med studia var å få fram psykiatriske sjukepleiarar sine erfaringar med å vise omsorg for personar med depresjon og

alkoholmisbruk. I studia deltok 9 kvinner og 2 menn i alderen 33-64 år med sjukepleiarerfaring på mellom 1-38 år, der 3 av desse i tillegg var utdanna som psykiatriske sjukepleiarar.

Resultat: Sjukepleiarane formidla at eit tillitsfullt forhold og høgt nivå av samarbeid med pasientane var basisen for kontinuerleg omsorg og behandling. Vidare forklarte sjukepleiarane at dei unngikk å prate om alkoholproblemet til pasienten før dei følte at pasienten sjølv var klar for det. Ved å gi pasienten nok tid til å byggje opp sjølvbiletet sitt og ein tillitsfull relasjon til sjukepleiar, ville han bli meir open og til slutt kunne snakke om alkoholproblemet sitt.

5 Drøfting

Korleis kan sjukepleiar bruke relasjon og kommunikasjon som verktøy i møte med pasientar som har ROP-lidingar?

5.1 Relasjon til ROP-pasienten

Helsedirektoratet (2012) understrekar viktigheita av ein god og trygg relasjon og påstår at relasjonen mellom fagperson og brukar ofte er viktigare enn kva behandlingmetode som blir brukt. Forskinga til Staiger et al. (2010) støttar opp under dette og viser til at deltakarane vektlegg viktigheita av ein trygg og god relasjon mellom pasient og sjukepleiar. I studia formidla ein av deltakarane at *det var spesielt viktig for ho å vedlikehalde kontakt med sjukepleiar på grunn av manglande sosialt nettverk eller emosjonell støtte rundt seg elles*. Dette tydeleggjer at ROP-pasientar er ein sårbar pasientgruppe som også Helsedirektoratet (2012) får fram. Dette var noko eg såg igjen i praksis. Fleire av pasientane eg møtte ga uttrykk for å mangle sosiale relasjonar og i den forbindelse kom det tydelegare fram at dei satt stor pris på det sosiale samværet med sjukepleiar. I studia til Olsø, Almvik og Norvoll (2014) gav pasientane uttrykk for at den alminnelege kontakta med sjukepleiar var av stort betydning og bidrog til at dei fekk eit pusterom frå det som plaga dei i kvardagen. Dette bekreftast i teorien av Jensen og Ulleberg (2013, s. 25). Dei framhevar viktigheita av ein trygg og god relasjon mellom sjukepleiar og pasient, og legg til at relasjonen kan ha ei betydning for om brukaren kjem fram med sine opplevingar, tankar, meiningar og kjensler.

Vidare er kvaliteten på relasjonen mellom sjukepleiar og pasient heilt avgjerande for å fremme blant anna utvikling, vekst, meistring og betra funksjon hos pasienten (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 19). Kvaliteten på relasjonen kan i tillegg ha betydning for korleis pasienten fortolkar det som blir sakt og gjort av sjukepleiar. Pasienten vil vere meir mottakeleg for eventuelle kritiske kommentarar og

vurdere det som omtanke og hjelp dersom relasjonen er god. Derimot kan dei same kommentarane bli oppfatta som sarkasme og avvising i ein ikkje så god relasjon (Røkenes & Hansen, 2012, s. 178). Dette såg eg igjen i praksis der eg og kontaktsjukepleiaren min var med ein ny pasient til samtale med ruskonsulenten hans. Denne ruskonsulenten hadde bygd opp ein god relasjon til pasienten over lang tid og kunne dermed være meir direkte og kritisk ovanfor pasienten, i forhold til kva vi kunne være. Ut i frå fireperspektivmodellen til Røkenes og Hanssen (2012, s. 39-42) gjorde eg i dette tilfellet ein metaobservasjon, det vil sei at eg tolka handling av handlinga. Både ruskonsulten og sjukepleiaren har ulike andreperspektiv av brukaren, der den eine er meir forsiktig i kommunikasjonsstilen sin, medan den andre er meir direkte og røff på bakgrunn av deira gode relasjon. Slik eg ser det kan det ta lang tid å opparbeide seg eit godt andreperspektiv.

Berge & Repål (2014, s. 219) peikar på fleire viktige forhold som har betydning for å utvikle ein god relasjon; å oppleve terapeuten som positivt imøtekommande, empatisk, respektfull, engasjert, tryggleiksskapande og skjønnsam. Vidare er det i møte med pasientar som vi skal hjelpe viktig å vurdere om veremåten og stilen vår er til hinder for, eller fremmar ein god relasjonsutvikling (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 180). I praksis observerte eg eit mønster i at dei beste samtalene fant stad dei dagane vi hadde betre tid. Dette kan gjerne ha noko med veremåten vår å gjere, der den nonverbale kommunikasjonen kan signalisere at vi har dårleg tid, noko som kan føre til at pasienten lar vere å snakke om det han egentleg hadde lyst til fordi han får inntrykk av at vi ikkje har tid til å høyre på han. Andre viktige forhold som påverkar kvaliteten på terapeutens arbeid er utdanning, rettleiing, fagleg stimulans, personlege eigenskapar, verdiar og haldningar (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 219). Vidare framhevar Røkenes og Hanssen (2012, s. 21) viktigheita av at sjukepleiar fokusera på brukarens sterke sider, byggjer på brukarens ressursar, fokusera på framtida og ikkje kun er opptatt av det som har skjedd eller det som er tapt, skada eller øydelagt. I følge Travelbee (2001, s. 123). er det umogleg å hjelpe pasienten til å vinne tilbake håp med mindre sjukepleiar er tilgjengeleg og villig til å snakke med pasienten om det han er opptatt av.

I følge Martinsen (1990, s. 70) er tillit viktig i sjukepleiarens omsorg. Tillit er ein grunnleggande faktor i alle forhold mellom menneske, spesielt mellom pasient og sjukepleiar. I studia til Chorlton, Smith og Jones (2014) kom det fram at eit tillitsfullt forhold mellom pasient og sjukepleiar gjer det enklare for pasientane å opne seg, som igjen verka positivt inn på psykisk velvære. Viktigheita av eit tillitsfullt forhold mellom pasient og sjukepleiar kjem også fram i studia til Wadell og Skärsäter (2009) der det blir påpeika at eit tillitsfullt forhold mellom sjukepleiar og pasient gjer at pasientane blir meir opne

om sine alkoholproblem. Eide og Eide (2017, s. 214) bekreftar dette i teorien sin og understrekar at det er viktig å opparbeide tillit for at pasienten skal våge å opne seg og stole på sjukepleiar. Derimot vil manglande tillit føre til arbeidsrelasjonen får eit svakt fundament. I praksis erfarte eg at det tok lang tid å opparbeide seg tillit til pasientane, dette grunna at ROP-pasientar opplever ofte å bli møtt med fordommar. Som sjukepleiarstudent følte eg at eg måtte ta meg tid til å bli kjent med pasientane og vise at eg var til å stole på før dei ga meg tillit og torde å opne seg om problema sine.

Ein hovudgrunn til at eg søkte meg tilbake til same praksisplass i fordjupningspraksis var at eg allereie hadde starta på relasjonsbygginga med pasientane. Når eg kom tilbake til den same praksisplassen i fordjupningspraksis, la eg merke til at pasientane var meir opne og trygge på meg. I eit tilfelle i praksis avlyste kontaktsjukepleiaren min ein samtale med ein pasient. Pasienten lurte på om eg hadde moglegheit til å ha samtale med han i staden for. Dette er ein pasient som var forsiktig med meg i starten, og eg tolkar dette som at pasienten hadde opparbeidd nok tillit til meg til å kunne ha samtale med meg aleine. Dette bekreftar at tillit ikkje er noko vi kan krevje eller forutsette, men noko vi må gjere oss fortent til. I tilfelle der pasienten føler seg krenka, kan tilliten fort bli reven ned igjen (Skau, 2011, s. 35).

I terapeutisk arbeid med ROP-lidingar kan det ofte ta tid å oppnå ein god relasjon (Helsedirektoratet, 2012). Studia til Hoxmark og Wynn (2010) bekreftar at det å etablere ein terapeutisk relasjon med pasientar med ei ROP-liding kan vere vanskeleg, og ikkje minst tidskrevjande. Chorlton et al. (2014) si studie viser at det kan vere spesielt vanskeleg for personar med ROP-lidingar å danne relasjonar med andre, på bakgrunn av tidlegare erfaringar med brot i relasjonar frå familie, venner og hjelpeapparat. Deltakarane opplevde det som risikofylt å etablere relasjonar med dei ansatte fordi dei var redd for å bli dømt og avvist. Av den grunn er det viktig at dei ansatte har ein ikkje-dømmande tilnærming til pasientane. På den andre sida formidla deltakarane at det var lettare å takle frykta for å bli avvist når dei ansatte brukte tid på å lytte, spør om trivsel og tilby støtte. Ein anna grunn til at det er vanskeleg for ROP-pasientar å danne relasjonar kan vere at pasienten veit at dei ansatte kjenner til bakgrunnen deira og veit kva dei har gjort tidlegare. I følge Helsedirektoratet (2014) eksisterar det fordommar om personar som har rusmiddelproblem eller psykiske vanskar, noko som kan påverke brukarens sjølvbilete og samfunnets haldningar. Vidare forklarar Helsedirektoratet at sjukepleiarens haldningar kan påverke relasjonen mellom pasient og sjukepleiar og bidra til ei uønskt ubalanse i samarbeidet. I praksis kunne fleire av pasientane fortelje meg om tilfelle der dei hadde opplevd å bli behandla med fordommar, og i den forbindelse følt seg mindreverdige og krenka.

5.2 Kommunikasjon til ROP-pasienten

Eide og Eide (2017, s. 136) peikar på fleire viktige kommunikasjonsferdigheitar i samtale med pasienten. Dette er blant anna å ha augekontakt, å ha ein open kroppshaldning og å følgje den andres utsagn nært ved forstående nikk, bekreftende «mm», eller beroligende berøring. Eide og Eide (2017, s. 18) framhevar også viktigheita av å sjå pasienten som ein heil person og aldri identifisere pasienten med vedkommandes sjukdom diagnose. Vidare ser Eide og Eide (2017, s. 157-158) på empati som heilt nødvendig for å kunne kommunisere godt med pasienten og utvikle ein god relasjon. Empati inngår også i ein av dei fire fasane i menneske-til-menneske-forholdet som Travelbee (2001, s. 171) meiner sjukepleiar og pasient må arbeide seg gjennom før det kan bli skapt gjensidig forståing og kontakt. Berge og Repål (2010, s. 223) forklarar at empati handlar om å forstå pasienten sitt perspektiv, føle pasienten sine kjensler og formidle sin forståing av pasienten tilbake. Når pasienten opplev at nokon lyttar og lev seg inn i tankane og kjenslene, styrkar dette sjølvfølelsen og fyller eit psykologisk behov for tilknytning. Med andre ord er empati ein nødvendig føresetnad for gjensidig forståing og god kontakt (Eide & Eide, 2017, s. 155). Betydninga av sjukepleiarens empati kom også fram i studia til Ljungberg, Denhov og Topor (2015). Deltakrane formidla at det var hjelpesamt for dei når sjukepleiar viste empati for situasjonen dei var i. Røkenes og Hanssen (2012, s. 188) forklarar at i samtalen er det også viktig å lytte empatisk til pasienten. Med dette meinast å vere konsentrert, følelsemessig nær, nysgjerrig og open for nye opplevingar. Vidare forklarar dei at det er viktig å ha ei empatisk forståing av pasienten. Dette gjerast ved at sjukepleiar formidlar tilbake kva ho har forstått av det pasienten har fortalt. Røkenes og Hanssen forklarar vidare at sjølv om pasienten føler seg empatisk forstått, er det likevel ikkje sikkert han føler seg akseptert, bekrefta og respekter. Det er av den grunn viktig å få pasienten til å føle seg trygg på at han kan bli akseptert uansett kva han fortel om (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 191). Når eg ser tilbake på praksisperioden min ser eg ein stor skilnad i kva pasientane fortalte meg i starten av relasjonen vår samanlikna med når det var gått ei stund. Dette kan vere eit resultat av at pasienten har gjennom relasjonen fått inntrykk av at eg er open og ikkje-dømmende til det han formidlar.

I arbeid med målretta samtaler er det spesielt viktig å være klar over at kroppsholdning og bevegelse kan signalisere til pasienten om vi ynskjer nærleik eller avstand, imøtekommenhet eller fiendtlighet (Hummelvoll, 2012, s. 425). I følgje Travelbee (2001, s. 135) får vi også gjennom nonverbal kommunikasjon anledning til å bli kjent med pasienten som menneske og dermed etablere eit menneske-til-menneske-forhold. Ut i frå dette ser man at den non-verbale kommunikasjonen er like viktig som den verbale for å skape trygghet og tillit som pasienten trenger for å kunne opne seg, dele sine tankar og kjenslar (Eide & Eide, 2017, s. 37). Dette såg eg ofte igjen i praksis, der eg som student

blei ståande på «sidelinja» som ein observatør under samtalen, medan kontaktsjukepleiaren min hadde dei terapeutiske samtalan. I den forbindelse merka eg kor avgjerande kroppsholdninga mi var for utfallet av samtalen. Eide og Eide (2017, s. 141) forklarar at dei fortolkingane pasienten gjer i forhold til ansiktsuttrykket til sjukepleiar opfattast gjerne som sannheit. Derfor er det viktig at kommunikasjonen er inkongruent, det vil sei at det vi formidlar verbalt stemmer overeins med det som nonverbalt kjem til uttrykk. Når det vi formidlar verbalt ikkje stemmer overeins med det som nonverbalt kjem til uttrykk, vil dette skape uttrygheit og mistillit hos pasienten. Pasienten kan ut i frå dette tenke «ho har ikkje tillit til meg», noko som kan ha negative konsekvensar for det vidare samarbeidet. I studia til Chorlton, Smith og Jones (2014) tydeleggjorde ein av deltakarane dette i utsagnet «*you can just tell, [they're thinking] if you didn't drink, you wouldn't end up like this*». Dette tyder på at pasienten har fanga opp noko med ansiktsuttrykket eller kroppshaldninga til sjukepleiaren som har gitt han følelsen av at sjukepleiaren har dømmende tankar om han. På den andre sida kan vi gjennom det nonverbale signalisere at vi er innstilt på å lytte og hjelpe, noko som er heilt avgjerande for om pasienten kjenner seg trygg og godt ivaretatt eller ikkje. I praksis prøvde eg gjennom min nonverbale kommunikasjon å formidle til pasienten at det ikkje berre var kontaktsjukepleiaren min som var der for å lytte, men at eg også var innstilt på å lytte og hjelpe. For å klare å formidle dette til pasienten er det viktig å la ansiktet uttrykke ro, nærvær og interesse. Vidare er det viktig å vere avslappa, naturleg og vennleg i stemme og bevegelse (Eide & Eide, 2017, s. 17). På den andre sida er det også viktig å tolke pasienten sin nonverbale kommunikasjon ved å ikkje berre lytte aktivt til det pasienten seier, men også til det som ikkje blir sakt. Med dette meinast det som kjem til uttrykk indirekte, enten gjennom ordval, kroppsspråk, stemmebruk, ansiktsuttrykk eller på andre måtar (Eide & Eide, 2017, s. 17).

6 Konklusjon

Ein god relasjon mellom brukar og tenesteytar har stor betydning for behandlingresultatet, og kan ofte være viktigare enn kva behandlingmetode som blir brukt. Når ein tillitsfull relasjon er utvikla, medfører det større grad av openheit mellom sjukepleiaren og pasienten. Sannsynet for ei positiv utvikling hos brukaren er større viss pasienten oppfattar sjukepleiar som interessert, engasjert, respektfull, tryggleiksskapande, forståelsesfull og empatisk. Gjennom å møte den andre på ein bekreftande, oppmuntrande og bestyrkande måte kan ein skape den tryggleiken og tilliten som pasienten treng for å kunne opne seg, dele tankane og kjenslene sine. På denne måten kan nonverbal kommunikasjon vere eit viktig hjelpemiddel til å byggje opp ein relasjon, skape motivasjon og stimulere den andre til å bruke sine ressursar. Fordi nonverbal kommunikasjon bidrar til å byggje opp tillit, tryggleik og motivasjon, er det viktig å trene opp denne ferdigheita.

Bibliografi

- Berge, T. & Repål, A. (2010). *Den indre samtalen: Lær deg kognitiv terapi* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Charlton, E., Smith, I. & Jones, S. A. (2015). *Understandig how people who use illicit drugs and alcohol experience relationships with psychiatric inpatients staff*. DOI: 10.1007/s00127-014-0920-2
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. & Trygstad, H. (2017) Kilde og kildekritikk. I O. Dalland. *Metode og oppgaveskriving*. (6. utg. s. 148 – 165). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Gråwe, R. W. (2014) Forståelse og behandling av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse. I A. Almvik & L. Borge (Red.), *Å sette farger på livet* (s. 195 – 214). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær – og spesialisthelsetjenesten*. Henta frå <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/217/Nasjonale-retningslinjer-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-IS-1561.pdf>
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus – og psykisk lidelse – ROP lidelser*. Henta frå: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/188/Nasjonal-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser-IS-1948.pdf>
- Helsedirektoratet (2016, 21. juni.). *Depresjon*. Henta frå <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/angst-og-depresjon/depresjon>.
- Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell*. Henta frå https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_5
- Hoxmark, E. M. & Wynn, R. (2010). Health Provider's Descriptions of the Significance of the Therapeutic Relationship in Treatment of Patients with Dual Diagnoses. *Journal of Addictions Nursing* 21 (4), 187 – 193
- Hummelvoll, J. K. (2014). *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Jensen, P. & Ulleberg, I. (2012). *Mellom ordene. Kommunikasjon i profesjonell praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ljungberg, A., Denhov, A. & Topor, A. (2015). *The Art of Helpful Relationships with Professionals: A Meta – ethnography of the Perspective of Persons with Severe Mental Illness*. DOI: 10.1007/s11126-015-9347-5.
- Martinsen, K. (1990). Omsorg i sykepleien. En moralsk utfordring. I K., Jensen (Red.). *Moderne omsorgsbilder*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Oslø, T. M., Almvik, A. & Norvoll, R. (2014). Hjelpsomme relasjoner. En kvalitativ undersøkelse av samarbeidet mellom brukere med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer og fagpersoner i to oppsøkende team. *Norsk Tidsskrift i helseforskning*, Vol. 10(2), 121 – 131
- Prochazka, H., Bu, E. T. H. & Martinsen, E. W. (2008). *Avhengighet og misbruk*. Henta frå: <https://helsedirektoratet.no/Documents/Publikasjonsvedlegg/IS-1592-aktivitetshandboken-kapittel-15-avhengighet-og-misbruk.pdf>
- Røkenes, H. O. & Hanssen, P – H. (2012) *Bære eller breste. Kommunikasjon i relasjoner i arbeid med mennesker* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Staiger, P.K., Thomas, A. C., Riccadeli, L. A., McCabe, M. P., Cross, W. & Young, G. (2010) *Improving services for individuals with a dual diagnoses: A qualitative study reporting in the views of service users*. DOI: 10.3109/16066351003637278
- Thidemann, I – J. (2015) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Travlebee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Wadell, K. & Skärsäter, I. (2007). *Nurses´experiences of caring for patients with a dual diagnosis of depression and alcohol abuse in a general psychiatric setting*. DOI: 10.1080/01612840701581230.