



**Høgskulen
på Vestlandet**

BACHELOROPPGAVE

Et blick på det mellommenneskelige aspektet i rusbehandling

Hvordan kan sykepleiere skape en god relasjon til pasienter med rusproblemer?

SK152 – Bacheloroppgave i sykepleie

Campus Førde

Avdeling for helsefag

02.06.17

Antall ord: 9841

Elisabeth Sæbø Dale & Njål Herman Sterri

Veileder: Toril Irene Olesrud Fjørtoft

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jfr. *Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.*

Abstrakt

Tittel. Et blikk på det mellommenneskelige aspektet i rusbehandling

Bakgrunn. Forskning viser at en god relasjon mellom sykepleier og pasient påvirker utfallet av behandling, samt opplevelsen av den. Den kan åpne samhandlingsrom, så frø om endring og fremstå som et fotfeste på veien mot rusfrihet. Den mellommenneskelige relasjonen mellom sykepleier og pasient anses som grunnlaget for all sykepleie, likevel har det en mindre betydelig plass i sykepleieutdanning. Derfor ønsker vi å undersøke hvordan sykepleiere kan skape den.

Problemstilling. Hvordan kan sykepleiere skape en god relasjon til pasienter med rusproblemer?

Metode. Systematisk litteratursøk, som tilhører kvalitativ metode. Basert på søkeord, kombinert med bindeordene "and" og "or", søkte vi i diverse relevante databaser. Artiklene (8) i studien brukes for å belyse problemstillingen sammen med relevant litteratur og subjektive erfaringer fra praksis.

Funn. For å skape en god relasjon må sykepleiere vektlegge det mellommenneskelige aspektet i relasjonen. Ved å se hele mennesket bak ruslidelsen, dele av seg selv, og vise empati og sympati, kan hun opprette en gjensidig kontakt og forståelse med pasienten, basert på tillit og trygghet.

Travelbees modell for relasjonsutvikling har en overføringsverdi til klinisk praksis i den grad at den kan brukes som veileder for å skape en god relasjon. Verdier som likeverd, respekt og tillit og er grunnleggende, men hvordan sykepleieren kommuniserer for å vise dem i praksis kan være utfordrende. Vi mener at det krever mellommenneskelig erfaring, samt at vi som sykepleiere er bevisst på hvilket budskap vi sender gjennom kommunikasjon.

Nøkkelord. Terapeutisk relasjon, kommunikasjon, rusmisbruk

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	2
1.2 Presentasjon av problemstilling	2
1.3 Avgrensning av problemstilling	2
2 Metode	3
2.1 Valg av metode	3
2.2 Søkestrategi	3
2.3 Analyse og kildekritikk	4
2.4 Metodekritikk	5
2.5 Etske overveielser	6
3 Teori	7
3.1 Rusavhengighet og mennesket bak lidelsen	7
3.2 Å kommunisere er å gjøre felles	8
3.2.1 Kommunikasjon som redskap	8
3.3 Relasjoner	10
4 Resultater og funn i forskningsartikler	11
4.1 <i>The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: a critical review of the literature</i>	11
4.2 <i>Treatment and recovery as perceived by patients with substance addiction</i>	11
4.3 <i>Psychiatric nurses perceptions of the constituents of the therapeutic relationship: a grounded theory study</i>	11
4.4 <i>The importance of Empathy in the Therapeutic Alliance</i>	12
4.5 <i>Umbrella review of the evidence: what factors influence the caring relationship between a nurse and patient?</i>	12
4.6 <i>Acknowledging communication: a milieu-therapeutic approach in mental health care</i>	13
4.7 <i>Stigmatization by nurses as perceived by substance abuse patients: A phenomenological study</i>	13
4.8 <i>Patients' Communication with Nurses: Relational Communication and Preferred Nurse Behaviors</i>	14
5 Drøfting	15
5.1 <i>Relasjonens betydning i behandling</i>	15
5.2 <i>Effekten av en dømmende holdning</i>	17
5.3 <i>Når vi ser hverandre</i>	19
5.4 <i>Når vi forstår hverandre</i>	21
5.5 <i>Gjensidig forståelse og kontakt</i>	23
6 Konklusjon	26
Bibliografi	27
Vedlegg	30
Tabell 1	30

1 Innledning

I 2015 var narkotika en direkte årsak til 289 dødsfall i Norge (SIRUS, 2015). I 2016 fikk omlag 31 500 pasienter helsehjelp innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) (Helsedirektoratet, 2017). Det ble brukt ca. 5,2 milliarder kroner på rusbehandling – noe som tilsvarer rundt 1300 skattekroner per innbygger (Rønningen, et al., 2016). Enkeltindividet får konsekvenser i form av tidlig død, samt fysiske- og psykiske lidelser. På den andre siden belastes samfunnet i form av utgifter til behandling, forebygging og kontroll (Skurtveit, Handal, & Skogen, 2014). På bakgrunn av dette fremstår rusproblematikk som et omfattende problem.

Forskning viser at en god relasjon mellom sykepleier og pasient påvirker utfallet av behandling, samt opplevelsen av den (Meier, Barrowclough, & Donmall, 2005; Nordfjærn, Rundmo, & Hole, 2009). Den kan åpne samhandlingsrom, så frø om endring og fremstå som et fotfeste på veien mot rusfrihet. Forløpet krever en langvarig relasjon mellom sykepleier og pasient, der pasienten har mulighet til å gjøre feil uten å bli avvist. Relasjonen er gjensidig og avhenger av sykepleieren sine egenskaper, relasjonskompetanse og evne til å se mennesket bak ruslidelsen.

I sykepleierollen er kommunikasjon knyttet til omsorg, og brukes som et redskap for å skape relasjoner mellom sykepleier og pasient (Eide & Eide, 2011). Det gjøres ved at sykepleieren benytter seg selv som et terapeutisk verktøy for å finne mening, håp og mestring hos pasienten. Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee omtaler dette som sykepleiens overordnede mål, og beskriver dette som et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 2007, ss. 41-44).

I denne oppgaven ønsker vi å belyse hvordan sykepleiere kan skape en god relasjon til pasienter med rusproblemer. Vi vil forsøke å gjøre dette ved å knytte relevant litteratur opp mot forskning og erfaringer, for å deretter drøfte sammenhenger mellom dem.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi har valgt å skrive om relasjonsarbeid til rusmisbrukere på bakgrunn av arbeidserfaring og genuin interesse for pasientgruppen. Rusmisbrukere er en pasientgruppe man kan møte på i alle grener av helsevesenet, i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Rusmisbruk forekommer i alle samfunnslag; blant fattig og rik, gammel og ung. I løpet av vår tid i praksis og arbeid endret vi holdning og syn på mennesker med rusproblemer, med tanke på uforståelige valg, prioriteringer og årsaker til å ruse seg. Hvor mye rus betyr for et menneske, og hvor langt et menneske er villig til å gå for å få tak i rusmidler er oppsiktsvekkende. En sykepleiers rolle i behandling er interessant, og et viktig tema vi ønsker å belyse. Dette krever egenskapen til å se hele mennesket bak lidelsen, samt relasjonskompetanse.

Selv om det mellommenneskelige forholdet mellom sykepleier og pasient regnes for å være grunnlaget for sykepleie, har det likevel en mindre betydelig plass i sykepleieutdanning (Travelbee, 2007). På bakgrunn av dette ønsker vi å belyse relasjonens betydning i rusbehandling, samt drøfte hvordan vi som sykepleiere kan skape den.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Hvordan kan sykepleiere skape en god relasjon til pasienter med rusproblemer?

1.3 Avgrensning av problemstilling

I hovedsak ønsker vi å avgrense problemstillingen til døgnbehandling innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling til frivillig innlagte pasienter over 18 år. Vi mener at relasjonsarbeid overfor barn er for omfattende i forhold til oppgavens omfang. Av samme grunn fokuserer vi ikke på ROP-lidelser (samtidig rus- og psykisk lidelse). Vi velger å ikke vektlegge kjønn, hvilken type rusmiddel pasienten bruker, heller ikke hvilken behandling pasienten får. Dette gjør vi for å skape et mer helhetlig bilde av emnet. Oppgaven tar utgangspunkt i kommunikasjon som redskap for å skape en god relasjon mellom sykepleier og pasient.

2 Metode

Metode omtales som et redskap for bruk i møte med noe som skal undersøkes. Det finnes flere av dem, men på det generelle plan kan det sees på som en fremgangsmåte for å bringe fram kunnskap, på lik linje som et middel for å nå et mål. Begrunnelsen for hvilken metode vi velger er at den vil bringe oss nødvendig data, samt belyse problemstillingen vår på en faglig interessant måte (Dalland, 2012, s. 111). Blant utvalget av metoder finnes to hovedkategorier: kvantitative og kvalitative metoder. Kvalitative metoder søker data i form av meninger og subjektive opplevelser som vanskelig lar seg gjøre ved bruk av tall og målinger. I motsetning til dette, tar de kvantitative metodene sikte på målbar informasjon som lar seg utvikle til statistikk (s. 112).

2.1 Valg av metode

I denne oppgaven har vi brukt systematisk litteratursøk, som tilhører den kvalitative metoden. Dette innebærer strategisk og systematisk søk i databaser for å finne forskning med overføringsverdi til valgt emne. Her kan en bruke søkeord, samt kombinere disse på forskjellige måter for å finne relevant forskning. Dette kan gjøres ved å bruke bindeord som "and" og "or". Systematisk litteratursøk er en effektiv metode for å finne fram til ny kunnskap, og den gir muligheter for å underbygge problemstillingen vår på en effektiv måte (Dalland, 2012, s. 114).

2.2 Søkestrategi

I hovedsak har vi valgt å bruke databasen Academic Search Elite, grunnet at databasen åpner for muligheten til å inkludere andre relevante databaser som Cinahl with Full Text, Cinahl og Medline. Dette effektiviserer søket, og kan avverge separate søk i databasene. Vi gjorde et systematisk søk på tvers av databaser, oppfulgt av en rekke håndsøk for å øke muligheten for å finne relevant forskning. Med håndsøk menes søk basert på nøkkelord fra litteraturlister og referanser i andre forskningsartikler og litteratur. Nedenfor vil vi forsøke å redegjøre for hvordan vi har gått fram for å finne forskningen som er brukt i oppgaven.

Som utgangspunkt utførte vi et systematisk søk i Academic Search Elite, hvor vi valgte å inkludere Cinahl (både med og uten full text) og Medline. Vi avgrenset søket i forhold til tid, språk og aldersgruppe på pasienter (se vedlegg). I dette søket fikk vi 568 treff. Antall treff er høyt, men vi erfarte at ved å avgrense søket i høyere grad traff vi få relevante forskningsartikler. Av den grunn valgte vi å bruke løsere søkeparametere. Vi brukte artiklenes titler for å orientere oss om hvilke artikler som kunne belyse vår problemstilling på en faglig relevant måte. I tråd med avgrensningen av problemstillingen, valgte vi å se bort i fra artiklene rettet mot kjønn og spesifikke aldersgrupper som

eldre, barn og ungdom, samt de som måtte betales for. Vi oppdaget at en del av artiklene var rettet mot pasienter og sykepleiere innen psykiatri. Vi valgte å ikke ekskludere disse ettersom de bærer en viss relevans. Av de 568 artiklene vi fant har vi brukt tre. De resterende 565 artiklene er valgt bort på grunn av irrelevante titler, utilgjengelighet grunnet pris eller innhold og spesifikk retning mot aldersgrupper eller kjønn. Noen av artiklene fant vi ved å gjennomgå referanser brukt i andre artikler og veiledere. Disse fant vi senere igjen i vårt systematiske søk, og valgte derfor å inkludere dem der.

Resten av artiklene som er brukt er funnet gjennom håndسøk. Databasene som er gjennomgått er Google Scholar og PubMed. Her endte vi ofte opp med et høyt antall treff. Derfor valgte vi å fokusere på titler som inneholdt søkeordene våre eller synonymer av dem på de tre første sidene med treff. Søkeord brukt i søkeprosessen, sammen med databaser og avgrensning av søk kan finnes som vedlegg under navnet: " tabell 1".

2.3 Analyse og kildekritikk

Kildekritikkens hensikt er at leseren av oppgaven skal få en innsikt i hvilke refleksjoner vi har gjort oss angående hvilken litteratur vi har funnet relevant (Dalland, 2012, s. 72).

For å analysere forskningen valgte vi å følge IMRaD-strukturen. Strukturen er den mest brukte metoden for oppbygging av enkeltartikler, og åpner for muligheten til effektiv gjennomgang av forskningsartikler. Grunnen til dette er at den systematisk inndeler artikkelen etter I (introduction), M (method), R (results) og (and) D (discussion) (s. 79). Ved å følge denne strukturen dannet vi oss et klart bilde av artiklenes innhold, og kunne deretter vurdere dens relevans. Vi analyserte artiklene ved å svare på følgende spørsmål knyttet til vår egen problemstilling:

- Hva sier artikkelen om rusmisbruk og relasjon?
- Hva sier den om kommunikasjon?
- Den gode relasjonen?
 - Hvordan skapes den?
 - Betydningen av den?
 - Komponenter i relasjonen?
- Er artikkelen relevant i forhold til sykepleieperspektivet?
- Forteller artikkelen noe om pasienten sitt perspektiv?
- Er den spesifikt rettet/kan den rettes mot rusmisbrukere?

Videre gjennomgikk vi artiklenes alder, forfatter og hvilken type artikkel det var. Analyser utførte vi individuelt. Dette fordi det åpnet for større treffsikkerhet i valg av artikler. Deretter sammenlignet vi våre resultater ved å trekke frem artiklenes positive og negative sider.

På denne måten kunne vi systematisk avgjøre hvilke artikler vi skulle bruke for å belyse problemstillingen på en hensynsfull måte. Vi la merke til at forskningen vi endte opp med å bruke besto av ren kvalitativ forskning, samt noen oversikter. Dette betyr at forskningens resultat består av subjektive meninger og erfaringer, noe som bør tas til etterretning – ettersom bias kan forekomme i slike sammenhenger. Eksempelvis kan resultatet påvirkes av intervjuets vinkling eller at intervjuobjektet kan ha vært påvirket under intervjuet. På en annen side er vår problemstilling subjektivt rettet. Med dette menes at det ikke finnes en teoretisk fasit, eller kvantitative tall som kan gi et tilfredsstillende svar. Derfor bør den drøftes i sammenheng med meninger, erfaringer og opplevelser.

Det bør nevnes at en stor andel av artiklene vi har valgt å bruke baseres på få subjekter. Dette betyr at de subjektive resultatene må sees i sammenheng med utvalgets omfang. Noen av artiklene er også gamle. Eksempelvis er to av oversiktene vi har valgt å bruke fra 2003 og 2005. Til gjengjeld anser vi oversiktene som høyest brukbare. Meier, Barrowclough & Donmalls oversikt (2005) brukes blant annet som fundament for helsedirektoratets ROP-veileder fra 2012 (Helsedirektoratet, 2012). Feller & Cottones (2003) meta-analyse konkluderer med at empati i relasjonsarbeid har en like stor betydning i nyere tider som for 50 år siden (Feller & Cottone, 2003). Seks av åtte artikler brukt i oppgaven er engelske. Det betyr at vi kan ha mistet nyanser ved oversettelsen av dem. De to resterende artiklene er norske. Disse ble vektlagt for å gi oppgaven en sterkere overføringsverdi til klinisk praksis i Norge. Vi har i hovedsak forsøkt å bruke primærkilder og litteratur av nyeste utgave, unntaksvis hvor bøkene ikke har vært tilgjengelig for lån eller kjøp.

Artiklene vi har funnet vil bli presentert senere i oppgaven. Derav velger vi ikke å utdype artiklenes innhold her, annet enn en generell pekepinn på hva de dreier seg om. I hovedsak handler artiklene om hvilken rolle en god relasjon spiller i behandling, hvordan den skapes, samt perspektiver på relasjon fra sykepleier- og pasienters syn.

2.4 Metodekritikk

Det finnes alltid forbedringspotensial. Blant annet kunne vi gått grundigere til verks med tanke på vårt systematiske søk. Her kunne vi brukt flere søkeord og inkludert synonymmer i større grad. Disse kunne vi så kombinert med "and" og "or" for å utvide horisonten enda et hakk. Vi kunne også ha

valgt å bruke flere databaser, eller inkludert flere søkeparametere, slik at vi kunne utelukke mer forskning uten relevans. Spesielt gjelder dette håndøkene vi foretok. De endte med svært høye tall, hvorav vi så valgte å bare gå igjennom de første tre sidene med treff. Bakdelen med denne metoden å søke på er at vi muligens har ekskludert relevant forskning. På Likevel mener vi at vi fant tilstrekkelig forskning å basere oppgaven vår på. Vi brukte god tid på å gjennomføre søkene våre, og vi gjennomgikk artiklene grundig. I henhold til oppgavens tidslinje og vår egen framdriftsplan valgte vi derfor å ikke gjøre flere søk.

2.5 Etiske overveielser

Dalland (2012) beskriver etiske overveielser som det å tenke over konsekvensene av det en har planlagt å gjøre (Dalland, 2012, s. 88). Spesielt er det relevant i forskning, gjerne hvis forskningen inkluderer mennesker som data. I denne oppgaven brukes det ingen spørreundersøkelser eller intervjuer. Derfor blir de etiske overveielsene enkle i forhold til metode. Angående forskningen som er brukt er objektene anonymisert, samt at forskningen er godkjent og går overens med etiske retningslinjer. I drøftingen brukes et gjengående eksempel basert på subjektive hendelser og erfaringer. Eksempelet er anonymisert i forsvarlig grad slik at det ikke kan gjenkjennes.

3 Teori

I dette kapittelet ønsker vi å ta for oss relevant litteratur for å gi oppgaven et nødvendig kunnskapsgrunnlag, med den hensikt å knytte sammen teori fra ulike felt som er aktuelle. Kunnskapsgrunnlaget vil bli brukt som fundament for drøfting senere i oppgaven.

3.1 Rusavhengighet og mennesket bak lidelsen

Avhengighet blir omtalt som en kronisk tilbakevendende sykdom, og kan forstås som et fastlåst tanke- og atferdsmønster (Helsedirektoratet, 2014, s. 29). Sett fra et samfunnsperspektiv anslås det at rundt 10-20 % av befolkningen vil utvikle en avhengighet til et eller flere rusmidler på et tidspunkt i livsløpet (Lossius, 2011, s. 22). Avhengigheten kommer ofte til syne på flere arenaer, og kan karakteriseres som en kraftig lyst/trang til å innta middelet, samt utfordringer i forhold til kontroll av bruk (s. 24). Hvorfor mennesker utvikler avhengighet til rusmidler er mye omdiskutert. Lossius (2011) forklarer at ingen er vaksinert mot å utvikle avhengighet, men at det finnes faktorer som kan gjøre en mer utsatt for å utvikle det. Blant annet kan traumatiske hendelser, angst, relasjonsbrudd og tilknytningsproblemer være årsaker (s. 21).

Pasienter som behandles for rusavhengighet kommer som oftest ikke på grunn av selve lidelsen. Derimot søker de behandling på grunn av konsekvensene misbruket fører med seg, eksempelvis fysisk og psykisk sykdom, og/eller sosiale og økonomiske utfordringer (s. 24). Et høyt antall rusavhengige vil oppleve at rus overtar på flere livsområder. Rusmidler blir hyppig brukt av mange som selvmedisinering og mestringsstrategi. Dette reaksjonsmønsteret knyttes ofte til psykiske lidelser som angst og depresjon. Grunnen til dette er at rusen kan dempe følelser, samt fungere som en pause fra virkeligheten. Man oppnår en tilstand hvor problemer og utfordringer ikke finnes. Paradoksalt nok, er rusen ofte en midlertidig utvei, som gjerne forverrer problemene i etterkant.

Behandling av rusavhengighet foregår ofte ved tverrfaglig spesialisert rusbehandling, forkortet TSB. Dette tiltaksapparatet består av et omfattende og mangfoldig fagfelt, med ulike metoder og behandlingsfilosofier (Biong & Ytrehus, 2012, s. 143). Ved institusjoner i TSB arbeides det i tverrfaglige team, bestående av flere yrkesgrupper. Blant disse kan være sykepleiere, sosionomer, leger, psykologer og annet helsepersonell. En sykepleiers oppgave i forhold til rusbehandling er ofte knyttet til koordinering, medikamenthåndtering og relasjonsarbeid. Grunnmuren for behandling er relasjonen mellom sykepleier og pasient (s. 34). For sykepleieren vil de personlige egenskapene spille en stor rolle, hvor målet er å utvikle tillit og trygghet i relasjonen (s. 147). Ved å kommunisere kan

sykepleiere bruke seg selv som et redskap til å utvikle en slik relasjon. Dette vil vi utdype i neste kapittel.

3.2 Å kommunisere er å gjøre felles

Begrepet kommunikasjon kommer fra det latinske ordet *communicare*, som betyr ”å gjøre felles” (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 215). Kommunikasjon gjør det mulig for mennesker å dele tanker, følelser og meninger med hverandre. Disse budskapene overføres med eller uten ord - gjennom verbal eller non-verbal kommunikasjon (Travelbee, 2007, s. 138). En skiller mellom profesjonell kommunikasjon og kommunikasjon i det private liv. Profesjonell kommunikasjon hører ens yrke til og handler om at sykepleiere kommuniserer med et helsefaglig formål. Dette innebærer at profesjonell kommunikasjon er faglig begrunnet og til hjelp for pasienten (Eide & Eide, 2011, s. 18). Den baserer seg på yrkets verdigrunnlag – tanken om likeverd, rettferdighet og respekt for ulikhet, og de yrkesetiske retningslinjene i sykepleien (s. 19). Travelbee mener at for å oppnå sykepleiens mål og hensikt, må et menneske-til-menneske-forhold etableres. Dette definerer Travelbee på følgende måte (Travelbee, 2007, s. 177):

Et menneske-til-menneske-forhold er primært en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom en sykepleier og de(n) hun har omsorg for. Hovedkjennetegnet ved disse erfaringene er at den syke (eller familien hans) får sine behov ivaretatt. Menneske-til-menneske-forholdet blir målrettet bygd opp og opprettholdt av den profesjonelle sykepleieren.

3.2.1 Kommunikasjon som redskap

Både Travelbee, Orlando og Peplau omtaler kommunikasjon som et instrument i sykepleiesituasjoner (Eide & Eide, 2011, s. 136). Hensikten ved å bruke kommunikasjonen som instrument er for å skape en relasjon. Travelbee tar for seg utviklingen av relasjon i sin modell om dannelsen av et menneske-til-menneske-forhold. Den består av fem faser, samt beskriver hvilke ferdigheter som kreves av sykepleiere for å tilrettelegge for et slikt forhold (Travelbee, 2007, s. 186). Under ønsker vi å trekke ut essensen av hver fase, for å drøfte den mot vår problemstilling.

I. Det innledende møtet

Denne fasen handler om det første møtet mellom sykepleier og pasient. Fasen preges av førsteinntrykk og erfaringer fra tidligere hendelser, som gjelder for både sykepleier og pasient. Sykepleier og pasient vil vurdere og observere hverandre, noe som så skaper inntrykket en sitter

igjen med. Sykepleiers rolle i denne fasen er å møte pasienten med et åpent sinn, samt forsøke å se hele mennesket bak lidelsen (Travelbee, 2007, ss. 186-188).

II. Fremvekst av identiteter

Den andre fasen karakteriseres ved at et bånd etableres mellom sykepleier og pasient. Sykepleier og pasient begynner å se den andres personlighet, og den andres unike identitet. Her legges rollene som sykepleier og pasient mer til side, og hvor rollene som likeverdige individer trer mer fram.

Sykepleierens oppgaver i denne fasen er å bevisstgjøre seg hvordan hun oppfatter den andre, samt hvordan pasienten oppfatter sykepleieren. En annen viktig faktor er evnen til å se forskjeller og likheter ved seg selv og pasienten. Dette kan bidra til fremvekst av empati – som er neste fase i modellen (ss. 188-192).

III. Empatifasen

Travelbee hevder at empati kan forklares som en erfaring som tar plass mellom to eller flere mennesker. Det er en erfaring hvor en tar del i en annens subjektive opplevelse av erfaringer og følelser, samtidig som en står på utsiden av det hele (s. 193). Evnen til empati er en viktig faktor for forståelse, samt det å kunne forutse pasientens reaksjoner. Sykepleierens rolle i denne fasen er å bevisstgjøre seg på egne verdivurderinger rundt pasienten, for å holde seg nøytral i størst mulig grad. Empati anses som høyst nødvendig, men alene ikke tilstrekkelig for tilfredsstillende sykepleie (ss. 193-200). Dette forklares ved neste trinn i modellen: sympati.

IV. Sympati

Modellens neste fase består av empatiens nært beslektede begrep: sympati. Travelbee forklarer sympati som det å påvirkes av andres følelser og erfaringer (s. 200). Videre hevder Travelbee at sympati kan anses som en grein som vokser ut av empatiprosessen, bare at den tar det et steg videre. Bak sympatien ligger det et fundamentalt ønske om eller en trang til å lindre plager. Denne fasen forteller noe om hva en sykepleier skal føle overfor pasienten i forholdet, med tanke på et ønske om å hjelpe (ss. 200-210).

V. Gjensidig forståelse og kontakt

Den mellommenneskelige relasjonen som nå er dannet åpner for muligheten til felles forståelse og felles opplevelser. I yrkeskontekst kan dette sees på som et samhandlingsrom, hvor forutsetningene for behandling er gode. Både tid og tillit er betydningsfulle faktorer for prosessen (ss. 211-218).

3.3 Relasjoner

Mellommenneskelig relasjon regnes som et fundament i rusbehandling. Foruten Travelbees meninger om at relasjon er grunnmuren innen all sykepleie (s. 41), beskriver Røkenes og Hansen (2012) relasjon som viktigere enn behandlingens innhold (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 178). På lik linje viser forskning at sannsynligheten for et vellykket utfall i behandling øker hvis den baseres på en god relasjon mellom sykepleier og pasient (Meier, Barrowclough, & Donmall, 2005).

Lossius (2011) forklarer relasjonen som en dynamisk prosess mellom sykepleier og pasient, hvor den er emosjonelt aktiverende for begge parter (Lossius, 2011, s. 28). For å handle i relasjonen må sykepleier inneha relasjonskompetanse. Med dette menes å vise forståelse og samhandle med mennesker en møter i yrkeskontekst på en verdig og hensiktsmessig måte (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 10). Sykepleieren må ikke bare forstå den andre, men også seg selv, for kun på denne måten kan en forstå samhandlingens samspill. Dette vil åpne for muligheten til å skape et betydningsfullt samhandlingsrom (s. 11). Sykepleierens mål skal være å ivareta pasientens interesser og behov. Samtidig kan pasientens interesser og behov endres underveis i kontaktforløpet. Derfor må sykepleier ikke bare kunne det å skape en relasjon, men også vedlikeholde- og avslutte den på en verdig måte (s. 10).

En sentral karakter som bidro til utviklingen av relasjonsteori er psykologen Carl Rodgers. Han fastslo at det var fire grunnleggende forutsetninger for en terapeutisk relasjon. Blant disse er empati, genuinitet, varme og ubetinget respekt, der empati var den viktigste faktoren for forholdet (Eide & Eide, 2011, s. 139). Å være genuin menes at en viser hvem man er, og at det en viser stemmer overens med det en gir uttrykk for å være. Med ubetinget respekt menes at en ser personen med et åpent og ikke-dømmende sinn, med hensikt om å ikke nødvendigvis forstå personens valg, syn og meninger – men å respektere dem (ss. 139-141). En sykepleiers rolle i en terapeutisk relasjon kan være å vise anerkjennelse. Rodgers forklarer at i en situasjon hvor pasienter er fremmede for seg selv, dette med tanke på følelser og atferd – kan sykepleier handle med å vise respekt, toleranse og varme. Hensikten bak metoden er å hjelpe pasienten å se seg selv på en annen måte enn tidligere, i håp om at pasienten kan se seg selv med sykepleierens respekterende og akseptfulle blikk, og dermed endre seg. For at dette skal bære frukt må sykepleier ikke vurdere, men empatisk se pasienten, for kun da kan ekte forståelse, kommunikasjon og forandring fremtre (s. 142).

4 Resultater og funn i forskningsartikler

I dette kapittelet ønsker vi å presentere forskningen vi har valgt å bruke for å belyse vår problemstilling. Artiklene vil presenteres kort og konkret i form av innhold, funn og konklusjon.

4.1 The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: a critical review of the literature

Av: Petra S. Meier, Christine Barrowclough & Michael C. Donmall. I *Addiction*, vol. 3, utgave 100 (2005); 304-316

Studien har som mål å undersøke i hvilken grad relasjonen har betydning for utfallet av behandling, samt å kritisk vurdere evidens for faktorer for relasjonens kvalitet. Dette ble gjort gjennom en fagfelle-vurdering ved å undersøke litteraturløstene, Medline, PsycInfo og Ovid Full Text Mental Health Journals. Resultatet var at den terapeutiske alliansen spiller en viktig rolle i å forutse utfallet av rusbehandling, men det finnes for lite forskning til å avklare hva som bestemmer kvaliteten på relasjonen mellom sykepleier og pasient (Meier, Barrowclough, & Donmall, 2005).

4.2 Treatment and recovery as perceived by patients with substance addiction

Av: T. Nordfjærn, T. Rundmo, R. Hole. I *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, utgave 17 (2009); 46-64

Hensikten med studien var å undersøke positive og negative opplevelser av behandling og bedring fra perspektivet til pasienter med rusproblematikk. Ved kvalitativ metode ble det foretatt semi-strukturerte intervjuer med syv pasienter som gjennomførte behandling og seks som droppet ut, derav n=13. Pasientene som deltok i studien var innlagt på fem forskjellige fasiliteter, og en poliklinisk klinikk i to norske fylker. Hovedfunnene i studien var at den fremste grunnen for en positiv opplevelse av behandlingen var relasjonen til personalet og andre medpasienter, der de ble behandlet med respekt, og at personalet var tilgjengelige. Hovedgrunnen for en negativ opplevelse av behandlingen var at de mislyktes i å etablere en god relasjon til personalet (Nordfjærn, Rundmo, & Hole, 2009).

4.3 Psychiatric nurses perceptions of the constituents of the therapeutic relationship: a grounded theory study

Av: A. Scanlon. I *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, utgave 13 (2006); 319-329.

Hensikten med studien var å undersøke psykiatriske sykepleiere sin forståelse for komponenter i utviklingen av en terapeutisk relasjon. Ved kvalitativ metode ble semi-strukturerte dybdeintervjuer

gjennomført. Utvalget bestod av seks psykiatriske sykepleiere med 2-10 års arbeidserfaring (n=6). Hovedfunnene i studien var at en god relasjon tar minst tre til fire dager å skape. Ferdighetene for å skape relasjonen kan læres teoretisk, men for å bruke dem kreves mellommenneskelig erfaring. I relasjonen ble tillit ansett som den viktigste komponenten. Humor ble brukt for å vennliggjøre forholdet mellom sykepleier og pasient. Informasjon til pasienten var også viktig. Faktorer som kan hindre forholdet var tid og holdninger (Scanlon, 2006).

4.4 The importance of Empathy in the Therapeutic Alliance

Av: Candi P. Feller, R. Rocco Cottone. I The Journal of Humanistic Counseling (2003).

Hensikten bak studien var å undersøke betydningen av empati i den terapeutiske alliansen. Studien er en oversikt, hvor det ble foretatt en meta-analyse på litteratur fra 1950-tallet til tidlig 2000-tallet som omhandlet empati i relasjoner mellom terapeut og pasient. Hovedfunnene i studien var at litteraturen som var gjennomgått reflekterte sterk evidens på at empati er en essensiell komponent i den terapeutiske alliansen på tvers av teorier, og at empati er nødvendig i behandlingsprosessen. Videre viste studien at konseptet om empati fremdeles er en sentral komponent i nye former for behandling og terapi (Feller & Cottone, 2003).

4.5 Umbrella review of the evidence: what factors influence the caring relationship between a nurse and patient?

Av: Wiechula, R., Conroy, T., Kitson, AL., Marshall, RJ., Whitaker, N., Rasmussen, P. I Journal of Advanced Nursing, utgave 74 (2015); 723-734

Hensikten bak studien var å beskrive forholdet mellom sykepleier og pasient, samt undersøke hvordan en sykepleiers omsorgsfulle atferd ble beskrevet. Umbrella review metoden ble brukt for å gjennomføre en systematisk undersøkelse av litteratur fra 2000 til 2014. Databasene som var brukt var PsychInfo, Pubmed, CINAHL, Scopus, WoS og Embase. Søkeord inkluderte "nurse", "patient" og "relationship". Oversikten kategoriserte seks faktorer (her forkortet) som påvirket relasjonen mellom sykepleier og pasient:

Forventninger til relasjonen og verdier: sykepleiers verdi, atferd og holdninger er avgjørende på lik linje med tillit i relasjonen.

Kunnskap og ferdigheter: sykepleier må kunne ta avgjørelser til beste for pasienten. Klinisk kunnskap, tilgjengelighet og emosjonell tilknytning er viktig for pasienten.

Kommunikasjon: empatisk og engasjerende kommunikasjon er viktig for pasienten. Sykepleier må kunne sofistisert, subtil og ordinær kommunikasjon.

Kontekst, miljø og innvirkningen på relasjonen: hvor omsorgen tar plass, og læringsutbytte av relasjonen. (Wiechula, et al., 2015).

4.6 Acknowledging communication: a milieu-therapeutic approach in mental health care

Av: Vatne S. & Hoem E. I *Journal of Advanced Nursing*, utgave 61 (2008); 690-698

Hensikten bak studien var å dokumentere utviklingen av miljøterapeuter sin erkjennelse ovenfor kommunikasjon i relasjon med pasienter. Kvalitative intervjuer med medlemmer av en refleksjonsgruppe ble foretatt. Notater fra deltagere fra refleksjonsgruppe og gruppeledere ble samlet inn. Studiens utvalg bestod av 50 miljøterapeuter (n=50) med ulik bakgrunn (sykepleiere, psykologer, psykiatriske sykepleiere, sosionomer etc.) på to avdelinger på et psykiatrisk sykehus. Pasientene i studien hadde problemer med selvkontroll relatert til traume og mishandling og schizofrenisymptomer. Hovedfunnene i studien var at hovedkonseptet ved å erkjenne kommunikasjon var gjensidighet, beskrevet som en intersubjektiv deling av følelser og tro på en respektfull måte. Dette krevde ofte et skifte i fra autoritær kommunikasjon til å bruke reflekterende spørsmål basert på emosjonell lytting. Videre viste studien at ved miljøterapeutens bevisstgjøring gjennom refleksjon, så kan han skape et tettere bånd med pasienten og bli mer som en venn. Deres holdninger endret seg også gjennom studien (Vatne & Hoem, 2008).

4.7 Stigmatization by nurses as perceived by substance abuse patients: A phenomenological study

Av: Justin A. Sleeper, Shelley S. I *Journal of Nursing Education and Practice*, utgave 7 (2013).

Hensikten bak studien var å utvide forståelsen til sykepleiere som arbeider i rusomsorgen gjennom pasienterfaringer av stigmatisering. Ved kvalitativ fenomenologisk metode ble intervjuer holdt. Utvalget (n=5) var fem voksne mennesker som enten var innlagt for rusmisbruk, eller hadde vært innlagt i løpet av de seks siste månedene. Hovedfunnene fra studien var at stigmatiserende oppførsel og handlinger fra sykepleier minsker pasientkomfort og øker pasientenes sinne og frustrasjon. Eksempler på dette var at helsepersonell plasserte sine egne behov over pasientens. Omsorgsfull behandling derimot økte pasientkomfort og bidro til utløp for frustrasjon og promoterte positive pasient-utfall (Sleeper & Bochain, 2013).

4.8 Patients' Communication with Nurses: Relational Communication and Preferred Nurse Behaviors

Av: Linda P. Finch. I *International Journal for Human Caring*, utgave 10 (2006); 14-22.

Hensikten bak studien var å indentifisere foretrukne atferdstyper og kommunikasjonsmetoder for en sykepleier, fra pasientens perspektiv. Dette ble gjort ved en hermeneutisk og beskrivende- basert metode, intervju og spørreundersøkelse. Utvalget var 100 deltagere (n=100) over 18, som kunne lese- og forstå engelsk, hadde fysiske og psykiske forutsetninger for å gjennomføre intervjuene og hadde vært pasient i løpet av det siste halvåret. Hovedfunnene var at kommunikasjon mellom sykepleier og pasient bør være rolig, komfortabel, omsorgsfull, interessant, ærlig, aksepterende og respektfull. Pasientene ønsket at sykepleier skulle opptre på følgende måte: omsorgsfull, varm, vennlig, profesjonell, kompetent, empatisk, lyttende og ærlig (Finch, 2006).

5 Drøfting

I dette kapitlet ønsker vi innledningsvis å belyse relasjonens betydning i rusbehandling, deretter drøfte hvordan sykepleiere kan skape den i lys av Travelbees modell for utvikling av relasjoner. Vi vil bruke et anonymisert, gjengående eksempel basert på subjektive erfaringer og opplevelser, knyttet opp mot relevant forskning og litteratur. Dette gjør vi for å svare på problemstillingen på en hensynsfull måte: *Hvordan kan sykepleiere skape en god relasjon til pasienter med rusproblemer?*

5.1 Relasjonens betydning i behandling

Studien til Meier, Barrowclough & Donmall (2005) stadfester relasjonens betydning i rusbehandling (Meier, Barrowclough, & Donmall, 2005). Den viser at en god relasjon mellom sykepleier og pasient er en viktig, medvirkende faktor for behandlingens utfall, men på hvilken måte?

Harald (32) har vært rusavhengig siden tidlig i tenårene. Barndommen hans har vært preget av rusmisbruk hos mor og en voldsutøvende far, hvor rusen har fungert som en utvei for dette. Han har hatt et såkalt svingdørsforløp i rusomsorgen, hvor han har vært syv ganger i behandling, inkludert institusjonen han befinner seg på nå. Han har nylig sprukket på permisjon og fremstår preget av dette.

Situasjonen Harald befinner seg i vekker tanken om betydningen av en god relasjon, både på og utenfor institusjon. I et rusfritt miljø, formet av trygghet og struktur kan evnen til å holde seg rusfri framstå som enklere i motsetning til en hverdag på gaten. Når Harald derimot drar på permisjon sprekker han, og faller fort tilbake til sitt gamle atferdsmønster. Dette tvinger frem spørsmålet om hvilken hensikt det å skape en god relasjon har. En refleksjon rundt dette er at en god relasjon kan knyttes til noe mer enn bare et samhandlingsrom på institusjonen. Dette aspektet baseres på at en god relasjon kan bidra til endring. I den forstand kan vi forstå at Røkenes og Hansen (2012) anser relasjonen som mer betydningsfull enn hva behandlingen inneholder (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 178).

Vår opplevelse av endring er at det ofte skjer i samhandling med andre mennesker. I Harald sitt tilfelle er det viktig at sykepleieren legger vekt på hva som kan gjøres videre, i motsetning til hva som har hendt. Det er sentralt å huske på at motivasjon til endring er en flyktig tilstand.

Ved å motivere, støtte og vise tillit til han, vil hun sende et budskap om at hun bryr seg, at hun tror på- og kjemper for han. I lys av Travelbees tanke om en mellommenneskelig relasjon, kan relasjonen framstå som en grunnmur for sykepleier og pasient, slik at endring og bedring kan skje (Travelbee,

2007, s. 41). Dette oppsummerer Lossius (2011) på en konsis måte hvor hun beskriver relasjonen som en langvarig, dynamisk prosess som er emosjonelt aktiverende for begge parter, hvor pasienten må få lov til å gjøre feil uten å bli avvist (Lossius, 2011, s. 28).

I Norge ble det i 2009 undersøkt hvordan rusbehandling og bedring ble opplevd av pasienter, og hva som lå bak de positive eller negative opplevelsene av behandlingen (Nordfjærn, Rundmo, & Hole, 2009). Studien viser at hovedgrunnen til en positiv opplevelse av behandlingen var relasjonen mellom sykepleier og pasient, og til andre medpasienter. Hovedgrunnen for en negativ opplevelse var at pasienten mislyktes i å skape en god relasjon til sykepleieren. På en side mener vi at opplevelsen av behandling ikke nødvendigvis har en sammenheng med utfallet av den, men på en annen side belyser studien viktigheten av relasjonen mellom sykepleier og pasient i behandling. På lik linje med studien til Meier, Barrowclough & Donmall, er Røkenes og Hansens (2012) påstand om at relasjonen er viktigere enn hva behandlingen inneholder relevant (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 178).

Harald forklarer at relasjonen på institusjon gir han muligheten til å føle seg likeverdig. Her omringes han av mennesker som vil rekke ut en hjelpende hånd. Livet er annerledes på institusjonen, hvor dagene er betydningsfulle, i motsetning til livet på utsiden, hvor virkeligheten foregår.

På utsiden finnes ikke støtteapparatet som gir han håp, som tilrettelegger og gir dagene betydning. Her står han alene på bare føtter, og utsikten er mørk, slik han kjenner den best. En refleksjon rundt dette er at den gode relasjonen kan være av stor betydning på institusjon, men vanskelig å ta i bruk på utsiden. Derfor mener vi det er viktig at hensikten om å så frø om atferdsendring i relasjonen vektlegges. Fra et helhetlig perspektiv påstår vi at en god relasjon mellom sykepleier og pasient i rusbehandling er grunnleggende, men hvordan kan en sykepleier gå frem for å skape den?

Ved å bruke Harald som et gjengående eksempel, knyttet til relevant forskning og litteratur vil vi drøfte hvordan en sykepleier kan skape en god relasjon til en pasient med rusproblemer.

5.2 Effekten av en dømmende holdning

Det innledende møtet preges av førsteinntrykk, erfaringer og tidligere opplevelser. Dette gjelder for både sykepleier og pasient. Travelbee vektlegger at en sykepleier skal forsøke å møte pasienten der han er, med et åpent- og ikke-dømmende sinn (Travelbee, 2007, ss. 186-188). Rodgers underbygger dette med en av sine fire grunnleggende forutsetninger for at en god relasjon skal oppstå: ubetinget respekt (Eide & Eide, 2011, s. 139). I teorien kan dette fremstå som en enkel oppgave, men på en annen side kan det være vanskelig hvis en ikke har tilegnet seg erfaring fra tidligere. Dette underbygger Scanlon (2006) i sin studie, hvor sykepleierne forteller at ferdighetene som kreves kan læres teoretisk, men for å bruke dem kreves det mellommenneskelig erfaring (Scanlon, 2006). I sammenheng med erfaring vi tilegnet oss i praksis kan vi relatere i stor grad til dette. Under vil vi forsøke å forklare dette nærmere.

På lik linje med mellommenneskelige ferdigheter, mener vi at evnen til å møte pasienten med et ikke-dømmende syn krever erfaring. Vårt første møte med en rusmisbruker i behandling var preget av dømmende holdninger fra vår side, her som sykepleiestudenter i praksis ved TSB.

Harald hadde akkurat ruset seg på permisjon og fortalte at han var oppgitt over seg selv. Dette var hans syvende runde i behandling på institusjon. En tanke som slår oss i øyeblikket er: hvorfor velger han å ruse seg på permisjon? Etter syv runder i behandling bør han vite at det ikke var et fornuftig valg å ta? Allerede ved dette øyeblikket hadde vi ubevisst forhåndsdomt Harald til en stereotypisk rusmisbruker som ikke klarer å endre sine vaner. Det er her Rodgers prinsipp om ubetinget respekt for pasienten er viktig (Eide & Eide, 2011, s. 139). Hvorfor pasienten velger å gjøre som han gjør behøver nødvendigvis ikke å forstås, men det må respekteres. Dette viser Scanlon (2005) sin studie, som forklarer at en sykepleiers holdninger og atferd kan stå i veien for å skape en god relasjon til pasienten (Scanlon, 2006).

Rodgers forutsetning om kongruens i relasjonen er relevant i forhold til dette, fordi våre holdninger kommer til syne gjennom hvordan vi oppfører oss, både verbalt og non-verbalt. Når Harald forklarte at det var hans syvende runde i behandling merket vi at ansiktsuttrykkene våre endret seg fra åpne til undrende. Ved denne non-verbale handlingen kom holdningen vår til syne, og symboliserte manglende forståelse fra vår side. For Harald kan dette ha en negativ effekt på inntrykket han danner seg av oss. Dette er svært viktig ettersom førsteinntrykket vil være grunnlaget for videre utvikling av relasjonen. Wiechula m.fl. (2015) underbygger viktigheten av en sykepleiers holdninger og atferd i forhold til hvilke faktorer som påvirker relasjonen (Wiechula, et al., 2015).

Videre i studien viser det seg at pasienter vektlegger sykepleierens evne til å kommunisere i relasjonen. Møtet med Harald var til en viss grad preget av usikkerhet fra vår side, i forhold til hvordan vi skulle bruke kommunikasjon for å skape et godt inntrykk. Vi fikk inntrykk av at Harald merket dette, hvor han spurte om vi var nye her på institusjonen. Ja, svarte vi – og gjorde til kjenne at vi ikke hadde mye erfaring med denne typen arbeid. Harald forklarte så at han hadde rikelig med erfaring fra behandling, og ville gjerne fortelle oss om hvordan det fungerte. Dette hadde en tryggende effekt på interaksjonen og åpnet for muligheten til å lære mer om hverandre. Etter Harald hadde fortalt om behandling og rutiner på institusjonen, merket vi at holdningene vi hadde i utgangspunktet var feil og til en viss grad skadelige. Harald fremstod nå som en omsorgsfull person med masse kunnskap. Fra et analytisk perspektiv var inntrykket vi satt igjen med uventet, men positivt. Samtidig følte vi at Harald også satt igjen med et godt inntrykk, selv om vi teoretisk, i følge Travelbee, mislykkes i hvordan en sykepleier skal møte en pasient ved det innledende møtet (Travelbee, 2007, ss. 186-188). På en annen side var det en svært lærerik erfaring, for på denne måten ble vi bevisst på hvordan holdninger kan stå i veien for å skape en god relasjon.

En refleksjon rundt dette er at en dømmende holdning kan ha en motvirkende effekt på det å se hele mennesket, og ikke bare en rusmisbruker. Hvis en klarer å møte pasienten med et åpent- og ikke-dømmende sinn vil en kunne gi pasienten en følelse av aksept og trygghet. Denne holdningen kan en sende et signal om at i dette rommet er det trygt å være seg selv. For å gjøre dette må sykepleier også være bevisst på hvordan hun framstår med tanke på atferd og kroppsspråk. Av den grunn føler vi at Travelbees teori om at en sykepleiers oppgave i denne fasen er å prøve å se mennesket bak lidelsen med et åpent- og ikke-dømmende sinn har en klar relevans i forhold til praktisk utøvelse av relasjonsarbeid, men som alle andre ferdigheter, kreves det repetisjon og erfaring for å lære. En annen tanke er at det er viktig å fokusere på at dette er begynnelsen på et forhold mellom to mennesker, og ikke et sykepleier-pasient-forhold. På denne måten vil en kunne fjerne den autoritære strukturen som binder en til et fast rollemønster. Ved å handle ut i fra den grunnleggende tanken om at vi alle er mennesker, vil muligheten for et godt samspill øke.

I neste kapittel ønsker vi å drøfte hvordan relasjonen utviklet seg videre.

5.3 Når vi ser hverandre

Neste fase i modellen forutsetter at den foregående fasen er vellykket. Dette åpner for muligheten til å bygge videre på førsteinntrykket, hvor båndet nå begynner å etableres. For at dette skal bære frukt hevder Travelbee at identitet må komme til syne i relasjonen (Travelbee, 2007, ss. 188-192). Hvordan kan en sykepleier kommunisere for å åpne dette samhandlingsrommet?

Forskning viser at psykiatriske sykepleiere bruker humor for å vennliggjøre forholdet mellom sykepleier og pasient (Scanlon, 2006). Hensikten bak dette er å løse opp i maktforholdets tøyler, slik at en kan legge rollene en spiller som sykepleier og pasient til side. Ved å gjøre dette kan en innta rollene som likeverdige mennesker i relasjonen. Vatne og Hoems studie (2008) fra Molde støtter opp om dette, hvor de undersøkte miljøterapeuters bevissthetsgjøring av hvordan de kommuniserte med pasienter. Her kom det frem at for å erkjenne pasienten kreves det et skifte fra et autoritært kommunikasjonsforhold til å bruke reflekterende spørsmål og emosjonell lytting (Vatne & Hoem, 2008). Vi opplever at funn fra forskningen har relevans i forhold til videre utvikling av relasjonen. For å demonstrere dette ønsker vi å belyse vårt neste møte med Harald fra forskjellige perspektiver.

Vår neste interaksjon med Harald tok plass to dager etter det innledende møtet. I likhet med forrige samtale handlet denne også om institusjonen, men mer i hvilken grad hvordan han opplevde å være en pasient her. Her langet han ut om hvordan maten var dårlig og at han ikke fikk røyke inne.

Undrende sto vi igjen og tenkte: " Dette er vel ikke et 5-stjerners hotell heller?"

Etter en liten pause brøt han ut i latter og forklarte at det bare var en spøk. Han var fornøyd med både institusjon og personal, men det var hans indre selv han synes var problematisk å håndtere. En refleksjon rundt dette er at ved å bruke humor, så deler en av seg selv. Det åpner for muligheten til å gi andre et innblikk i hvordan en er som person, og kan til dels gjøre det enklere for andre å gjøre det samme. Av den grunn føler vi at Scanlons studie (2006), hvor humor brukes for å vennliggjøre forholdet har en praktisk overføringsverdi.

Et annet aspekt ved denne interaksjonen er at humor gjorde kommunikasjonen gjensidig. Dette gjorde Harald. Han åpnet for at vi kunne ta del i hans spøk, ved at vi kunne le sammen og forstå hverandre på en annen måte enn ved et autoritært sykepleier-pasient-forhold. Dette sammensvarer med hva Vatne og Hoem (2008) fastslo i sin studie: at hovedkonseptet i kommunikasjon mellom sykepleier og pasient er at den skal være gjensidig. Det beskrives som intersubjektiv deling av følelser og tro på en respektfull måte (Vatne & Hoem, 2008). Studien støtter Røkenes og Hansens teori om det intersubjektive fellesskapet, som baseres på at gjennom det å dele tanker, erfaringer og

meninger så kan vi forstå mer av hverandre (Røkenes & Hanssen, 2012, ss. 41-42). En forunderlig tanke er at gjennom Travelbees to første faser om relasjonsutvikling, så har Harald geleidet oss gjennom dem, og ikke omvendt. Det er han som har åpnet seg for oss, han som har delt av seg og han som har skapt samhandlingsrommet mellom oss. Fra et annet synspunkt anså vi dette som et betryggende tegn på at relasjonen gikk riktig vei.

Videre forteller Harald om sine seks tidligere runder i behandling ved TSB. Her trekker han fram hva som har vært positivt og hva som har vært negativt på de andre institusjonene. Blant det positive forteller han at han har likt personalet og andre medpasienter på institusjonen. Nordfjærn, Rundmo & Hole (2009) sin studie viser at hovedgrunnen til en positiv opplevelse av behandling baseres på relasjonen mellom pasient og personal og medpasienter (Nordfjærn, Rundmo, & Hole, 2009). Her våger vi å spørre om hva som utgjør en god relasjon. Harald utdyper at det å bli behandlet som likeverdig er svært viktig. Det samme gjelder tillit, eksempelvis det å føle at sykepleieren handler til det beste for han. Med metaforen: "Rom ble ikke bygget på én dag", presiserer han at slike relasjoner tar tid å bygge. Dette underbygger Scanlon (2006) sin studie, som hevder at gode relasjoner tar minst tre til fire dager å etablere. Harald sitt synspunkt på tillit i relasjonen støttes også i samme studie, som viser at de deltagende sykepleierne vektla tillit som den viktigste forutsetningen for relasjonen (Scanlon, 2006).

Blant negative erfaringer i behandling understreker Harald viktigheten av det å føle seg sett. Han forteller at behovene hans gjentatte ganger har blitt nedprioritert av sykepleiere på institusjonen. Dette er i tråd med Sleeper & Bochain (2013) sin studie om rusmisbrukeres opplevelse av stigmatisering ved behandling (Sleeper & Bochain, 2013). Pasientene i studien følte seg stigmatisert ved at sykepleieren prioriterte sine egne oppgaver framfor pasientene, som førte til økt frustrasjon og sinne hos pasientgruppen. En sammenheng kan også trekkes til Nordfjærn, Rundmo & Holes (2009) studie, som viser at hovedgrunnen til en negativ opplevelse av rusbehandling er at en feiler i å skape en god relasjon til de ansatte. Her er også Wiechula m. fler (2015) sin studie relevant, hvor de gjennom en litteraturgjennomgang viste at pasienter vektlegger en sykepleiers tilgjengelighet og emosjonelle tilknytning som en viktig forutsetning for relasjonen (Wiechula, et al., 2015).

Dette vekker spørsmålet om hvordan en sykepleier kan vise at hun ser pasienten, og er tilgjengelig når han trenger hjelp. Sleeper & Bochains (2013) viser at omsorgsfull behandling i rusomsorg gir utløp for frustrasjon, samt promoterer positive pasient-utfall (Sleeper & Bochain, 2013). Men hva inneholder omsorgsfull behandling? Finch (2006) sin studie undersøkte hvordan en sykepleier bør framstå i kommunikasjon og atferd fra et pasientperspektiv. I kommunikasjon skulle sykepleier være

ærlig, aksepterende, respektfull, rolig, komfortabel og interessant. Samtidig skulle hun opptre som varm/vennlig, empatisk, lyttende, ærlig, omsorgsfull og profesjonell (Finch, 2006). Dette samsvarer med Rodgers relasjonsteori, i forhold til det å vise kongruens, varme, empati og ubetinget respekt, samt Travelbees teori om et likeverdig menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 2007; Eide & Eide, 2011).

Gjennom denne interaksjonen med Harald forsøkte vi å være bevisst på hvordan vi framstod gjennom kommunikasjon. Ved å verbalt følge Harald med bekreftende nikk og innskutte småord viste vi interesse og aksept for hva han fortalte. Eide & Eide (2011) forklarer at ved å verbalt følge pasienten så kan en stimulere til at den andre åpner seg og deler mer av seg selv. Det kan gi pasienten følelsen av å bli tatt på alvor, noe som videre kan bidra til utviklingen av tillit i relasjonen (Eide & Eide, 2011, s. 221). Fra et subjektivt perspektiv følte vi effekten av dette, hvor Harald åpnet seg og delte mer av seg selv, samtidig som vi delte mer av oss selv. Som Travelbee vektlegger, dannet vi oss et nyansert og personlig bilde av Harald, og han oss. Gjennom dette intersubjektive fellesskapet, hvor vi delte meninger, tanker og erfaringer fikk vi øye på en større del av hverandres identitet.

Neste kapittel handler om vårt tredje møte med Harald. Her ønsker vi å belyse hvilken rolle empati og sympati har for videre utvikling av relasjonen.

5.4 Når vi forstår hverandre

Travelbee omtaler empati som evnen til å kunne leve seg inn i en annens subjektive følelsesliv samtidig som en står på utsiden av det hele. Sympati, derimot, er evnen til å la seg påvirke av en annens subjektive følelsesliv (Travelbee, 2007, ss. 193-210). Begrepene er nært beslektet og anses som en grobunn for at en god relasjon skal spire. I tråd med Travelbee anser Rodgers empati som den viktigste forutsetningen for en god relasjon. Slike mellommenneskelige ferdigheter forklares så enkelt gjennom teori, men hvordan tar de form gjennom praktisk utøvelse?

Gjennom vårt tredje møte med Harald fikk vi muligheten til å ta del i hans subjektive tanker, følelser og opplevelser. Muligheten viste seg i uformell kontekst, bestående av en spasertur og småprat en rolig ettermiddag. Harald fortalte om sin oppvekst, og hvordan den var preget av rusmisbruk hos mor og en voldsutøvende far, og hvordan dette påvirket han som barn. Måten han skildret hvilke hendelser som hadde ført til valg han senere hadde tatt i livet var bemerkelsesverdig. Den rolige, men følelsesladde stemmen han brukte for å formidle erfaringene sine åpnet døren for forståelse fra

vår side. På denne måten opplevde vi å sette oss inn i Haralds følelsesliv, men på ingen måte var det enkelt. Hvor går grensen for hvor mye en skal ta inn over seg i slike situasjoner? Ved å lytte empatisk til Haralds opplevelser våknet det følelser av tristhet, ubehag og opprørthet i oss. På en annen side hevder Travelbee at en sykepleiers oppgave i fasen om empati er å forsøke til en viss grad å holde seg nøytral, noe vi opplevde som mer problematisk enn det høres ut som i teorien (s. 193).

En refleksjon rundt dette er at empati er høyest nødvendig for å forstå pasienten. Hvis evnen til å sette seg inn i pasientens tanker, følelser og opplevelser uteblir, hvordan kan en så lytte slik at pasienten føler seg sett og hørt, og ikke minst handle til pasientens beste? Dette underbygger Rocco & Cottone (2003), som gjennom forskning viste at litteratur fra nyere tider tilbake til 1950-tallet reflekterte sterk evidens på at empati er en essensiell komponent i en god relasjon og nødvendig i behandlingsprosessen (Feller & Cottone, 2003). På en annen side hevder Travelbee at empati alene ikke er en forutsetning for at en god relasjon kan skapes (Travelbee, 2007, ss. 200-210). Her kommer begrepet sympati inn, som ikke bare forteller om hvordan en sykepleier skal leve seg inn i en annens følelsesliv, men også om hvordan sykepleieren selv skal føle når hun gjør det.

Gjennom vår empatiske opplevelse med Harald erfarte vi at ønsket om å hjelpe han var sterkere nå enn ved de to tidligere interaksjonene oss i mellom. På en annen side følte vi frustrasjon og sinne over hvordan tilfeldigheter hadde rammet Harald, og påvirket han til å bli den han er i dag. Igjen mener vi grensen for hvor mye en bør tillate seg å føle i slike situasjoner er vanskelig å finne. En kan risikere å bli for emosjonelt tilknyttet til pasienten, noe som heller ikke er bra for relasjonen. Dette underbygger Scanlons (2006) studie, som viser at mellommenneskelige ferdigheter kan læres teoretisk, men for å bruke dem kreves mellommenneskelig erfaring (Scanlon, 2006).

En side ved mellommenneskelige ferdigheter er det å kunne sette seg inn i- og la seg påvirke av en annens følelsesliv, men hvordan kan en sykepleier vise pasienten at hun gjør det? Wiechula m. fler (2015) viser at pasienter vektlegger sykepleieren sin evne til subtil kommunikasjon, som beskriver at sykepleieren er lyttende og observerende til den individuelle pasient, både fra nært og langt hold og at hun følger med på pasientens atferd over tid (Wiechula, et al., 2015). Finch (2006) sin studie underbygger dette, hvor pasienter vektlegger at kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient bør være lyttende, omsorgsfull, rolig og ærlig (Finch, 2006).

I fra et analytisk perspektiv, hvordan klarte vi å vise empati og sympati i vår interaksjon med Harald? Foruten å vise respekt for Harald gjennom høflighet, forsøkte vi å vise kongruens. Dette, ved at holdningen ved et åpent- og ikke-dømmende sinn kom til syne ved et smil og en rolig og inviterende

gange. Videre forsøkte vi å vise bekræftende gester for å vise interesse for det han hadde å si. På den måten håpet vi Harald ville føle seg hørt og sett i samtalen. Dette gjorde vi også ved å gjenta nøkkelord som Harald nevnte underveis. Dette går i tråd med hva Finch (2006) viser om at en sykepleier skal være varm og vennlig. På en annen side viser studien at sykepleieren skal samtidig opptre profesjonelt (Finch, 2006). Tidvis i interaksjonen med Harald kunne vi føle oss mer som en venn, enn profesjonelle helsearbeidere. En refleksjon rundt dette er at også balansen mellom det å være profesjonell, og det å være vennlig og varm krever erfaring for å opprettholde. Den emosjonelle tilknytningen mellom sykepleier og pasient fremstår for oss som en knivsegg. Hvis tilknytningen er for sterk vil dette kunne gjøre mer skade for pasienten enn hva den kan gjøre godt. Men på en annen side, hvis tilknytningen er for svak vil det hindre den gode relasjonen å vokse.

Dette går i tråd med Wiechula m. fler (2015) sin studie, som viser at pasienter vektlegger at en sykepleiers tilgjengelighet og emosjonelle tilknytning var avgjørende for en god relasjon. Derfor mener vi at Vatne & Hoems (2008) studie er svært viktig, som viser betydningen av at sykepleieren er bevisst på hvilken rolle kommunikasjon har i relasjonen med pasienter (Vatne & Hoem, 2008). Ved at sykepleieren er bevisst på hvilken rolle kommunikasjonen spiller, samt hvordan hun kan bruke den vil hun ikke bare kunne skape en god relasjon, men også vedlikeholde- og avslutte relasjonen på en verdig måte.

5.5 Gjensidig forståelse og kontakt

Travelbee beskriver modellens siste fase som prosessen hvor rollene mellom sykepleier og pasient løsrives, og i asken av disse rollene fremtrer to mennesker som deler en gjensidig forståelse og kontakt (Travelbee, 2007, ss. 211-217). Fasen preges av gjensidighet, likeverd og respekt, men forutsetter at en har vært igjennom modellens foregående faser sammen med pasienten.

En opplevelse av dette fenomenet fikk vi gjennom vårt siste møte med Harald.

Dette var dagen Harald skulle skrives ut, hvor vi brukte formiddagen på en avsluttende spasertur. Samtalen oss i mellom handlet om verdens syv underverker, og hvordan vi begge hadde lyst til å reise for å oppleve dem. Vi delte erfaringer om hvor vi allerede hadde vært og hvor vi kunne tenke oss å dra. Latter og smil var gjengående i samtalen, men uten hensikten om å være relasjonsskapende. Et sentralt aspekt ved denne interaksjonen var at den var genuin, og uten en form for baktanke eller agenda. En refleksjon rundt dette er at slike samtaler kan være relasjonsbyggende og behovslindrende, på grunn av at en slik samtale ikke baseres på behandlingen pasienten får eller hvordan han føler seg. Kanskje samtaler av denne arten kan bidra til at pasienten

får en pause fra gjengående tanker om rus, skam og angst? En tanke er at dette kan få pasienten til å føle seg som et menneske på lik linje med alle andre, og ikke bare et menneske med rusproblemer. Dette sammensvarer med Wiechula m. fler (2015) sin studie, som viste at pasientene vektla en sykepleiers evne til ordinær kommunikasjon, beskrevet som samtaler om det hverdagslige (Wiechula, et al., 2015).

Dette er i tråd med hvordan Travelbee karakteriserer modellens siste fase, der både sykepleier og pasient relaterer til hverandre som menneske til menneske, og ikke sykepleier og pasient (Travelbee, 2007, s. 213). Vårt faste rollemønster virket til å ha løsnet gjennom denne interaksjonen. En erfaring vi gjorde oss var at kommunikasjonen som tok plass i øyeblikket var flytende, i den grad at behovet for å vinkle samtalen eller å planlegge neste setning ikke lenger var tilstede. En refleksjon rundt dette var at det utviklet seg en form for trygghet i relasjonen mellom oss. Behovet for tilrettelegging av kommunikasjon var mindre tilstedeværende. Med dette menes at nødvendigheten for å verbalt følge eller gjenta nøkkelord ikke var der lenger. Det virket til at Harald hadde lært oss å kjenne, og visste hvilke holdninger og intensjoner vi hadde i relasjon til han. Dette sammensvarer med Rodgers prinsipp om å være genuin/kongruent i relasjonen, på lik linje med Wiechula m. fler (2015) som viser at pasienten vektlegger en sykepleiers holdninger, atferd og verdier i relasjonen (Wiechula, et al., 2015).

Vi våger å påstå at følelsen av tillit var tilstede, og at dette øyeblikket preget vår forståelse av tillit som en forutsetning for den gode relasjonen. Hvis tillit ikke er tilstedeværende i relasjonen vil verken pasient eller sykepleier kunne oppleve trygghet overfor hverandre. Å vise tillitt til hverandre statuerer likeverdighet, hvor sykepleieren symbolsk forteller pasienten at hun har tro på han som et medmenneske, og at han er verdt å kjempe for. Dette sammensvarer med hva forskning forteller om viktigheten av tillit i relasjonen (Scanlon, 2006). På en annen side, tror vi at for å gjøre dette er det viktig at en er trygg på seg selv, i den grad at en må kjenne til sine egne egenskaper og hvordan en framstår. Her referer vi til det å erkjenne kommunikasjon og det å være bevisst på hvordan den brukes som et redskap. Igjen ønsker vi å trekke frem Vatne & Hoems (2008) studie, som viser kommunikasjonens betydning i rusbehandling (Vatne & Hoem, 2008). Tanken bak dette er at en sykepleier kan få et potensielt større utbytte av den gode relasjonen hvis en lærer seg å bli bevisst på hvilken rolle kommunikasjon spiller i behandling.

Etter spaserturen så vi aldri Harald igjen. På en side kan en si at relasjonen ble avsluttet med blandede følelser. Dette grunnet at fra vårt første møte viste Harald oss relasjonens vei, og nå som den gode relasjonen var blitt etablert, så forsvant den igjen. På en annen side ønsker vi å tro at et frø

var sådd, og at Harald følte mestring ved å lære oss om seg selv. En avsluttende refleksjon er at en sykepleier har et stort potensielt læringsutbytte av relasjonsarbeid, noe Wiechula m. fler (2015) underbygger i sin studie (Wiechula, et al., 2015). Vi har gjennom våre interaksjoner med Harald lært en hel del, men på langt nær nok. Dette er fordi et hvert menneske er unikt, og det er akkurat dette som må vektlegges i et menneske-til-menneske-forhold. Med dette menes at et hvert menneske har sine årsaker for valgene de har tatt, sin historie og sin identitet. Selv om det finnes en modell for hvordan relasjonen etableres, er den på ingen måte en fasit. Heller, en veileder som kan gi et godt utgangspunkt.

På en annen side våger vi fra et subjektivt perspektiv å påstå at forskning vi har valgt å bruke sammensvarer med relevant teori, og har en klinisk overføringsverdi i praksis. Forskningen stadfester viktigheten av ulike egenskaper og ferdigheter, men hvordan en skal tilegne seg dem, samt bruke dem baseres på erfaring. På bakgrunn av dette opplever vi å sitte igjen med en dypere innsikt i hvordan sykepleiere kan skape en god relasjon til pasienter med rusproblemer, samt viktigheten av den innen rusbehandling.

6 Konklusjon

I litteraturstudien har vi forsøkt å besvare følgende problemstilling ved å bruke et subjektivt eksempel, knyttet til Travelbees modell om relasjonsutvikling og relevant forskning:

Hvordan kan sykepleiere skape en god relasjon til pasienter med rusproblemer?

For å konkludere vil vi avslutningsvis prøve å trekke frem oppgavens budskap, klinisk overføringsverdi til praktisk utøvelse og hva vi ønsker å lære mer om. Vi ønsker å bemerke at det gjengående eksempelet i drøftingen er vinklet fra en positiv side for å underbygge påstander, samt for å virkeliggjøre drøftingen i større grad.

Gjennom studien har vi sett at en god relasjon mellom sykepleier og pasient regnes som et fundament i rusbehandling. Den kan åpne samhandlingsrom, så frø om endring og fremstå som et fotfeste på veien mot rusfrihet. For å skape en god relasjon må sykepleier etablere et mellommenneskelig forhold. Det krever at sykepleieren kan bruke seg selv som et terapeutisk verktøy i interaksjon med pasienten. Hun må møte han der han er med en åpen- og ikke-dømmende holdning, slik at hun kan se hele mennesket bak ruslidelsen. Holdninger kan stå i veien for å etablere en god relasjon, og kan føre til at pasienten føler seg stigmatisert og mindreverdige.

Å løse opp i det autoritære rollemønsteret vi spiller som sykepleiere er nødvendig for å erkjenne pasienten som et medmenneske. Ved å bruke humor kan vi vennliggjøre- og skape et likeverdig forhold, hvor vi kan dele opplevelser, tanker og erfaringer. På denne måten kan pasientens identitet og personlighet fremtre. Sykepleierens empatiske og sympatiske evner åpner for en dypere forståelse av pasientens følelsesliv, og styrker hennes ønske om å hjelpe han. Ved å vektlegge gjensidighet og likeverd i kommunikasjon kan tillit og trygghet vokse frem, og skape en felles forståelse og kontakt mellom sykepleier og pasient. Sykepleieren må huske på at en god relasjon krever både tid og tålmodighet, hvor pasienten må få lov til å gjøre feil uten å bli avvist. Motivasjon for endring er en flyktig tilstand, og krever utholdenhet og innsats fra begge parter.

Avslutningsvis, vil vi poengtere at Travelbees modell for relasjonsutvikling har en overføringsverdi til klinisk praksis i den grad at den kan brukes som veileder for å skape en god relasjon. Verdier som likeverd, respekt og tillit er grunnleggende, men hvordan sykepleieren kommuniserer for å vise dem i praksis kan være utfordrende. Vi mener at det krever mellommenneskelig erfaring, samt at vi som sykepleiere er bevisst på hvilket budskap vi sender gjennom kommunikasjon.

Mellommenneskelige relasjoner anses som grunnlaget i all sykepleie. Likevel savner vi mer forskning på emnet, gjerne fra pasientens perspektiv om hva en god relasjon bør inneholde i rusbehandling.

Bibliografi

Biong, S., & Ytrehus, S. (2012). *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. (S. Ytrehus, Red.) Oslo: Akribe AS.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Dziopa, F., & Ahern, K. (2009, Juli 09). Three Different Ways Mental Health Nurses Develop Quality Therapeutic Relationships. *Issues in Mental Health Nursing*, 30(1), ss. 14-22.

Eide, H., & Eide, T. (2011). *Kommunikasjon i relasjoner, samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Feller, C. P., & Cottone, R. R. (2003, Mars). The Importance of Empathy in the Therapeutic Alliance. *The Journal of Humanistic Counseling*.

Finch, L. P. (2006, Desember). Patients' Communication with Nurses: Relational Communication and Preferred Nurse Behaviors. *International Journal for Human Caring*, 4(10), ss. 14-22.

Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus- og psykisk lidelse - ROP lidelser*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring - Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. (2017). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2016*. Oslo: Helsedirektoratet.

Insel, T. R. (2003, August). Is social attachment an addictive disorder? *Psychology & Behavior*, 79(3), ss. 351-357.

Lossius, K. (2011). *Håndbok i rusbehandling* (1. utg.). (K. Lossius, Red.) Oslo, Norge: Gyldendal Norsk Forlag AS 2001.

- Meier, P. S., Barrowclough, C., & Donmall, M. C. (2005, Mars). The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: a critical review of the literature. *Addiction*(100), ss. 304-316.
- Mørland, J. (2016, September 19). *Rusmiddelavhengighet*. Hentet April 9, 2017 fra Store Norske Leksikon: <https://sml.sn.no/rusmiddelavhengighet>
- Nordfjærn, T., Rundmo, T., & Hole, R. (2009, August 3). Treatment and recovery as perceived by patients with substance addiction. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*(17), ss. 46-64.
- Røkenes, O. H., & Hanssen, P.-H. (2012). *Bære eller breste, kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (3. utg., Vol. 3). Bergen, Norge: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Rønningen, L., Huseby, B. M., Kalseth, B., Ødegaard, H., Mehus, K. H., Pedersen, M., . . . Myrli, T. R. (2016). *Samdata spesialisthelsetjenesten 2015*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Scanlon, A. (2006, Mai 23). Psychiatric nurses perceptions of the constituents of the therapeutic relationship: a grounded theory study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 3(13), ss. 319-329.
- SIRUS. (2015). *SIRUS Rapport 2/2015*. Oslo: SIRUS.
- Skurtveit, S. O., Handal, M., & Skogen, J. C. (2014). *Folkehelse rapporten 2014, Helsetilstanden i Norge*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Sleeper, J. A., & Bochain, S. S. (2013). Stigmatization by nurses as perceived by substance abuse patients: A phenomenological study. *Journal of Nursing Education and Practice*, 3(7).
- Travelbee, J. (2007). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1. utg., Vol. 5). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2001.

Vatne, S., & Hoem, E. (2008, Februar 21). Acknowledging communication: a milieu-therapeutic approach in mental health care. *Journal of Advanced Nursing*, 6(61), ss. 690-698.

Weihe, H.-J. W. (1997). *Relasjonsarbeid og kommunikasjon*. Oslo: Tano Aschehoug.

Wiechula, R., Conroy, T., Kitson, A. L., Marshall, R. J., Whitaker, N., & Rasmussen, P. (2015, Desember 22). Umbrella review of the evidence: what factors influence the caring relationship between a nurse and patient? *Journal of Advanced Nursing*, 4(74), ss. 723-734.

Vedlegg

Tabell 1

Databaser	Søkeord	Treff	Artikler brukt i oppgaven
Søk i Academic Search Elite (systematisk)	- Søkeparameter: Published Date: 2005/01/01-2017/12/31; English Language; All Adult: 19+ years		
#1	Substance abuse AND therapeutic relationship	420	
#2	Substance abuse AND therapeutic relationship OR therapeutic alliance	2.973	
#3	Substance abuse AND therapeutic relationship OR therapeutic alliance AND nursing	568	3
Søk I Google Scholar (håndسøk)			
#1	Nursing AND therapeutic relationship	1.370.000	1
#2	Communication AND therapeutic approach	2.630.000	1
#4	Stigmatization AND substance abuse AND nurses	31.100	1
#5	Therapeutic alliance AND empathy	59.900	1
#6	Nurses AND communication	2.400 000	1
Sum		6.494.961	8