



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9

Predefinert informasjon

Startdato:	12-05-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR
Sluttdato:	22-05-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 BSS9 1 H 2020 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 363

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 8873

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har registrert

oppgavetittelen på

norsk og engelsk i

StudentWeb og vet at

denne vil stå på

vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 42

Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



BACHELOROPPGAVE

En sykepleiers møte med ROP-brukeren; hvordan skape en god relasjon for å hjelpe personen til et bedre liv?

A nurse's meeting with the ROP-user; how to create a good relationship to help the person to a better life?

Kandidatnummer: 363

Bachelor i sykepleie

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato: 22.05.2020

Antall ord: 8873

Sammendrag:

Bakgrunn for oppgaven var å se nærmere på hvordan man som sykepleier skal kunne skape en god relasjon til personer med rus og psykiske lidelser. Jeg fikk gjennom min praksisperiode som student møtt denne brukergruppen og opplevd hvordan en god relasjon og tilknytning hadde innvirkning på personens livskvalitet og videre målsettinger. Oppgaven er skrevet i essay-stil og baseres på en selvopplevd erfaring, som underbygges med faglige funn fra blant annet ulike studier, retningslinjer og annen faglitteratur. Hovedstikkord for oppgavens innhold knyttes opp mot: relasjoner, relasjonsbygging, rus og psykiske lidelser, kommunikasjon, etiske overveielser og tilbedringsprosesser.

Abstract:

The main purpose for this assignment was to look more closely at how one, as a nurse, should be able to create a good relationship with people with drug addictions and mental disorders. During my practice as a student, I met this user group and experienced how a good relationship and connection had an impact on the person's quality of life and further goals. The assignment is written in an essay style and is based on a self-experienced situation, but is supported by academic findings from various studies, guidelines and other professional literature. Main words for the content of the assignment are based on: relationships, relationship building, drug addictions and mental disorders, communication, ethical considerations and processes of recovery.

Innholdsliste:

1. Innledning.....	s. 3 – 4
2. Faglig engasjement.....	s. 4 – 6
3. Etikk i møte med ROP-lidelser.....	s. 6 – 9
4. Recovery.....	s. 9 – 12
5. Relasjonens betydning.....	s. 12 – 14
6. Mestring.....	s. 15 – 16
7. Kommunikasjon.....	s. 16 – 18
8. Motivasjon for endring.....	s. 18 – 19
9. Relasjon og tilknytning.....	s. 19 – 20
10. Avslutning.....	s. 20 – 21
11. Kilder.....	s. 22 – 24

1. Innledning

I min bacheloroppgave har jeg valgt å se nærmere på hva som skal til for å skape en god relasjon mellom sykepleier og bruker med ROP-lidelser¹, og hvorfor en god relasjon er viktig i arbeid innenfor rus og psykiatri. Jeg har sett på ulike teorier og fagstoff som primært retter seg mot relasjoner og relasjonsbygging. Under praksistiden lærte jeg at *tid* og *tillit* var viktige begreper å bygge en relasjon på. Jeg ønsket å ta med disse personlige erfaringene kombinert med teorien jeg fant, til å finne svar på oppgavens problemstilling: «en sykepleiers møte med rop-brukeren; hvordan skape en god relasjon for å hjelpe personen til et bedre liv?». Tanken var i første omgang å skrive om en rop-bruker, hvor jeg spisset problemstillingen inn mot angst. I ettertid har jeg sett at det har vært vanskelig å finne studier som viser til relasjonsbygging som primært er rettet mot angst. Det var overaskende at det fantes så få studier, spesielt med tanke på at angst de siste årene har blitt et kjent begrep de fleste av oss har hørt om, kjent på, eller kjenner noen som har. Selv om jeg ikke spisser min oppgave mot angst, er dette et tema jeg kommer til å skrive litt mer utfyllende om. Jeg omtaler primært tema knyttet til generalisert angst², som min bruker i praksis var diagnostisert med. Det gjorde inntrykk å se hvor hardt dette rammet hans livskvalitet. På helsedirektoratets sider kan man lese at angstlidelser ofte er til stede hos personer som behandles for rusmisbruk. Tilsvarende er forekomsten av ruslidelse høy hos personer som er under behandling for angstlidelser i psykisk helsevern. Angstlidelsene dekker et stort spekter når det gjelder alvorlighet, fra lette spesifikke fobier uten stor betydning til invalidiserende alvorlig angst som reduserer viktige funksjoner og livskvalitet (Helsedirektoratet, 2012, s. 32).

Oppgaven skrives i essaystil. I et essay kan man også finne direkte svar på et problem, slik som ved litteraturstudie, men man tenker ofte mer spørrende og undrende rundt problemstillingen, i tillegg til at man har muligheten til å innhente data fra ulike hold. Min teori før jeg begynte på oppgaven var at relasjoner er komplisert i den forstand at vi mennesker er forskjellige, og derav vil også måten man kommuniserer på være ulik fra person

¹ ROP-lidelser: Pasienter med alvorlig ruslidelse har ofte samtidig psykisk sykdom, og pasienter med psykisk sykdom har hyppigere ruslidelse enn gjennomsnittet i befolkningen. Kombinasjonen ruslidelse og psykisk sykdom har fått kortnavnet ROP-lidelser (Helsedirektoratet, 2012).

² Generalisert angstlidelse defineres som uttalt bekymring, angst, nervøsitet og anspenthet de fleste dager i minst seks måneder. Angsten er der hele tiden, og den er ikke forbundet med spesielle situasjoner (Norsk helseinformatikk, 2018).

til person. Derfor er det interessant å se på hva de ulike teoriene jeg finner sier om hvordan man bør gå frem for å skape en god relasjon. Kanskje vil ikke kun én relevant teori være fullstendig nok. Konklusjonen jeg sitter igjen med til slutt kan være helt ulik hva jeg selv tenkte at relasjonsbygging var til å begynne med. Dette synes jeg gjør problemstillingen svært interessant å jobbe med. Jo Beck Karlsen skriver i sin bok, *gode fagtekster* (2011, s.21), at essayet tar utgangspunkt i egne eller andres erfaringer i virkeligheten. Og man stiller spørsmål angående disse erfaringene. Hvorfor interesserer de meg? Hvilken betydning har de hatt for meg? Hvordan forholder de seg til mine egne erfaringer? Hva har jeg erfart, som kan tilføre andres erfaringer noe nytt?. Videre sier han at erfaringens språk er det fortellende språket. Når vi har opplevd noe vi vil formidle til andre, griper vi til fortellingen. Essayisten må altså kunne fortelle (og gjenfortelle). Men det er ikke tilstrekkelig å fortelle historier basert på virkelighet og erfaring. For at essayet skal få dybde og perspektiv, må essayisten også kunne reflektere over disse erfaringsfortellingene (Karlsen, 2011, s.22).

2. Faglig engasjement

Høsten 2019 hadde jeg mitt første møte med psykiatrien. Jeg hadde fått praksisplass på en avdeling for brukere med tidlig psykose og rus. Jeg husker før vi startet praksisen at flere medstudenter uttrykte at de gruet seg litt til denne perioden. Grunnen til dette var for de fleste en frykt for det ukjente. Hvilke type mennesker skulle vi nå møte og hvordan burde vi møte dem? Vi hadde jo kjennskap til det somatiske og det å møte et menneske som trenger klinisk behandling, og i bunn lå grunnsteinen om at alle mennesker skal bli møtt med respekt og forståelse. Men for de fleste var psykiatrien et ukjent felt. Frykten for det ukjente er menneskelig, og noe vi alle mest sannsynlig har kjent på. Selv var jeg spent på hva som ventet meg, men aller mest gledet jeg meg til å møte mennesker jeg ellers ikke ville ha møtt. Aldersgruppen for de som er innlagt på den avdelingen jeg hadde praksis, er primært mellom 18-30 år, en aldersgruppe jeg etter endt praksis kunne tenkt meg å jobbe videre med. Hvorfor? spør du kanskje. Fordi det traff meg på et mer personlig og dypere plan å jobbe med noen i min egen aldersgruppe; å treffe noen du fint kunne ha møtt på gaten, kanskje bare streifet forbi uten å snu deg, som nå er innlagt på en psykiatrisk avdeling. De slipper ikke uten videre ut i samfunnet igjen, og du som behandler er der med dem. Man kan jo allerede her spørre seg hvordan man selv hadde ønsket å bli møtt om man hadde blitt innlagt? Å ha trygge rammer under behandling blir høyt prioritert; du skal føle at du blir sett, hørt og forstått. For å få til dette må man først skape en menneskelig kontakt og være forberedt på at dette krever arbeid over tid. Som student fikk jeg muligheten til nettopp dette. I starten på praksisperioden fikk

jeg tildelt en bruker med ROP-lidelser som jeg skulle ha ansvaret for å følge opp. Planen var også at jeg etterhvert skulle få ansvar for flere brukere. Gjennom min tid som student i praksis endte det opp med at jeg og den tildelte brukeren fikk så god kontakt og forståelse for hverandre at jeg fikk lov til å følge denne brukeren fra start til slutt av praksisperioden. Mye av det som gjorde dette mulig var at praksisstedet så betydningen av den etablerte kontakten og muligheten for kontinuitet i behandlingen. Geirdal og Varvin (2017, s. 36-37) skriver i sin bok om den terapeutiske relasjonens tre deler. Den første komponenten i den terapeutiske relasjonen er «den reelle relasjonen». Den oppfattes som det mest grunnleggende i møte mellom behandler og pasient, og defineres som «*den personlige relasjonen mellom behandler og pasient hvor begge er genuint opptatt av den andre på en måte som er til gunst for han eller henne*» (Geirdal & Varvin, 2017, s. 36-37). De skriver videre at denne relasjonen er virksom i alle menneskelige møter, ikke bare i møtet mellom terapeut og klient. Dette fikk meg til å tenke på min egen personlighet og hvordan jeg møter mennesker uten å forholde meg til vitenskapelige teorier eller kunnskap. For meg kommer det ofte naturlig. «Jeg er meg og du er deg, men før jeg dømmer deg – hvem er du?», som er en innstilling og et genuint ønske om å få lov til å bli kjent med en person uten å dømme. Men så leste jeg noe interessant angående *dømming* i boken *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* av Joyce Travelbee (1999). Her skriver hun at etter hennes mening er en «ikke-dømmende» holdning en feilaktig betegnelse, for vi dømmer eller går inn for ikke å være dømmende ut fra den kunnskap (enten den er rasjonell, nøyaktig, realistisk eller det motsatte) vi har om den andre. «*Den ikke-dømmende holdningen er en myte, for alle mennesker har en tendens til å bedømme andres atferd*». De kriteriene en dømmer ut fra, er som regel basert på i hvor stor grad den andre følger eller avviker fra ens egne atferdsnormer, det vil si at en som «dommer» alltid har en personlig målestokk» (Travelbee, 1999, s.198). Hun sier videre at *sykepleieren ikke bør gå inn for å være ikke-dømmende*. Det hun bør gå inn for, er å bli bevisst hvilke «dommer» hun feller om den syke. Først når hun selv kommer til klarhet over hvordan hun «dømmer», kan hun evaluere hvordan hennes «dom» innvirker på møtene med den syke» (Travelbee, 1999, s.198). Jeg trodde jo selv at jeg om individ i møte med et annet, ikke skulle være dømmende, men Travelbee har fått meg til å redefinere dette. Jeg dømmer nok jeg også, men nok så ubevisst. Jeg tenker at det er lurt å tenke i gjennom dette - både når man ubevisst dømmer eller om man gjør det bevisst – og se på hvilke verdier man dømmer ut fra. På så måte kan man bli kjent med seg selv og sine verdier. Hvorvidt er «dømmingen» nedlatende eller oppløftende? Jeg som ubevisst ikke tenkte over at jeg dømte har nok også godt av å gå inn i meg selv og reflektere over dette.

Jeg husker at det falt meg naturlig å ikke bruke begrepet *pasienter* innenfor psykiatrisk praksis, men omtale de som *brukere* – som også var det som allment ble brukt på sykehuset. I pasient- og brukerrettighetsloven (2001, § 1-3) er en pasient definert som en person som anvender seg av helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp ³, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle. En bruker er en person som anmoder om eller mottar tjenester av helse- og omsorgstjenesteloven som ikke er helsehjelp (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001). Man trenger altså ikke være syk, og det er heller ikke nok bare å være syk- man må være i kontakt med profesjonelle hjelpere for å være pasient i lovens forstand (Hem, 2013). Men hvor går grensen for pasientbegrepet? Mange har kritisert pasientbegrepet. Ordet pasient går tilbake til det latinske ordet *patiens*, som blant annet har betydningen «som lider» eller «lidende», noe mange ikke ønsker å assosiere seg selv med – de vil heller endre synsvinkel til å dyrke de friske sidene ved et menneske, slik at man frigjør seg fra en passiv pasientrolle som kan fremme sykелighet og hindre tilfriskning (Hem, 2013). Akkurat dette med tilfriskning og recovery⁴, som er et kjent begrep innenfor behandling av ROP-lidelser, skal jeg komme tilbake til senere. Recovery vektlegger å ikke sykeliggjøre, men å se hva personen i behandling kan gjøre for å styrke sin tilfriskning og håp for fremtiden. I recoveryorienterte psykisk helse og rus-tjenester er tilnærmingen at mennesker kan leve meningsfulle liv, på tross av psykiske helseutfordringer (NAPHA, 2010, s. 1).

3. Etikk i møte med ROP-lidelser

Helsedirektoratet skriver i sine retningslinjer for *utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser* (2012) at oppfølging og behandling av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse gir grunnlag for en rekke overveielser av etisk karakter. Respekt for brukeren og pasientens autonomi ⁵, selvbestemmelse og brukervedvirkning er vektlagt i helsetjenesten og helseelovgivningen

³ Helsehjelp: enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell (Lovdata, 2014).

⁴ Recovery er en dypt personlig, unik prosess med endring av egne holdninger, verdier, følelser, mål og ferdigheter og/eller roller. Det er en måte å leve et liv på som er tilfredsstillende, deltagende og fylt av håp, selv med de begrensninger som lidelsen forårsaker. Bedring involverer utvikling av ny mening og innsikt i eget liv (NAPHA, 2010).

⁵ Autonomi, begrep som omhandler en persons evne til å bestemme sine handlinger og grunnlaget for sine handlinger (Sagdahl, 2019).

(Helsedirektoratet, 2012, s. 34). Å vise respekt er et sentralt utgangspunkt for kontakt mellom alle mennesker – også når disse har en ROP-lidelse. Slik respekt er en forutsetning for etablering av gode relasjoner. Det er viktig å se medmennesker og ikke bare diagnoser (Helsedirektoratet, 2012, s. 34). Videre påpekes det at «helsepersonell skal sørge for at helsehjelpen ikke medfører unødvendig tidstap eller utgift». Mot slutten av min tid i praksis skulle «min» tildelte bruker ut av avdelingen. Han var da ferdig behandlet for sin rusutløste psykose, der symptomene er fremkalt av den relativt umiddelbare effekten av kjemiske substanser. Typiske symptomer er visuelle hallusinasjoner og paranoide vrangforestillinger (Helsedirektoratet, 2013, s. 137). Han var nå diagnostisert med generalisert angst, men siden han nå var psykosefri hadde ikke lenger avdelingen et behandlingstilbud for mannen. Han fortalte meg at dette gjorde ham livredd, bokstavelig talt. Redd for å falle tilbake til rusen, redd for å ikke få kommet i gang med sosialiseringen på MO-senteret, som er et mottaks- og oppfølgingscenter for mennesker som har eller har hatt utfordringer med rusavhengighet. De får her blant annet hjelp til å finne bolig, sosialt samvær med andre og ulike aktiviteter som klatring, svømming eller musikk (Bergen kommune, 2014). Han var redd for å ikke få i seg mat fordi angsten tok overhånd og hindret han i å gå til butikken blant andre mennesker. Det som var kjent og trygt for han før innleggelsen var nemlig rusen, og han visste at veien dit var kort om han nå skulle bli sendt rett hjem. Jeg likte ikke tanken på dette selv, og i ettertid har jeg reflektert over påpekningen fra helsedirektoratet angående unødvendig tidstap og utgifter, som i dette tilfellet ble etisk vanskelig for meg. For her satt jeg som student og hørte på at flere behandlere mente at han nå måtte ta tak i sitt eget liv, at han var ferdig behandlet og at han selv visste hvor han kunne oppsøke videre hjelp. Jeg på min side, som hadde daglige samtaler med han, visste og hvor inderlig redd han var, og at han fortsatt ikke opplevde seg klar for å takle hverdagen på egenhånd. Evjen, Kielland og Øiern skriver i sin bok «*Dobbelt opp*» (2018, s. 243) at etikk ikke bare handler om å lære regler eller retningslinjer, men også om å kunne bruke og stole på eget skjønn og forstå et menneske i en vanskelig situasjon. Én persons rusproblem er ikke det samme som det en annen opplever. Fordi hver situasjon er unik, er det ikke alltid nok å være tro mot etablerte regler eller retningslinjer. I en nå-situasjon må verdier kobles sammen med egen fagkunnskap og erfaring med den eller de det gjelder. Jo mer aktivt du er tilstede og jo bedre relasjonell kompetanse du har, desto bedre blir en slik avveining (Evjen et al., 2018, s.243). Og jeg forstår, spesielt nå i ettertid, at de andre behandlerne kun ville hans eget beste, selv om de sa at han skulle klare seg selv. For skulle han bli selvstendig, så var det viktig at han etterhvert kunne klare seg på egenhånd. Intensjonen min var jo god, jeg ønsket å hjelpe han mest mulig på veien videre og å forhindre

at han ble misforstått, men det som for meg kunne virke som at de «ikke skjønnte hans problem», var heller motsatt. De fleste ansatte på avdelingen har mange års erfaring med hva brukerne innen rop-lidelser faktisk trenger. Almvik og Borge (2014) skriver at mange helsearbeidere bruker mye tid til å snakke med mennesker, der de, i samtalene, ønsker i tillegg til å gi trøst og støtte, også skal bidra til læring, økt forståelse og endring i brukerens liv. Det siste er ikke alltid like lett å få til, og mange samtaler når ikke dit, for hvis pasienter ikke lærer noe, skjer ingen endring, og hjelperne blir slitne (Almvik & Borge, 2014, s.124). Jeg var en entusiastisk «nybegynner», og jeg ble aldri sliten i den forstand, men jeg kunne noen dager kjenne at jeg brukte mye energi på relasjonen. Jeg var ivrig og ny, og ønsket å gjøre en god jobb både for brukeren og avdelingen. Men i etterkant av dette, husker jeg godt veilederen min sa da hun så hvor mye tid og engasjement jeg la i arbeidet: «jeg måtte ikke bli helt oppslukt og miste mitt eget fotfeste». Hun fortalte at hun selv hadde gjort en slik tabbe da hun begynte å jobbe i psykiatrien. Hun klarte ikke å legge fra seg ansvaret og bekymringstankene som kom når det gjaldt brukeren hun hadde ansvaret for, selv på fritiden. Resultatet ble sykmelding i tre måneder på grunn av utbrenthet. Så når man hører på de med erfaring, skjønner man at det ikke alltid er best å skulle gjøre mest, eller yte mest – men det å finne en god middelvei - både for ditt eget beste, men og for brukerne. Jeg tenker at om man klarer å holde en «sunn avstand» til relasjonen blir det også lettere å se egne vurderinger underveis og kanskje også det å sette grenser. Om man kun kjører i høygir med skylapper på, er det fort å gjøre seg selv «blind» over tid. Jeg lærte at det å ta seg tid til å reflektere over eget arbeid etter endt arbeidsdag, helst sammen med de andre ansatte, gjorde meg bedre rustet til en ny dag. Hva har man gjort? og effekten av det, samt om det var noe man ikke skulle gjort? eller burde gjort annerledes?.

Vår historie endte godt, og den største grunnen var at overlegen ikke ga seg når det gjaldt å få brukeren overført til videre behandling for angsten på en annen institusjon. Jeg hadde ofte samtaler med avdelingens overlege og en psykolog, som begge var av samme oppfatning som meg om at han burde få videre behandling i en annen institusjon. Mye av grunnen til at overlegen kjempet for denne saken var fordi han, i likhet med meg, hadde sett en endring hos brukeren i løpet av den siste tiden. I starten av oppholdet var han for det meste på sitt eget rom, snakket sjelden med noen og var veldig tilbakeholden og anonym. Nå var han mer omgjengelig og pratsom, ble med på turer ut i naturen og utstrålte større livsglede. Det jeg kunne bidra med, som var nyttig i arbeidet med å få brukeren overført, var informasjonen jeg fikk da vi gikk turer ute i nærområdet. Her fortalte brukeren hva han tenkte og følte, hvilke

problemer han kjente på fra en dag til den neste, og hva han ønsket seg for fremtiden. Det var derfor viktig for meg på fellesmøter å fortelle om dette, og at jeg virkelig kunne kjenne på hans egen motivasjon for å få et bedre liv. Et liv utenfor rusen og et liv uten å være hemmet av angst. Jeg, som student, følte meg trygg på vår relasjon, samtidig som det var viktig for meg å få bekreftelse fra de profesjonelle yrkestitlene i ryggen. De hadde en bredere fagkompetanse enn meg og gjorde at jeg opplevde at jeg hadde «flere øyne og øre» som så og hørte brukeren, og jobbet i riktig retning for han. Når vi var flere som snakket sammen tverrfaglig, følte jeg meg trygg på at avgjørelsen om en videre behandling for angsten var det riktige valget. Etter et tredje avslaget på søknaden om å få overflyttet brukeren, fikk til slutt overlegen overbevist den aktuelle institusjonen om å ta imot brukeren. Det ble en gledens dag, og jeg gråt noen gledestårer på vegne av brukeren min. Dette var nå hans neste trygghet, samtidig som det ble min trygghet også – å vite at han skulle videre i systemet, få hjelp og ikke stå i alt det vanskelige helt alene. Selv om neste brikke nå var på plass, visste han at dette kom til å kreve mye. Man kan få behandling for angsten, men jobben må man selv gjøre, slik Snoek og Engedal påpeker (2009, s. 93), nemlig at terapi er å hjelpe pasienten «fra unnskyldningens språk til ansvarets språk». Det vil si å hjelpe den angstlidende fra å oppfatte seg selv som offer for en sykkelig angst til å oppfatte at angsten innebærer et viktig uttrykk for følelser og behov som det oppleves truende å møte.

4. Recovery

Recovery, på norsk kalt bedringsprosesser, ble drevet fram av kritiske stemmer og frontet av psykiatriske pasienter som på 1970- og 80-tallet flyttet ut av psykiske sykehus i de vestlige samfunnene. De argumenterte for at personer med alvorlige psykiske lidelser skal ha rett til et liv som vanlige borgere og ikke bli møtt som en «psykiatrisk pasient» (Evjen et.al, 2018, s.41). Beslektede begreper til recovery er empowerment, egenmestring, livskvalitet, velvære og resiliens (Evjen et.al., 2018, s.41). Forskeren Patricia Deegan, som Dystvold (2017) skriver om i sin masteroppgave, fikk diagnosen schizofreni som 17-åring. Hun har utdannet seg til psykolog og forsker og jobber nå ved Boston University. Hun har både egenerfaring og tung fagkompetanse. Hun trekker oppmerksomheten bort fra sykdommen, og setter fokuset på selve livet. De allmennmenneskelige behov blir trukket frem, og utfordringene med å skape seg et godt liv (Dystvold, 2017, s. 17). Hun definerer recovery slik:

«Recovery er en prosess, en måte å leve på, en holdning og en måte å møte hverdagens utfordringer på. Noen ganger er kurs uberegnelig, og

*vi snubler, glir tilbake, omgrupperer og begynner på nytt igjen. Det avgjørende er å møte utfordringer handikappet setter, og å gjenetablere en ny og verdifull følelse av integritet og formål, både innenfor og utover handikappets begrensninger; håpet om å leve, arbeide og elske i et samfunn som man kan gi sitt betydningsfulle bidrag til»
(Dystvold, 2017, s. 17).*

Recovery-orientert praksis er definert som «støttende innsats som bygger på hvert individs fortrinn, styrke og kompetanse til å mestre og gjenvinne et meningsfylt og konstruktivt liv med opplevelse av sosial tilhørighet». I denne tradisjonen skal ikke verdien av hjelpen måles i om den som har et problem eller lidelse blir frisk fra eller kvitt problemene, men om han eller hun oppnår å leve et mest mulig tilfredsstillende liv, tross begrensninger som sykdom fører med seg. Målet er ikke nødvendigvis et liv *uten* en psykisk lidelse men *med* den – men med større grad av håp, egenkraftmobilisering (empowerment), livskvalitet og velvære. På engelsk snakker man gjerne om «being in recovery» istedenfor «being recovered». Recovery handler om å jakte på ressurser i seg selv, sammen med andre som venner, familie, kollegaer eller fagpersoner (Evjen et.al, 2018, s.41-42). Akkurat dette er noe av det jeg liker aller best med recovery-prinsippet, fordi man legger vekt på at personen ikke nødvendigvis skal bli totalt friskmeldt fra sine lidelser eller sykdom, men å lære seg bedringsteknikker for å kunne leve et bedre liv på sikt (enten med eller uten sin sykdom). Noen vil kunne bli frisk fra sitt rusproblem eller psykiske lidelse, andre ikke. Tiden man bruker på tilfriskning er også individuelt. Å ha dette som innstilling tror jeg er viktig uansett lidelse, og man kan ofte trekke paralleller til sitt eget eller andres liv. Det er ikke alltid like lett å passe inn eller leve etter samfunnets krav. Ofte blir fenomenet å være «vellykket» definert som dem som har gjennomført utdanning og fått seg jobb. Man skal også helst ha kjøpt seg et hus eller leilighet, og kanskje fått partner og en familieforøkelse. Så hva med «de andre», «de mindre vellykkede» eller «snylterne» som noen vil kalle dem. For det var akkurat det brukeren jeg møtte hadde blitt kalt, «en snylter». I hvert fall var det slik han opplevde at andre så på han: for han fikk dagpenger fra NAV⁶ og hadde ikke jobb, og i tillegg mottok han legemiddelassistert rehabilitering (LAR), som er en behandling for opioidavhengighet hvor vanedannende legemidler i en bestemt dose inngår som deltiltak i et helhetlig

⁶ NAV er navnet på Arbeids- og velferdsforvaltningen. NAV er nå et egnavn og en merkevare, og vi skriver det med store bokstaver. NAV forvalter en tredjedel av statsbudsjettet gjennom ordninger som dagpenger, arbeidsavklaringspenger, sykepenger, pensjon, barnetrygd og kontantstøtte. Norge har 456 NAV-kontor i ulike kommuner og bydeler (NAV, 2013)

rehabiliteringsløp (Spilhaug, 2020). Han kunne fortelle meg om episoder hvor han noen ganger kunne sovne på bussen eller en annen offentlig plass på grunn av rusen og følte seg som en snylter, en mindreverdige, en som ikke bidrar til samfunnet, slik mange andre rusavhengige også føler at de blir oppfattet. I rapporten *Klokheter om rus* (2018) skrevet av Forandringsfabrikken og Rådet for Psykisk helse, ble det gjort en undersøkelse blant 58 ungdommer der de ønsket å spørre om hva unge som strevde med rus mente var nyttig hjelp. Hva var grunnen til at de havnet i rus? Og hvordan kan vi hjelpe unge før de havner i rus? Resultatet viser til at mange av dem har følt på at de ikke har passet inn, ikke hjemme, på skolen eller i samfunnet. Et sitat fra rapporten beskriver dette tydelig:

«Noen av oss har også kjent på at det ikke er greit å ha det vondt. Rusmiljøet ble fort et sted der vi kunne kjenne på tilhørighet, en plass det var lov å ha det vondt. Et sted der du ble akseptert selv om du var annerledes. For mange av oss har det å være i et rusmiljø handlet om å bli akseptert og ha et fellesskap og gå til».

(Forandringsfabrikken & Rådet for Psykisk helse, 2018, s. 15).

Recovery er anbefalt som en tilnærming i ROP-retningslinjen (Evjen et al. 2018, s.43), der det heter at: «Personens egne ressurser må støttes under hele behandlingsforløpet på en slik måte at livskvalitet bedres». Forskere har intervjuet norske pasienter med rus og psykisk lidelse og sett på hvilke recovery-støttende holdninger de selv synes er viktigst (Evjen et.al, 2018, s.43). Funnet fra studien utført av Biong & Soggiu (2015), antyder at recovery-orienteringen er knyttet til relasjonene og samarbeidet med teamet over tid om de områdene og med de målene som brukerne selv synes er viktige og ut fra det skape ny mening i livet. Teamet hadde ulik utdanning innen helse- og sosialfag, og de fleste hadde lang erfaring fra arbeid med personer med ROP-lidelser. Teamet hadde blant annet følgende oppgaver: kontakt med spesialisthelsetjenesten, koordinere tjenester fra interne samarbeidspartnere (NAV, hjemmesykepleie, LAR), hjelpe til med daglige gjøremål, bistå i kontakt med pårørende, opprettholde kontakt ved fengselsopphold og sykehusinnleggelse, følge opp i krisesituasjoner, minne om avtaler og jobbe med vedkommendes evne til å motta helse- og sosialtjenester. Møtet med teamet ble et vendepunkt for deltakerne, hvor teamets praksiser skapte muligheter for en ny sosial identitet og for å handle på nye måter, noe som bidro til bedring. At teamet er nysgjerrige på brukernes ressurser viste seg å være viktig for å skape allianser. Teamet synes å opptre som døråpner til andre tjenester, og empirien tyder på at enkelte ønsket at teamet kunne hatt flere fullmakter selv. Flere trakk frem at teamets støtte til å få ha de målene som

var viktige for en selv, hadde medført bedring på viktige områder, blant annet når det gjaldt rus, psykisk helse, bolig, arbeid og aktivitet. Deltakerne fortalte at de knyttet seg til temaets medarbeidere, at avtalene med teamet var viktige, og at det skulle mye til for dem å droppe avtalene. Empirien viste at flere etter hvert som hverdagslivet utviklet seg positivt for dem, ble mer og mer selvstendige og selv valgte å redusere samarbeidet med teamet (Biong & Soggiu, 2015). I «Making recovery a reality» av Geoff Sheperd, Jed Boardman og Mike Slade (2008) kan man lese om ti prinsipper som oppsummerer hva recovery er. De trekker frem blant annet at recovery handler om å skape et meningsfylt liv, slik personen selv definerer det og at man skifter fokus fra patologi, sykdom og symptomer til helse, styrke og velbefinnende. Håp er sentralt og fremmes når den enkelte opplever å ha kontroll over sitt eget liv og hvordan andre har funnet en vei videre. Recovery skjer ikke i isolasjon, men er nær knyttet til sosial inkludering. Det handler om tilgang til meningsfulle og verdsatte roller i samfunnet og at brukeren får en egen identitet som er adskilt fra sykdom. Støtte fra eventuelle pårørende og andre brukere er viktig i recovery-prosesser. Det samme gjelder personalets kvaliteter og det trekkes spesielt frem egenskaper som håp, kreativitet, omsorg medfølelse, realisme og motstandskraft (Almvik & Borge, 2014, s.118 og Shepherd, Boardman, & Slade, 2008).

5. Relasjonens betydning

Hjelpere som er åpent undrende og positivt nysgjerrige, verdsettes høyt av brukere. Det er ikke nødvendig å ha alle svarene, det er jo heller ikke mulig. Det at hjelperen framstår som et helt menneske og ikke skjuler seg bak en yrkesrolle er viktig. De ønsker gjerne å bli kjent med sine hjelpere som mennesker. Kvaliteter som empati og respekt framheves, og at hjelperen holder det han lover (Almvik og Borge, 2014, s.109). Videre skriver Almvik og Borge i boken, *Å sette farger på livet* (2014) at mange brukere snakker om relasjonen til akkurat den ene hjelperen som virkelig ble til avgjørende hjelp. Her vektlegges de personlige egenskapene, sammen med at hjelperen «holder ut» over tid. Særlig i perioder når det er liten positiv utvikling eller mange kriser, er det viktig at en hjelper kan «stå i det» og holde håpet om bedring oppe. Brukerne fremhever også hjelpere som gjorde noe ekstra, og gikk litt utover «reglementet». De opplevde seg positivt forskjellsbehandlet. Særlig det at brukeren er klar over at hjelperen strekker seg ekstra langt, gir relasjonen en verdifull dimensjon (Almvik og Borge, 2014, s.110). Når jeg og brukeren gikk turer i nærmiljøet følte jeg at jeg «ga det lille ekstra» for han. Det følte godt å kunne bidra med noe som ga oss tid alene hvor praten fløt og som han selv sa; et avbrekk fra avdelingens fire vegger. Han trengte et pusterom, og jeg tror mye av livsgleden hans og motivasjonen for å komme seg tilbake til et rusfritt liv ble

ekstra sterk når han fikk disse avbrekkene ute i det fri. Han likte godt å være nede ved sjøen og å mate duene ved den ene parken vi ofte gikk til. Vi kunne stå utstrakt med armene begge to, fulle av fuglefrø i hver hånd, og kjente på gleden av fuglenes nærvær. Jeg kjente det selv, følelsen av frihet, glede og «hverdagens små øyeblikk». Og en følelse av å faktisk hjelpe noen uten å selv tenke over det. Det ble som et vennskap, hvor man støtter og hjelper en venn til å føle seg ivaretatt og sett. Det eneste negative jeg husker at jeg kunne kjenne på med å gi en *positiv forskjellsbehandling* var om andre påpekte det. Jeg husker da en annen bruker sa til meg med et snev av misunnelse og lengtende blick: «skulle ønske jeg også fikk lov til å gå turer ute». Dessverre hadde ikke alle mulighet eller lov til å gå ut mens de var innlagt, av ulike grunner. På en måte gjorde det samvittigheten min litt lettere, fordi de rett og slett ikke hadde mulighet til å gå ut, men det som gjorde det vanskelig var å undre på om de satt igjen med ubesvarte spørsmål som «hvorfør får ikke jeg samme oppmerksomhet?» eller «fortjener ikke jeg også å bli sett på samme måte?». Det var her jeg måtte gjøre et skille på hva jeg faktisk *kunne* gjøre noe med, og det jeg *ikke* kunne gjøre noe med. For det første så var det kun «min» bruker jeg hadde ansvar for. Alle brukerne på avdelingen har faste personer de forholder seg til mens de er innlagt. Om man skulle oppleve at en bruker man selv ikke har ansvar for kommer med ønsker eller behov, så bør man være ærlig med brukeren og fortelle han eller henne at en ikke kan gjøre noe med det her og nå, men at man skal videreformidle dette til primærkontakten deres. På denne måten *ser* du individet som spør om hjelp, og selv om du ikke direkte kan hjelpe personen der og da, så videreformidler du beskjeden og har dermed bidratt allikevel. Dette tror jeg også er viktig å ta med seg i forhold til utbrenthet som jeg skrev om tidligere. Det er viktig at man bruker hverandre i teamet, både sykepleierne seg i mellom, men også på tverrfaglig basis. Det letter eget arbeid, du får andre til å dele sitt syn og brukeren får best mulig behandling av rett person. Hvilket problem eller behov brukeren formidler bør behandles av den som er fagkyndig, eksempelvis om det gjelder medisiner så må vedkommende prate med lege eller sykepleier, er det økonomiske spørsmål derimot bør det rettes til sosionomen. Tverrfaglig samarbeid er viktig, nyttig og svært lærerikt å få være en del av – og i mine øyne også avgjørende for en optimal behandling for en pasient eller bruker.

Almvik og Borge (2014) skriver videre at disse regelbruddene med (positiv) forskjellsbehandling lett kan bli sett på som noe uprofesjonelt, og blir gjerne tabubelagt i fagmiljøene. Selv om mange gjør det av og til, og brukerne sier det er viktig og positivt, snakkes det lite om det. De sier at det anbefales at det åpnes opp for å snakke mer om hvorfor det noen ganger føles helt riktig å gjøre noe som vanligvis ikke er lov. De tenker at nøkkelen

ligger nettopp i det særegne i den relasjonen der dette skjer (Almvik & Borge, 2014, s. 110). Brukeren «min» hadde også en kontakt fra LAR som både før og under behandling hadde stor betydning for han. Hun hadde også hatt «regelbrudd», eller en positiv forskjellsbehandling, som jeg heller liker å omtale det som nå. Hun ga mer enn hva som egentlig var jobben hennes. Hun hadde vært sjåføren hans utenom arbeidstid og tok telefonen om han ringte. Når man leser om det, kan man lett skjønne at dette kan få konsekvenser og gå for langt. Men hvor går egentlig grensen, og hvilke utfall kan det ha? Hun sa til meg, en gang vi møttes, at det som skremte henne mest var konsekvensene dersom hun ikke fikk gitt ham disse ekstra «godene». Hun fryktet at han da skulle havne tilbake til rus, den motsatte kjøretretningen av den han var på stø kurs mot nå. Jeg fikk selv oppleve den fine kontakten de hadde seg i mellom, og spesielt hvor mye dette betydde for han. Han sa det selv, at hadde det ikke vært for den jobben hun hadde lagt ned og støtten han hadde fått av henne, så hadde han ikke vært der han var i dag. Under perioden min i praksis fikk jeg også møtt henne opp til flere ganger, og jeg innså at vi var like på mange måter. Måten å gi av seg selv og et brennende ønske om å hjelpe, sammensveist med en god kjemi og kontakt med brukeren. Vi hadde begge lært han å kjenne, hans kvaliteter som menneske og hva han trengte i sitt liv for å nå målene sine. Han var motivert for å nå sine mål, nemlig å bli rusfri, og å leve et mest mulig normalt liv. For han var rusen det miljøet han kjente best, en trygghetsfavn. Han var redd for å havne tilbake i rus igjen, for veien dit var ikke lang om hindringene ble for store. Man kan jo spørre seg om det burde blitt mer «tillatt» å gjøre slikt arbeid innenfor psykiatrien, slik som Almvik og Borge påpeker (2014, s.110). Jeg har selv sett hvor viktig en slik relasjon og forskjellsbehandling kan få for en pasient. Om dette kan bidra til at en, to, hundre eller tusen bruker(e) kommer seg tilbake til samfunnet igjen, forhåpentligvis også i lønnet arbeid, så burde det jo helt klart snakkes mer om dette. Ringvirkningene kan bli enorme – og i positiv forstand! Om man finner løsninger som fungerer, slik som positiv forskjellsbehandling, så er det i mine øyne helt klart nyttig å videreføre det, ikke stigmatisere det som noe negativt eller noe man ikke skal snakke høyt om. Hva som blir riktig og ikke kan selvfølgelig variere, og dette fungerer sikkert ikke på «alle» eller overalt – men jeg synes man bør være åpen for slike løsninger. Jeg har prøvd, og sett effekten av det. Det hadde vært interessant og sette i gang et pilotprosjekt hvor slike tiltak fikk lov å tiltre. For så og registrere og samle inn data og sett effekten av om slike tiltak virker.

6. Mestring

Mange brukere har opplevd at deres største kriser og nederlag har blitt enda mer smertefulle på grunn av måten de ble håndtert på i hjelpeapparatet. Følelsen av å ikke mestre eller strekke til blir forsterket heller enn dempet. Faren er stor for at det oppstår krenkelser og traumer som brukeren vil slite med lenge etterpå. Hjelperen som vil støtte opp om mestring og selvstendighet hos brukerne, må benytte den tiden der brukeren ikke er i krise, til å lære mer om hans erfaringer både med kriser og med det å motta hjelp. De aller fleste brukerne vil kunne bidra med kunnskap om sine egne varselsignaler, og ikke minst om hva de har fått av god eller dårlig hjelp (Alvik og Borge, 2014, s.110). Her vil jeg også trekke frem en hendelse som omhandler «min» bruker. Han ble under oppholdet på avdelingen diagnostisert med generalisert angst. For han var det å gå på butikken eller ta del i en felles aktivitet, eksempelvis å spille fotball, utelukket. Han fortalte meg at han også kunne gå sulten og være uten mat i flere døgn, fordi angsten for å gå på butikken stoppet han. Han tok heller ikke kollektiv transport med mindre han var ruset, som igjen kunne by på andre problemer som å bli kastet av. Under oppholdet på avdelingen fikk jeg han med på å ta buss når vi hadde en avtale om å dra til eksempelvis MO-senteret, som er et sosialt tilbud for rusavhengige som ønsker endring. Hensikten var at han skulle prøve seg under trygge rammer på å ta kollektiv transport og forhåpentligvis mestre dette til slutt, i tillegg til å få sosiale stimuli sammen med likesinnede på senteret. Skulle han klare seg videre i dagliglivet etter behandling, måtte han innse at dette var noe han måtte erfare og mestre. Han måtte kjenne på angsten, frykten og uvelheten, men forhåpentligvis over tid, kjenne på mestring og selvstendighet. Mestring innebærer strategier for å beherske, tolerere og redusere ytre eller indre påkjenninger og følger av slike påkjenninger. Slike mestringsstrategier er altså personlige og kan være mer eller mindre hensiktsmessige med tanke på ivaretagelse av egen helse (Eide & Eide, 2017, s.48). Det Alvik og Borge (2014, s.110) skriver om at de fleste brukerne vil kunne gi beskjed om sine egne varselsignaler, noe jeg selv fikk oppleve med brukeren «min». Under den første bussturen vi tok, prikket han meg på ryggen et lite stykke før vi var fremme, og spurte om vi kunne gå av. Han hadde da kjent symptomer på angst, som høyere puls, svetting og uro i kroppen. Jeg respekterte selvfølgelig dette, og roste han for det han hadde prestert, istedenfor å presse han til å stå i det litt til. Disse små bussturene vi tok sammen i begynnelsen, endte til slutt med at han tok kollektiv transport på egenhånd. Å veilede pasienter og brukere i endringsprosesser og bidra til styrket motivasjon for endring blir en stadig viktigere oppgave i helsevesenet. Det kan være snakk om endring av vaner og livsstil, av helsemessige, sosiale eller andre årsaker (Eide & Eide, 2017, s.257). Å stille seg åpen,

utforskende og interessert i personens ve og vel er en god grunnholdning. Det handler om å gi fra seg makt og kontroll, stille seg i en ikke vitende posisjon og vise genuin interesse for hva som er viktig for den andre (Eide & Eide, 2017, s.259). I endringsveiledning gjelder Søren Kierkegaards kjente formulering, at hemmeligheten i all hjelpekunst ligger i å finne den andre der han er, og begynne der: «*At naar det i Sandhed skal lykkes En at føre et Menneske hen til et bestemt Sted, først og fremmest maa passe paa at finde ham der, hvor han er og begynde der. Dette er Hemmeligheden i al Hjælpekunst*» (Eide og Eide, 2017, s.258).

7. Kommunikasjon

Begrepet kommunikasjon kommer av det latinske ordet *communicare*, som betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i, ha forbindelse med (Eide & Eide, 2017, s.17). For meg handler kommunikasjon om å få frem noe man har på hjertet; snakke om følelser eller tanker man har kjent på, eller når man har behov for å spørre om noe man lurer på, og deretter få et svar. Jeg har selv opplevd god kommunikasjon, og mange ganger handler det for meg om kjemi – å føle at man kan snakke med noen uten at det er anstrengt. På samme vis har jeg erfart dårlig kommunikasjon, gjerne hvor jeg selv har slitt med å formidle noe. Man kan ofte ha en følelse som man har kjent på litt for lenge og ikke fått «luftet» ut. Det blir som en tikkende bombe som til slutt smeller og kommunikasjonen blir ofte følelsesladet istedenfor å være konkret og nøytral. Jeg har blitt flinkere med årene til å se viktigheten av å prate ut, enten det er stort eller smått – samt det å være en god lytter for den andre. Jeg husker godt det min mormor sa: «så må du aldri glemme, at det er en grunn for at vi ble født med to ører!». Her refererte hun til at det alltid er to sider av en sak, og at det er viktig å høre på hva motparten har og si. Eide & Eide (2017, s. 119) skriver om aktiv lytting som omhandler verbale⁷ og nonverbales lytteferdigheter. Å lytte aktivt er kanskje den viktigste og mest grunnleggende og komplekse ferdigheten i profesjonell, personorientert, motiverende og helsefremmende kommunikasjon (Eide & Eide, 2017, s.118). Alle disse aspektene henger nøye sammen. *Profesjonelt* er aktiv lytting sentralt for å identifisere hva man som helsepersonell kan bidra med. Å lytte aktivt er *personorientert* og *helsefremmende* ved at man anerkjenner den andre som unik og hel person, responderer på hint til bekymringer og har et åpent øre for personens helseprosjekt. Aktiv lytting er også *motiverende* ved at det bidrar til

⁷ Verbal lytting: omfavner å stille spørsmål, bruke pauser, oppmuntre, sammenfatte og speile følelser. (Eide & Eide, 2017, s.119).

⁸ Nonverbal lytting: se og tolke kroppsholdning, ansiktsuttrykk, øyekontakt, håndbevegelser, berøring og stillhet. (Eide & Eide, 2017, s.119).

tilknytning og legger grunnlag for å anerkjenne den andres selvbestemmelse og gi håp til mestring (Eide & Eide, 2017, s. 118-119). «*Det krever en god lytter for å høre hva som faktisk sies. En enda bedre for å høre hva som ikke sies, men som kommer til uttrykk i talen*». (Richard Palmer; Eide & Eide, 2017, s. 15).

Jeg kunne ofte lese på brukerens nonverbale språk at han mistrivdes i en situasjon. Typisk gjaldt dette på fellesmøter med tverrfaglig samarbeid. Selv om flere av personene var kjente mennesker for han, tok angsten over. Han prøvde så godt han kunne å skjule at han var nervøs, usikker og ubekvem. Han svettet i pannen, flakket med blikket, ristet på den ene foten og så for det meste ned i bordet. Han mislikte slike møter, fordi han var redd for at de som skulle vurdere han ikke tok han seriøst: at de andre i teamet ikke trodde på oss, når han og vi som sto nær han i behandlingen, sa at han var motivert for forandring og ville ut av rusen. Han var forutbestemt på at de kom til å forhåndsdomme ham fordi han ikke klarte å beholde roen eller snakke ut om sin sak. Det skal sies at vi som behandlere måtte jobbe med tillitten og selvfølelsen hans, og flere ganger berolige han med at alle på et hvert møte var der for hans beste og ville han kun godt. I begynnelsen var det som om han ikke ville tro på det. Mange innen rus har opplevd svik og det vil ta tid å bygge tillitt. Skepsis til fremmede og mistillit hindrer mennesker i å bygge relasjoner. Vår verste fiende i tillitsbygging er våre erfaringer med å ikke kunne stole på andre (Spurkeland, 2012, s. 39). Tillitt er bærebjelken i alle relasjoner. Den er en følelse som utvikles gjennom interpersonlige erfaringer og bygges ved repeterte tillitvekkende handlinger (Spurkeland, 2012, s.35). Avdelingen jeg var i praksis på var opptatt av å ha oppfølgingssamtaler underveis med hver enkelt bruker på hvordan de syntes behandlingen gikk og eventuelt hva de ønsket å forandre på. Mot slutten av behandlingsoppholdet ble det arrangert utvidete møter med kommunen og andre instanser som skulle gi videre støtte etter endt opphold i avdelingen. Disse store møtene mislikte «min» bruker, og han gruet seg gjerne til disse i flere dager på forhånd. Overlegen og jeg snakket med ham på forhånd. Vi informerte om hvor langt tid møtet kom til å vare og hva vi skulle snakke om. I tillegg avtalte vi at det var greit om han «følte for» å trekke seg ut av rommet om det skulle bli for intenst. Den informasjonen vi ga, trygget han og hjalp han til å roe seg ned og slappet mer av for hvert møte. Han kjente at presset forsvant. En stor glede var også tiltroen han fikk til de som møtte opp, at han nå trodde oss når vi sa de var der for han og kjempet hans sak. Han måtte bare oppleve det mange nok ganger for å tro på det. «Tillitsfasen er målet med enhver relasjon der hensikten er å skape noe sammen over tid» (Spurkeland,

2012, s.154).

8. Motivasjon for endring

God profesjonell kommunikasjon har også som formål å motivere den andre. Den stimulerer den andre til å ta tak i egen situasjon der dette er nødvendig, og den styrker den andre i å bruke egne ressurser, trene seg opp og gjennomføre endringer der dette er nødvendig for å bedre helsen (Eide & Eide, 2017, s.18). Jeg fikk selv oppleve dette hos brukeren jeg var primærkontakt for. Denne gangen skulle han personlig ta kontakt med kommunen for å undersøke muligheten til å søke om støttekontakt.. Tidligere hadde vi snakket om at det å få en støttekontakt kunne være en god idé, slik at han kom seg ut av boligen, fikk sosialisert seg og være med på aktiviteter han selv likte å bedrive. Dette var også ment som et hjelpemiddel for å kunne bryte med gamle mønstre, slik som å ruse seg eller isolere seg inne i egen bolig. Vi ønsket ikke en oppblomstring av det mørke livet som trykket han «lenger ned i jorden», vi ønsket å se han blomstre. Jeg satt meg ned og forklarte fordelene en støttekontakt kunne gi han, samtidig som han selv kom med ønsker om hvilke egenskaper og type person han ønsket seg. Grunnen til at jeg ønsket å notere ned personlige egenskaper var fordi han hadde fortalt meg om en tidligere støttekontakt hvor samarbeidet ikke fungerte. Grunnen var at kontakten hadde for mange likhetstrekk med en person fra oppveksten, som han hadde dårlige opplevelser med. Dette ønsket jeg å endre slik at han fikk en god opplevelse og derav minske faren for at han hoppet av, nok en gang. Jeg ønsket at han skulle få en tilknytning til noen som kunne hjelpe han ut av lidelsen. Ifølge selvbestemmelsesteorien har alle mennesker tre grunnleggende psykologiske behov som påvirker indre motivasjon, nemlig behovet for *selvbestemmelse*, *tilknytning* og følelse av *kompetanse* eller *mestring* (Eide & Eide, 2017, s. 19). Å møte disse behovene på en god måte gjennom kommunikasjon kan styrke pasientens og brukerens indre motivasjon for å gjennomføre sitt helseprosjekt, det være seg å ta medisiner, trene seg opp, endre livsstil, ta tiden til hjelp, forsones seg med situasjonen eller annet (Eide & Eide, 2017, s. 19). Dette er viktig på alle områder, men kanskje særlig i endringsprosesser og rehabiliteringsarbeid, der det forventes at pasienten selv forandrer vaner og trene seg opp, og der indre motivasjon er helt avgjørende for resultatet (Eide & Eide, 2017, s.20). Spørsmål om motivasjon for endring er sentralt for alle som har problemer med rusmiddelmisbruk. Ofte vil det være et område med mye ambivalens, siden rusmiddelet gir åpenbare gleder, og for noen umiddelbar reduksjon av psykiske plager (Evjen et al., 2018, s.112). Det som jeg tenker kan bli et problem for mange i en endringsprosess, på samme måte som «min» bruker kunne oppleve nå i etterkant som rusfri, er nettopp det Evjen et al. (2018, s.

112-113) skriver videre om at endringene kan innebære å gi opp et sosialt miljø uten noen garanti for at man finner tilknytning i andre miljøer. Man kan fort skjønne at en slik omveltning krever mye omstilling og om motivasjonen skulle svikte, eller man føler man ikke kommer seg videre, så er kanskje veien tilbake til rusen kort. En godt dokumentert metode for å avdekke motivasjonen og behandle brukere med rusproblem er å benytte seg av «motiverende intervju» (MI). Motiverende intervju – også kalt endringsfokuset rådgivning, er en metode for å stimulere til mer vedvarende motivasjon for endring hos rusmiddelbrukere (Evjen et al., 2018, s.130). Det er pasientens syn på sin situasjon og livsstil som er i fokus. Det handler om å utforske det han eller hun mener kan føre til forsterkning av positiv utvikling for seg selv, og hva han eller hun har gjort av tidligere endringsforsøk. Hvilke kriterier som skal gjelde og hvilke mål som skal settes når det gjelder rusproblemene, drøftes og avgjøres i samarbeid med pasienten (Evjen et al., 2018, s.131). Tom Barth, spesialist i klinisk psykologi, har lang erfaring innen rusbehandling. Han har holdt både forelesninger og kurs om motiverende intervju, og sammen med Børtveit og Prescott, fikk de i 2001 publisert den første norske grunnboken om MI – som ble kalt «Endringsfokuset Rådgivning» (Barth, 2014). Statlige helsemyndigheter har støttet utviklingen av metoden, og man kan på helsedirektoratet sine sider finne egne filmer og podcaster som omhandler MI (Helsedirektoratet).

9. Relasjon og tilknytning

Det var først ute i frisk luft vi fant den ordentlig gode tonen. Vi ble kjent med hverandre uten å måtte sitte overfor hverandre i hver vår stol. Det er ikke dermed sagt at dette ikke kan fungere godt for noen, men for min del og spesielt for brukeren, var det å få muligheten til og komme seg ut av institusjonens fire vegger det som var avgjørende for at vår relasjon ble styrket. Han uttrykte flere ganger at han elsket å være ute i naturen, det ga han en ro og velvære med seg selv. I boken *Dobbelt opp*, av Eide og Eide (2018) skriver de at en av målene med å implementere fysisk aktivitet eller trening som behandling for psykiske lidelser og rusproblemer er for å bedre mestring, funksjon og livskvalitet, men også – i et langsiktig perspektiv – redusert sykkelighet og dødelighet av livsstilssykdommer (Evjen et.al, 2018, s. 138). Jeg har jo kjent på det selv, ved å møte venninner til en gåtur, hvor mye lettere en samtale flyter fra det ene til det andre, mens man går. Man får tømt hodet for «bagasje» og fyller kroppen med endorfiner isteden. Det var altså ute i det fri han åpnet seg opp for meg, på mange måter. Han snakket om nåtiden, fremtiden og ikke minst fortiden. Brukeren fortalte blant annet om en trøblete barndom og at dette hadde bidratt til at han selv lett fant veien inn i

rusen. Jeg leste en fordypningsoppgave i videreutdanning innen rus, avhengighet og psykiske lidelser. Den handlet om «*hvordan forstå utviklingen av rusproblematikk i lys av omsorgssvikt i barndom?*» (Løvås, 2014). Oppgaven sier at personer med utrygg tilknytning har problemer med å relatere seg langvarig og dypt til andre mennesker, men møter dem med lav grad av tillit, noe som ofte leder til depresjon som igjen kan føre til enda mer tilbaketrekking fra andre. På bakgrunn av dette og i forståelsen av rusmiddelproblematikk hos personer som har vært utsatt for omsorgssvikt i barndom, kan man tenke at rusen blir en lettvinnt strategi, en god venn som ikke svikter, og man utvikler en form for tilknytning til rusen. Noen av rusens funksjoner er nettopp det å fjerne seg fra omverdenen og gi en opplevelse av ikke-eksistens (Løvås, 2014, s. 20).

«Dersom voksne ikke klarer å nå det som gjør vondt inni oss, kan rus bli siste stopp. Rusen blir en løsning for å slippe å føle. Det kan bli siste løsning etter at man i mange år har prøvd å si fra om at noe har vært veldig vondt. For mange kan rus være noe man ikke så for seg at man kunne drive med. Vi ble den vi aldri ville bli»

(Forandringsfabrikken & Rådet for Psykisk helse, 2018, s. 15).

10. Avslutning

Tiden vi er inne i nå med Corona-pandemi, tror jeg har fått oss alle til å se verdien i de menneskelige tilknytningene og verdiene vi har. Vi savner nærværet av familie og venner, en god klem, trygghet og kjærlighet. Kanskje savner man følelsen av å få bidra med noe, eller utgjøre en forskjell for noe eller noen. Mens jeg skriver avslutningsvis, tenker jeg at det er på sin plass å nevne at alle mennesker har en eller annen form for «bagasje» og en unik historie bak sitt liv. Det er viktig å sette dette i perspektiv, spesielt i «tider som disse», hvor mange føler på ensomhet. Mange har det tøft nå som Covid-19-viruset herjer, andre har kanskje en mindre vanskelig situasjon. Ingen er like og alle har vi levd ulike liv med ulike forutsetninger – og for meg er det dette som gjør livene våre så interessante og spennende. Når det gjelder relasjoner vil jeg si at man er heldig som kan få ta del i noens «bagasje». For meg er det en bekreftelse på at en person tør å vise deg alle sine sider fordi han eller hun er trygg på deg. De føler at du ser dem, tror på dem eller kan hjelpe dem på en eller annen måte. Jeg tok ikke noe av dette for gitt under min praksis, og er veldig glad for at jeg fikk lov til å kjenne på den gode følelsen dette har gitt meg i ettertid. Jeg følte meg nyttig i et arbeid som kunne være med på å hjelpe et annet menneske. Samtidig vil jeg si at mye av denne jobben var det jo brukeren selv som måtte stå for og mye av ansvaret skal derfor tilskrives han. For det var han med

generalisert angst som klarte å åpne seg for meg. Han som til slutt tok bussen på egenhånd, klarte å uttrykke sine følelser, sette nye mål for livet og fortsette kampen mot et selvstendig og godt liv. Jeg var en støttespiller i åtte uker, så skilte vi lag – men aldri om jeg kommer til å glemme han. Han fikk meg til å reflektere over eget liv, egne verdier og holdninger. Jeg fikk bekreftet hvor viktig det var å være åpen, nysgjerrig og genuint interessert i å hjelpe noen for å skape en god kontakt og en troverdig relasjon. Jeg tror vi ofte lever litt i vår egen boble og forholder oss til det livene våre beriker oss med innen vår egen sirkel. Jeg tar hvert fall meg selv i dette noen ganger. Derfor tror jeg det er viktig å løfte blikket og tenke utenfor boksen, både i jobbsammenheng, men også privat. Gjennom livet møter man mange ulike mennesker, som hver enkelt har ulike måter å uttrykke seg på og ulike måter å kommunisere på. Jeg tror det viktigste man gjør for å etablere kontakt er å ha et genuint ønske om å hjelpe, og å møte han eller henne der de er og for hvem de er. Hvilke verdier du legger på bordet, vil danne grunnlaget for relasjonen.

Kilder:

Almvik, A. & Borge, L. (2014). Å sette farger på livet: Helhetlig psykisk helsearbeid. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Barth, T. (2014). Motiverende intervju: hvorfor og hvordan benytte denne samtaleteknikken? Hentet fra:

<http://www.forebygging.no/Global/Artikkel%20Motiverende%20Intervju%20endelig.pdf>

Bergen kommune (2014). MO-senteret Wergeland. Hentet fra:

<https://www.bergen.kommune.no/omkommunen/avdelinger/mo-senteret-wergeland/10211>

Biong, S. & Soggiu, A-S. (2015). «Her tar de tingene i henda og gjør noe med det» - Om recovery-orienteringen i en kommunal ROP-tjeneste. Hentet fra: https://www-idunn-no.galanga.hvl.no/tph/2015/01/her_tar_de_tingene_i_henda_og_gjoer_noe_med_det_-_om_recov

Dystvold, K. (2017). Muligheter med ambulant oppfølging i hjemmet og nærmiljøet: Brukeres og fagfolks opplevelser av hva som hemmer eller fremmer bedringsprosessen (masteroppgave). NTNU, Trondheim. Hentet fra: <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2571474/Kari%20Dystvold,%20Masteroppgave%2002.11.%20.pdf?sequence=1>

Eide & Eide (2017). Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Evjen,R., Kielland, K.B & Øiern, T. (2018) Dobbelt opp: Om ruslidelser og psykiske lidelser (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS.

Forandringsfabrikken Kunnskapssenter (2018). Klokhhet om rus: Råd fra unge med ruserfaring. Hentet fra: <https://www.forandringsfabrikken.no/article/rapport-klokhhet-om-rus>

Helsedirektoratet. Motiverende intervju (MI). Hentet fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/motiverende-intervju-mi>

Helsedirektoratet (2012). Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser. Hentet fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20>

[/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20)

[/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20)

[/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20)

Helsedirektoratet (2013). Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. Hentet fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20>

[/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20)

[/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20)

[/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20)

Hem, E. (2013). Begrepet «pasient» har sine svakheter, men alternativene er dårligere. Hentet fra: <https://tidsskriftet.no/2013/04/fra-redaktoren/pasient-klient-bruker-eller-kunde>

NAPHA, Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (2010). Recovery. Hentet fra:

<https://www.napha.no/content/13883/Recovery>

Karlsen, J.B. (2011). Gode fagtekster: Essayskriving for nybegynnere. Oslo:

Univeristetsforlaget AS.

Løvås, M. (2014). Hvordan forstå utvikling av rusproblematikk i lys av omsorgssvikt i barndom? Hentet fra: <https://brage.inn.no/inn-xmli/bitstream/handle/11250/193860/Løvås.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Norsk helseinformatikk (2018). Symptomer og tegn på generalisert angstlidelse. Hentet fra: <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/angsttilstander/generalisert-angst-symptomer-og-tegn/>

Pasient- og brukerrettighetsloven (2001). Lov om pasient og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Shepherd, G.; Boardman, J. & Slade, M. (2008). Making recovery a reality. Hentet fra: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.688.6109&rep=rep1&type=pdf>

Spurkeland, J. (2012). Relasjonskompetanse: Resultater gjennom samhandling (2.utgave). Oslo: Universitetsforlaget AS.

Travelbee, J. (1999). Mellommenneskelige forhold i sykepleie. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.