



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGÅVE

Du trur ingen vil forstå  
You think no one will understand

Kandidatnummer: 366 / 335

Bachelorutdanning i sjukepleie

Fakultet for helse-og sosialvitskap/institutt for helse-og omsorgsvitskap

12.12.2022

Vi stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1

## Forord

«Denne er til deg  
Som strever i skjul:

Du føler deg tom  
Men er overveldet  
Du syns at tiden går sakte  
Men rekker ikke tenke  
Du har ingenting å gjøre  
Men stresser hele tiden  
Du trekker massevis av luft  
Men får nesten ikke puste  
Du irriteres av den minste lyd  
Men stillhet klør i brystet  
Du er redd for å stå alene  
Men redd for å være til bry  
Du tenker du bør si noe  
Men finner ikke ord  
Du har forsvunnet i et hull  
Men balanserer på en kant  
Du tror du er alene  
At ingen vil forstå  
Men du kan møte styrke  
Om du ber om hjelp nå»

(Dalsberget, 2022).

Samandrag

**Tittel:** Du trur ingen vil forstå

**Bakgrunn for val av tema:** I dag er talet på personar som injiserer narkotika i Noreg mellom 7200 og 10 100. Temaet er aktuelt og vi ynskjer å vise at vår utførsle av sjukepleie er ein stor del av relasjonsbygging mellom dei som misbrukar rusmiddel og sjukepleiar.

**Problemstilling:** Korleis skape ein tillitsfull relasjon til pasientar med rusmiddelavhengigheit?

**Hensikt:** Hensikt med oppgåva er å finne meir informasjon om korleis vi skal skape ein tillitsfull relasjon med rusavhengige i første møtet på rusinstitusjon. Vi vil også auke kunnskapen vår om dette.

**Metode:** Litterær oppgåve.

**Resultat:** Vi tok for oss 5 forskingsartiklar, 2 fagartiklar og ein systematisk oversiktsartikkel i oppgåva vår. Alle artiklane går inn på faktorar som er både viktig og utfordrande for å kunne skape ein tillitsfull relasjon til ein rusavhengig. Kommunikasjon, haldningar og tillit er viktig å ha fokus på i det første møtet. Den rusavhengige kan vere stigmatisert, og kan bere på ting frå fortida som skapar større utfordringar for å kunne skape ein relasjon til sjukepleiar.

**Konklusjon:** Ein kan skape gode og tillitsfulle relasjon til pasientar med rusmiddelavhengigheit. For sjukepleiar kan det by på sine utfordringar og skape tillit til eit menneske med svekka eller ingen gode relasjonshistorie. Rusavhengige kan ha opplevd stigmatiserande haldningar frå samfunnet som kan utgjere korleis utfallet blir av behandlinga. Ein må opptre profesjonelt, skape tillit i relasjonar og sjå personen med rusmiddelavhengigheit i si heilheit som eit menneske.

**Nøkkelord:** Tillit, relasjon, rusavhengigheit, sjukepleiar

Abstract

**Title:** You think no one will understand

**Background:** We wish to increase our knowledge in how to create a relationship, based on trust, in treatment of people with drug addiction. Today, the number of people who inject drugs in Norway is between 7,200 and 10,100. The topic is relevant and we wish to show that our provision of nursing care is a good part of building a relationship between those who abuse drugs and the nurses.

**Issue:** How to create a relationship based on trust with patients with a drug addiction?

**Purpose:** The purpose of the assignment are that we will find more information about how to create a trusting relationship with drug addicts, in the first meeting at a drug addiction institution.

**Method:** Literary study.

**Result:** We dealt with 5 research articles, 2 professional articles and 1 systematic review article in our assignment. They have in common that they both go into factors that are both important and challenging based on trust with an addict. Communication, attitudes and trust are important to focus on at the first meeting. The drug addict may be stigmatized, and rely on things from the past, that create greater challenges in being able initiate a relationship with nurses.

**Conclusion:** The conclusion we have reached is that you can create good relationships based on trust with people with drug problems. It may be challenging to initiate trust in a person with a background characterized by broken relationships. Drug addicts may have experienced stigmatizing attitudes from society which can affect the outcome of the treatment. You must act professionally, create relationship based on trust, and see people with drug problems in their entirety as human beings.

**Keywords:** Trust, relation, drug addict, nurse

## Innholdsliste

<b>Du trur ingen vil forstå .....</b>	<b>1</b>
1 Innleiing .....	1
1.1 Bakgrunn for val av tema .....	2
1.2 Problemstilling .....	2
1.3 Begrepsforklaring .....	2
1.4 Hensikt .....	2
1.5 Avgrensing .....	3
<b>2 Metode .....</b>	<b>3</b>
2.2 Søkestrategi .....	3
2.3 Utdvalsprosess .....	4
2.4 Kjelderkritikk og metodekritikk .....	5
<b>3.1 Teori .....</b>	<b>6</b>
3.1 Rusmiddel avhengigheit .....	6
3.1.1 Brukarmedverknad .....	7
3.1.2 Recovery .....	7
3.2 Travelbee .....	8
3.3 Kommunikasjon .....	8
3.4 Utvikling av terapeutiske relasjonar .....	9
3.5 Haldningar og stigmatisering .....	10
<b>4 Funn .....</b>	<b>11</b>
4.1 Relasjon som skapar tillit .....	11
4.2 Haldningar og stigmatisering .....	12
<b>5 Drøfting .....</b>	<b>13</b>
5.1 Betringsprosessen i første møtet .....	13
5.2 Retten til medverknad i behandling .....	15
5.3 Opplevingar av stigmatisering og haldningar .....	15
5.4 Ein tillitsfull relasjon mellom sjukepleiar og rusavhengig .....	17
<b>6 Konklusjon .....</b>	<b>20</b>
<b>7 Litteraturliste .....</b>	<b>22</b>
<b>8 Vedlegg</b>	
8.1 Søkeprosess etter forskningsartiklar	

Du trur ingen vil forstå

## 1 Innleiing

I Noreg i dag er det 17% av befolkninga som har eit risikofylt alkoholforbruk, og ca. 10 tusen personar av desse er innlagt i spesialisthelsetenesta med alkoholproblem. Mellom 7200 og 10 100 personar injiserer narkotika i Noreg. Når eit menneske får problem med rusmiddel kan det føre til blant anna familie- og relasjonsproblem. Det blir trukke fram at menneske med rusavhengigheit er ei gruppe med stort behov for samansette testar over tid (Biong & Ytrehus, 2020, s. 13). Pasient- og brukarrettighetslova legg føringar for eit tillitsforhold mellom pasient og helsepersonell. Den fremma trygghet, ivaretaking av respekt for brukaren, integritet og menneskeverd (Pasient- og brukarrettighetslova, 1999). I følgje spesialisthelsetenestelova fremmar den folkehelse, motverkar sjukdom, lidingar, skade og funksjonshemming. Lov §1-1 tek for seg eit tenestetilbod av kvalitet, likeverdigheit og godt utnytta tenesta. Det skal vere tilgjengeleg for dei som har behovet, og tilpassast pasienten sitt behov (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §1-1).

Personar som har rusmiddelavhengigheit har eit behov for å innta rusmiddelet, og har vanskar med å kontrollere bruken av det. Til tross for konsekvensar som kan vere skadeleg, opprettheld ein rusmiddelavhengig bruken av middelet. Andre forpliktelsar og aktivitetar blir vekk prioritert for inntaket av rusmiddel (Bramnes, 2022). Personar som har rusavhengigheit kan ha trong for lenger helse- og omsorgstenestar (Sælør & Bjerknes, 2018, s. 142). I institusjon er det eit team som skal ha ansvar for pasienten sine problem i eit heilheitleg perspektiv. Fleire opplev at rusavhengigheit er uheldig. Det blir viktig og setje nye mål, fortsette behandling og ikkje gi opp, til tross for at fleire vil oppleve tilbakefall (Aarre, 2009, s.216-217). Kommunikasjon kan skape eit godt grunnlag for relasjonsbygging til rusavhengig. Det er viktig å skape eit godt inntrykk ved første møtet på ruspost, sjå den rusavhengige som eit menneske og kva som er bak rusen. Den gode kommunikasjonen er fagleg fundert og personorientert. Ein ser personen med sine moglegheiter, ressursar, egne verdiar, individuelle ynskjer og prioritering når det handlar om helse og livssituasjon (Eide & Eide, 2017, s.16).

## 1.1 Bakgrunn for val av tema

I den nasjonale faglege retningslinja for avrusing under punkt 7, tar den for seg psykososial behandling. Behandlinga som blir gitt til rusavhengige bør vinklast inn mot pasientens behov og forståing av meistring, og stimulere til auka meistring. Den tverrfaglege verksemda bør bidra til forståing, meining og handtering for pasienten. Det er sentralt for å oppleve trygghet, bygge relasjonar som er positive og for å kunne lausrive seg. Kontinuitet i kontakt, skape god kommunikasjon og gi budskap på ein positiv måte er viktig (Helsedirektoratet, 2016). Vår interesse for temaet oppstod når vi var i praksis på ruspost. Vi ynskjer å fordjupe oss i temaet då det er viktig lærdom ein kan ta med seg vidare i møte med personar som har rusavhengigheit. Temaet er aktuelt og vi ynskjer å vise at vår utførsle av sjukepleie er ein stor del av relasjonsbygging mellom sjukepleiar og ein person med rusavhengigheit. I møte med pasientar frå praksisperioden vår var det mange pasientar som følte seg gløymt, nedprioritert eller ikkje høyrte av helsevesenet. I praksis observerte vi at dei tilsette som klarte å skape ein god relasjon til brukaren frå første møtet, kom tettare på pasienten en dei som ikkje greidde det.

## 1.2 Problemstilling

Korleis skape ein tillitsfull relasjon til pasientar med rusmiddelavhengigheit?

## 1.3 Begrepsforklaring

Rusavhengig: Ein person som er avhengig av rusmidlar, uavhengig kva rusmiddel type.

Pasient: Ein person med rusavhengigheit som er frivillig innlagt på institusjon for avrusing.

## 1.4 Hensikt

Hensikta med oppgåva er å svare på problemstillinga vår med teori og forskning, for å få auka kompetanse kring relasjonsbygging. Vi vil sjå nærare på korleis sjukepleiar kan skape ein tillitsfull relasjon til pasientar med rusavhengigheit på ruspost. Ein god relasjon som kjem til i det første møtet kan skape eit godt grunnlag for eit godt resultat i behandling.

## 1.5 Avgrensing

Vi har valt å fokusere på ein tillitsfull relasjon mellom sjukepleiar og rusavhengige over 18 år i oppgåva vår. Dette gjeld rusavhengige som slit med alkohol, illegale rusmidlar og vanedannande rusmidlar. Vi vil fokusere på den grunnleggande relasjonsbygginga som skjer ved det første møtet i frivillig innleggelse på ruspost. Rusavhengige kan samstundes ha psykiske lidingar. Vi nemner psykiske lidingar i oppgåva, men vi går ikkje nærare inn på dette då vi fokusera på pasientar med rusmiddelavhengigheit. Vi vel òg å ikkje gå nærare inn på diagnosar då det ikkje er sentralt i relasjonsbygging. Vi har fokusert på stigmatisering og haldningar, då rusavhengige kan møte mange fordommar og negative haldningar frå helsepersonell eller samfunnet rundt.

## 2 Metode

Oppgåva vår er ei litterær oppgåve der vi hentar data frå eksisterande fagkunnskap, teori og forskning. Svaret på problemstillinga vår avhenger av kva slags kunnskap, teori og forskning vi finner (Dalland, 2019, s.207). Ei litterær oppgåve gir oss moglegheit til å tileigne oss ny, oppdatert kunnskap til temaet vi har valt. Det hjelp oss å finne forskning knytt til problemstillinga vår.

«En metode er en framgangsmåte, et middel til å løse problem og komme frem til ny kunnskap. Et hva som helst middel som tener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland, 2019, s.51). Når vi vel ein bestemt metode, meina vi at denne metoden eignar seg best til å belyse problemstillinga vår på ein bestemt måte (Dalland, 2019, s. 51). Kriteria våre til artiklar som er utvalt er fagleg relevans og informasjon som knyter seg til problemstillinga vår.

### 2.2 Søkestrategi

Vi nytta databasane MeSH, Google scholar, SveMED+, Oria, Academic search elite og helsebiblioteket. Vi har nytta relevant pensum og sjølvvalt litteratur frå forskning for å besvare problemstillinga. Vi starta søkestrategien med kriteria om at artiklane ikkje skulle vere meir enn 10 år gamle. Vi har utført eit litteratursøk som er bygd på planlegging, begrunning,



dokumentering og at det er etterprøvbart. Vi nytta PICO som rammeverk og det har skapt meir strukturerte søk i databasane vi har nytta (Thidemann, 2019, s.82). PICO- skjemaet gav oss gode søkeord til problemstillinga.

Ein får meir struktur og effektivitet i søkestrategien og moglegheitene aukar for relevant treff. Vi nytta kombinasjonsord i litteratursøket vår for eit fullverdig søk. Vi brukte dei vanlegaste kombinasjonsorda AND, OR og NOT (Thidemann, 2019, s.87).

Undervegs har vi endra problemstillinga, men søkeorda har vore lik under heile prosessen. I søkeprosessen oppdaga vi databasa MeSH. MeSH hadde fleire alternativ til nettside, søkeord og lenkjer. Gjennom MeSH tok vi i bruk SveMed+, der var engelsk og norske ord. I søk med "rusmiddelrelatert forstyrrelse" i MeSH kom det opp synonym med norske og engelske ord. I SveMed+ kom det artiklar på søkeorda "drug user" og "alcoholism". Dei alternative synonyma var "Narkotika misbruk", "rusmiddelavhengigheit" og "stoff misbruk". Oss nytta orda i søkingane og fekk eit utvida val av søkeord. Følgjande søkeord vart nytta "building trust", "addiction", "trust", "substance use disorder", "substance use", "opioid use", "stigma and addiction" og "recovery". Orda rusmisbruk, trust and drug addict, addiction, nurse and patient gjekk igjen fleire gongar i søkeprosessen. Helsebiblioteket blei brukt for å vise til definisjonar i oppgåva.

### 2.3 Utvalsprosess

I utvalsprosessen av forskingsartiklar, blei det først søkt på det aktuelle søkeordet eller setninga vi ynskja å bruke. Vi opplevde at via Oria, MeSH og SveMed+ var det enklast få resultat med presise søkeord. Gjennom google scholar og academic search elite hadde vi større val i søkeord og heile setningar. I google scholar kunne vi søke fleire gongar ved bruk av setningar og ved academic search elite følgte vi pico skjemaet for å ha struktur i søket. Her fokuserte vi på søkeorda: "drug AND addiction", "building trust OR communication" og "person center care not relatives OR families" då vår problemstilling har fokus på relasjonsbygging til rusavhengig.

Vi valte ut dei forskingsartiklane som passa med tittel, så leste vi over innhaldet i artikkelen og vi såg igjen IMRaD-prinsippet i forskingsartikkelen. Vi valte først dei artiklane som fanga interessa vår med passande tittel og samandrag for vår problemstilling. I søket etter

forskingsartiklane las vi fleire artiklar som ikkje var relevante til temaet, problemstillinga eller drøftingsdelen vår. Artiklane er ikkje nemnt eller vist til då dei raskt blei raskt lagt vekk og fokuset var å finne passande artiklar. Søkestrategi til artiklar visast til i vedlegg 1.

#### 2.4 Kjeldekritikk og metodekritikk

Kjeldekritikk vil seie at ein både vurderer og karakteriserer den litteraturen som er blitt funne (Dalland, 2019, s.152). Kjeldekritikk har to sider ved seg. Den eine omhandlar å finne fram til den litteraturen som best belyser problemstillinga vi har valt, som blir kalla kjeldesøking eller litteratursøking. Den andre sida gjere rede for den litteraturen vi har anvendt i oppgåva. Truverdigheita og faglegheita til oppgåva er avhengig av at kjeldegrunnlaget er godt grunnlagt og beskrive (Dalland, 2019, s.152).

Forskingsartiklane vi har valt å ta i bruk er kvalitative og kvantitative. For å vite at vi har funne rett vitenskaplege artiklar har vi brukt IMRaD-modellen. IMRaD blir brukt for oppbygging av forskingsartiklar. Introduksjon, metode, resultat og diskusjon er forkortingane og prinsippet i IMRaD strukturen (Dalland, 2019, s.163). Når vi skal bruke forskingsartiklar i oppgåva brukar vi kjelder som støttar problemstillinga vår og er av god kvalitet. Det er sjekka at artiklane vi har tatt i bruk er fagfelleverdert, som betyr at det er fleire faglege kvalifiserte personar som har lest gjennom og kvalitetssikra forskingsartikkelen.

Det var utfordrande å finne artiklar som spissa seg mot vår problemstilling, då vi ser at det finst mykje forskning på rusmiddelavhengigheit som ikkje omhandlar vårt tema. Derfor er det mogleg at vi har mista eller oversett artiklar som kunne vore relevant. Sjølv om det kan vere tilfelle, meina vi at artiklane vi har valt til å besvare problemstillinga er kvalitetssikra, fagfelleverdert og eigna til vår litterære oppgåve. Vi ynskjer å bruke oppdatert informasjon til den litterære oppgåva.

For å oppnå eit større internasjonalt søk har vi tatt i bruk engelske søke ord for å finne artiklar. Engelske artiklar er brukt grunna det kan vere vanskelegare å finne nok forskning til problemstillinga berre med norske artiklar, og for å innhente naudsynt og ynskja informasjon. I dei engelske artiklane kan det vere krevjande i oversettelsen, derfor er det mogleg at nokon

ord er oversett feil eller misforstått av oss undervegs. For å vurdere om forskingsartiklane vi har brukt er truverdige og pålitelege, har vi sett korleis datasamlinga blei satt saman. Vi har også sett korleis refleksjonen i forskingsartikkelen er og korleis data er tolka av forskaren. I søk etter forskingsartiklar ser vi om forskaren har tatt i bruk gode, etiske vurderingar gjennom heile forskingsprosessen (Nortvedt et al., 2012, s.78).

### 3.1 Teori

I teoripunktet har vi valt å fokusere på rusmiddelavhengigheit, relasjonsarbeid, Travelbee's perspektiv på sjukepleie og mellommenneskeleg kommunikasjon. Rusmiddelavhengigheit er med for å gi lesaren eit innblikk i kva det er, deretter har vi tatt for oss haldningar i møte med rusavhengige då haldningar og stigmatisering kan påverke relasjonsarbeidet.

#### 3.1 Rusmiddel avhengigheit

Begrepa "rusmiddelproblem" og "rusliding" uavhengig av diagnostisering blir hovudsakleg brukt når det er behov for behandling av ei avhengigheit (Lien & Stensrud, 2020 , s.178). Lien og Stensrud (2020, s.179) forklarar at mange startar opp med rusmiddel grunna eit ynskje om å dempe angstrelaterte symptom eller psykisk lidning. Dei nasjonal faglege retningslinjene viser at det kan vere ein samanheng mellom primær rusliding og sekundære psykiske problem, eller omvendt for å kunne utvikle psykiske problem. Det kan vere andre faktorar som blant anna traume som utløysar rusmisbruk eller lidningar. Samanhengen mellom rusmiddelavhengigheit og psykiske lidningar heng meir saman, og ein tenkjer at det kan vere miljø eller arveleg faktor som påverkar. Desse påverknadane kan ha ei betydning for å oppretthalde eller utvikle psykiske lidningar (Lien & Stensrud, 2020 , s.179).

Eit mønster av rusmiddelmisbruk som viser at ein er avhengig, er når det går meir tid og krefter til å skaffe seg rusmiddel slik andre daglege gjeremål blir lagt vekk. Symptom på avhengigheit av rusmiddel har samanheng med ein sterk trong til rus. Ein blir likegyldig ovanfor andre personar, interesser og gleder i kvardagen. Det oppstår vanskar med å kontrollere rusmiddelbruken med omsyn til tid og mengde. Den som brukar stoffet får trong til å stadig ha kjensla av verknaden til middelet og avhengigheita blir fysiologiske reaksjonar. Ein fysisk reaksjon som abstinens oppstår når kroppen kjenner på at rusmiddelinntaket har

stoppa. Angst, rastlausheit og uro er nokre av symptoma som oppstår (Aarre et al., 2009, s.203). Problematiske sider ved rusmiddel er fysisk og psykisk skade, avhengigheit og normbrot med ulike konsekvensar. Forståinga, fastlåst bruk og oppleving av bruken tek overtaket til tross for negative konsekvensar (Aarre et al., 2009, s.30).

### 3.1.1 Brukarmedverknad

Brukarmedverknad er det berande prinsippet i organiseringa av psykisk helsevern, og er ein sentral verdi i det psykiske helsefeltet. Brukarmedverknad blir omtalt når ein set brukaren sitt behov i sentrum når ein nyttar offentlege tenestar. I den humanetiske tradisjonen er psykisk helsearbeid og brukarmedverknad samanfletta (Bank et al., 2020, s.448). For eit humanetisk menneskesyn er det eit viktig prinsipp at mennesket er autonomt og fritt, og at det skal bli møtt som eit heilt menneske. Dette kjem til liv i relasjonen mellom den som søker hjelp og støtte, og fagpersonane som skal hjelpe innan psykisk helsearbeid (Bank et al., 2020, s.448).

Brukarmedverknad er lovfesta i spesialisthelsetenesta i helseforetakslova §35. Det blir krevd frå lovverket at helsepersonell i psykisk helsevern skal alltid tilstrebe og handle etter ståstaden og ynskje til brukaren (Bank et al, 2018, s. 449). Brukaren skal kunne medverke beslutningar som angår dei sjølv. I følge pasient- og brukarrettigheitslova står det skrive i §3-1 at pasientar har rett til medverknad (Pasient- og brukarrettigheitslova, 1999). Det blir presisert i lova at brukarar har rett til naudsynt informasjon som er tilstrekkeleg for å ivareta deira rettigheter (Pasient- og brukarrettighetsloven, 1999). Det er ei plikt at fagpersonar ikkje berre skal sjå brukaren med sine egne utfordringar og begrensingar, men at dei skal sjå brukaren i eigen livssituasjon med ressursar og moglegheiter (Bank et al., 2020, s. 449).

### 3.1.2 Recovery

Recovery stammar frå det engelske ordet recover. Dette kan ein tolke som både å vinne tilbake noko, å kome seg, eller kome seg over noko. Gjenvinning eller tilfriskning (Hummelvoll, 2014, s. 57). Begrepet kan definerast på mange måtar. Ein kan sjå på det som ein prosess ein skal igjennom, ei innstilling ein har, eit veileiande prinsipp eller ein visjon ein har om noko (Hummelvoll, 2014, s. 56). I rusbehandling blir recovery brukt til å kunne få meir sjølvhjelp og ei støtte som er gjensidig blant dei som er i same situasjon. Det er personen sjølv som må søkje seg til betring, og profesjonelle kan vidare gi nyttig hjelp

(Hummelvoll, 2014, s. 59). Omgivelsar rundt personen kan hjelpe med å vise støtte og hjelp, som er viktig for at betring skal kunne førekome (Hummelvoll, 2014, s. 56).

Fokuset i recovery er å støtte menneske i same situasjon til myndiggjering, sjølvhjelp og gjensidig støtte. Det har stor betydning for betringa å yte god omsorg frå alle instansar, som er ein viktig verdi i hjelpearbeidet. Omsorga er knytt til relasjon mellom helsepersonell og pasient. Alt frå meistring i kvardagen, respekt, fellesskap, håp og friheit kan vere mål i betringsprosessen. Det kan hjelpe pasienten godt på veg ved å ha gode mål å sjå fram til. Som å kunne skaffe seg ein bustad, ha arbeid og få ei inntekt (Hummelvoll, 2014, s. 62-63).

### 3.2 Travelbee

Menneske-til-menneske-forholdet etablerast gjennom god kommunikasjon og beskrivast som: "eit av sjukepleiaranes viktigaste reiskap når det gjeld å etablere eit verkeleg menneske-til-menneske-forhold til pasienten" (Kristoffersen, 2015, s.220). Travelbee beskriv menneske-til-menneske forhold som følgjande: Det innleiande møtet handlar om å bli kjent som mennesket utanfor sine roller. Framvekst av identitet viser korleis pasienten er som person og at alle og ein kvar er unike og ulike. Vi skaper eit kontaktforhold som vil gi oss moglegheit til å sjå personen frå fleire vinklar. Pasienten får samstundes innsikt i at sjukepleiaren er ein særeigen person som har mange roller i tillegg til å vere sjukepleiar. Empati og sympati er ein viktig del av forholdet mellom sjukepleiar og pasient (Kristoffersen, 2015, s.220).

I alle punkta i menneske-til-menneske-forholdet til Travelbee blir det utvikla ei gjensidig forståing og kontakt (Kristoffersen, 2015, s.221). Når det oppstår empati til kvarandre vil ein skape meir kontakt og nærheit i relasjonen. Vi vil då kunne forstå den psykiske tilstanden som er i eit augeblink (Kristoffersen, 2015, s.220) . Sympati blir til av følelsen knytt til ein empatisk prosess. Ved hjelp av sympati klare vi å formidle at vi forstår, bryr oss og ser fortvilning (Kristoffersen, 2015, s.221).

### 3.3 Kommunikasjon

Kommunikasjon handlar om å utveksle signal, verbale og nonverbale teikn. Ved bruk av kroppsspråk, ordval, stemmebruk, ansiktsuttrykk og språk kan ein forstå betydningar og oppfatte kommunikasjon mellom menneske. Personorientert kommunikasjon handlar om å

anerkjenne den andre personen som unik og vise merksamheit og respekt. Ein forhold seg opent til personen og viser at ein blir høyrte, forstått og lytta til. Det viktige med kommunikasjonsmetoden er at ein er fullstendig til stades i samtalen, lyttar aktivt til pasienten og ikkje berre gjennom orda som blir sagt. Det handlar om å kunne oppfatte orda og kroppsspråket til pasienten (Eide & Eide, 2017, s.17).

I møte med ein rusavhengig kan eit negativt ansiktsuttrykk eller ei heva stemme tolkast som irritasjon (Wu & Baker, 2022). Det er viktig å hugse at ansiktsuttrykk og ikkje-verbale handlingar blir tolka av den andre parten. Sjukepleiar skal stille seg nøytral til pasientens utagerande følelsar og ein skal prøve og forstå bakgrunnen for desse. I møte med rusmiddelavhengige bør sjukepleiaren gjenkjenne og anerkjenne pasientens følelsar, stille spørsmål, vurdere og reflektere rundt forståinga til pasienten. Ein må skape rom slik pasienten har moglegheit til å løyse misforståingar, gjer seg forstått og stille spørsmål (Wu & Baker, 2022). Det å utforske forholdet mellom ein sjølv og pasient er viktig i prosessar med å etablere kontakt, skape motivasjon til endringar, refleksjonar og for å styrke arbeidsrelasjonen. Prosessen og resultatet av behandlinga kan påverkast av forholdet mellom sjukepleiar og pasienten (Helgesen, 2011, s.213).

### 3.4 Utvikling av terapeutiske relasjonar

Grunnsteinen i relasjonar er tillit og allianse. Tillit er nøkkelen i det terapeutiske arbeidet og tillit handlar om å stole på at ein får hjelp. Vi som sjukepleiar må gjer oss fortent til tillit. Allianse er bygd på tillit og ei følelsesmessig tilknytning mellom partane. Allianse er viktig i utviklinga av arbeidet pasienten ynskjer å oppnå (Gonzalez, 2020, s.60). Det å utforske forholdet mellom ein sjølv og pasient er viktig i prosessar med å etablere kontakt, skape motivasjon til endringar, refleksjonar og for å styrke arbeidsrelasjonen. Prosessen og resultatet av behandlinga kan påverkast av forholdet mellom sjukepleiar og pasient (Helgesen, 2011, s.213).

Utforsking av relasjonar og forventingar mellom sjukepleiar og pasient viser til tryggleik. Det å kunne utforske inneber at ein klarer å vise tillit til hjelparen. Når ein klarer å utforske, dele forventingar, bygge tillit og skape relasjonar viser ein openheit (Helgesen, 2011, s.213). Ei utvikling av ein terapeutisk relasjon går i fasar. I ein berande terapeutisk relasjon må

sjukepleiaren ta imot følelsar som kan oppstå i samarbeidet. Sjukepleiaren må "bere" følelsane og tole utfordringar (Gonzalez, 2020, s.58). Det er viktig for pasienten å ikkje oppleve relasjonsbrotet som eit svik, men å avslutte det takksamt og med innsikt. Pasienten kan då ta med seg ei god relasjonshistorie vidare. Ei relasjonshistorie med blant anna skuffelsar og svik kan føre til utfordringar med å skape tilknytning, vere fortruleg til andre, ha relasjonar over ei lengre tid og etablere tillit (Lien & Stensrud, 2020, s.179). I første møtet skal pasienten møtast med anerkjenning, openheit, respekt, varme og håp (Gonzalez, 2020, s.59).

I utviklinga av relasjon til helsepersonellet kan det kome ubevisste og bevisste følelsar til overflata, personlege følelsar, forventingar og lengslar. Ein viktig del av ein relasjon er å ha forventingar. Forventingar vil alltid oppstå i relasjonar mellom helsepersonell og pasientar (Helgesen, 2011, s.214). Samspel mellom sjukepleiar og pasient er viktig. Den menneskelege varmen og omtanken står sentralt. Sjukepleiaren si omsorg er basert på forståinga vi har til andre sin situasjon, knytt opp mot vår empati (Kristoffersen og Nordtvedt, 2011, s.87).

Ein sjukepleiar skal opptre profesjonelt og kan ikkje velje sine pasientar (Kristoffersen & Nordtvedt, 2011, s.85). I relasjonsmøtet med rusavhengige er den terapeutiske allianse vist seg å vere effektiv i behandling. Det trygge, ekte, medfølande forholdet som samarbeida mot eit mål er terapeutisk. Det handlar om å vise tydelege terapeutiske evner til pasienten, vere fleksibel, samarbeide, vere påliteleg, vise til empati, engasjement og ha tydeleg kommunikasjon. Den terapeutiske relasjonen kan ver eit sentralt punkt i behandling når det kjem til endring. Rusavhengige som har utfordringar med tidlegare relasjonar og misbrukshistorie, kan opplevast som dårlege på kjensle reguleringar og ha vanskar med mistillit. Dette gir utfordringar til å skape ein god relasjon (Wolfe et al., 2013).

### 3.5 Haldningar og stigmatisering

I møte med pasient og helsepersonell er respekt eit kjerneord. Det kan vere eit sårbart møte for mange. Ein ber på forskjellig kvar for seg, blant anna usikkerheit og tidlegare erfaringar. Pasienten kan føle på skam, og følelsane kan kome til kjenne på forskjellige måtar (Christiansen, 2020, s. 161). Personar kan føle på ei barriere for å søke hjelp for rusliding eller psykisk sjukdom (Kvam, 2021). Det kan kjennast som ei utilstrekkelegheit å måtte søke

hjelp for psykiske problem. Mange kan kome til behandling med redusert sjølvaktelse, ein skjør og uklar sjølvfølelse (Hummelvoll, 2014, s. 141). Opplevinga av stigmatisering, kommentarar frå andre og tankar om seg sjølv kan føle til dårleg sjølvtilitt og sjølvbilete, vidare kan dette skape forverring av symptom (Kvam, 2021).

Problem knytt til sjølvbilete har ein tendens til å forsterke seg sjølv og ein blir vikla inn i ein ond sirkel av skuld. Ein får samstundes manglande sjølvrespekt og angst som skaper ein problemvarande ringverking hos personen det gjeld. Sjukepleiar må hjelpe pasienten å skape større sjølvforståelse med eit realistisk syn på kva moglegheiter ein har for å verkeleggjere livsmål (Christiansen, 2020, s. 162). Motivasjon til pasientar påverkast av kvaliteten i miljøet. Atmosfæra i avdelinga blir farga mellom tonen av pasientar og helsepersonell (Hummelvoll, 2014, s.477).

Helsepersonell må reflektere over eige menneskesyn, haldningar og korleis desse kjem til uttrykk i møte med pasientar (Christiansen, 2020, s. 162). Å vere profesjonell sjåast på som objektiv og nøytral i haldning (Hummelvoll, 2014, s. 477). Haldning til helsepersonell har stor betydning for korleis pasienten respondera på tilnærming (Christiansen, 2020, s. 162). Stigma kan ha ei nøkkelrolle i gjentaking av misbruk med rusmiddel. Det skapast ein ord sirkel, og haldningar til helsepersonell kan danne stigma. Haldningane pasienten med rusavhengigheit har, kan kome i form av at ein har behov for meir rusmiddel, har abstinensar eller at ein endrar veremåte (Volkow, 2020). Rusmisbrukaren kan oppleve avvising i sosiale settingar, som kan opplevast som stigmatiserande og som ei straff. Helsepersonell med lite kunnskap om rusforstyrning kan oppleve vanskar i samhandling med rusmisbrukaren, og kan oppleve rusmisbrukaren som truande. Stigma og avvisingar i helsevesenet kan føre til meir misbruk og forverra sjukdom (Volkow, 2020).

## 4 Funn

### 4.1 Relasjon som skapar tillit

I følgje Topor et al. (2018) var konklusjonen av studiet at recovery er ei individuell reise, og sentralt på denne reisa var det nyttig med sosiale nettverk med ulike ressursar og grunnleggande levekår, som bustad og pengar. Personar som manglar slike ressursar såg ut til



å mangle erfaring med tillit frå notid og fortid. Dei som mangla desse ressursane skapte dette saman med fagfolk med erfaringar og gjensidig tillit. Ein viktig del i prosessen var at dette kunne føre til ein positiv følelse av seg sjølv. Det kjem fram i artikkelen til Lago et al. (2017) at kritiske tilnærminga hjalp ein til å forstå korleis tillitsetikken er relatert for brukarar og pårørande i offentleg psykisk helsevern. Korleis brukarar oppfatta å oppretthalde seg i behandlinga, og å utvikle eit betre forhold til rusmidlar og tillit. Konklusjonen av fagartiklen til Brekke et al. (2018) er at den gir ei auka forståing av korleis individ med lidelse kan oppleve relasjonar med profesjonelle helsepersonell. Resultata i studien tydar på at for å kunne hjelpe rusavhengige på institusjon, er det grunnleggande å byggje tillit mellom helsepersonell og pasient. Artikkelen til Edgman-Levitan og Schoenbaum (2021) tar for seg korleis pasientsentrert behandling forventar at helsepersonell og organisasjonar skal sjå kva pasienten set pris på. I artikkelen kjem det fram at å samarbeide med pasientar og deira sine pårørande i pasientsentrert omsorg er det som betyr noko, og at det kjem til å sikre at helsepersonell leverer den omsorgen alle ynskjar og fortentar. Fokuset i artikkelen er på metodane som blir brukt i forståing, endringa undervegs og behandling av pasienten som eit fullverdig menneske (Edgman-Levitan & Schoenbaum, 2021).

#### 4.2 Haldningar og stigmatisering

Ifølgje fagartiklen til Johansson og Wiklund-Gustin (2016) kjem det fram at å reflektere kategoriane i forhold til kvarandre avslørte ein felles meiningsråd. Det blir beskrive som eit felles tema “den mangefasetterte årvåkenhet”, sjukepleiarens opplevelse av omsorgsmøter med pasientar som lid av ruslidelse. Denne årvåkenheita kan opplevast som ein indre kamp med sine eigne reaksjonar, og kan også rettast mot pasientar og kollegaer. Det blir erkjent at denne årvåkenheita er utfordrande, og nokon gongar også plagsom for sjukepleiarane. Å vere på vakt kan vere ein styrke som gjer sjukepleiarar i stand til å ivareta omsorgsverdiar, og bruke myndigheita si til å fremme pasientane si helse og lindre lidinga. I resultatet av studiet til Boekel et al. (2013) kjem det fram at det som reduserte pasientane si oppleving av myndiggjering og påfølgjande behandlingresultat, var dei helsepersonell som hadde negative haldingar til ruspasientar. Dei helsepersonell som hadde dårlege haldningar, var mindre involvert i behandlinga til pasienten. Vidare førte dette til at det vart mindre personleg engasjement og redusert empati. Det kjem fram i studien at det er vanleg at helsepersonell har negative haldningar til pasientar med ruslidingar, sjølv om det midlertideg er få studie som

har evaluert konsekvensane av dette. Negative og stigmatiserande haldningar kunne føre til dårleg kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell, som vidare kunne redusere behandlinga. Det kan også påverke helsetenesta negativt, og resultere i avbrot under tilbakefall.

I artikkelen til Robinson (2017) kjem det fram at fleire institusjonar har forplikta seg til pasientsentrert omsorg og vise interesse for det stigmaet som finst. Derfor bør stigmatiserande tema som omfatta personar med rusmiddelproblem bli eit tema som er viktigare for institusjon og leverandørar. Fokuset i studien er korleis ein i offentlege og profesjonelle miljø kan endre terminologien. Dette er ein fagartikkel som tar for seg korleis ein pratar om personar med for eksempel rusmiddelproblem. Den tar for seg korleis vi bruker terminologiar til å påverke stigmatisering og negative haldningar ovanfor personar som har problem med ordvala vår. Resultata i studien til Goodyear et al. (2018) indikerte at det generelt var høgare stigmatiserande haldningar til ein mann, ein person merka som ein «narkoman» og ein person som tok reseptbelagte opioider frå ein ven. Interaksjonseffekter viste også at ei kvinne merka med ei opioidforstyrning har høgare stigma. I studien blir det funne ut at det som kan påverke pasientbehandlinga og bety noko når ein vurderar stigma og opioide bruk, kan vere utløysande hendelsar, haldningar, informasjon om kjønn og språk.

## 5 Drøfting

I denne delen vil vi drøfte forskning og teori opp mot problemstillinga vår “Korleis skape ein tillitsfull relasjon til pasientar med rusmiddelavhengigheit?” Vi vil også ta med egne erfaringar knytt opp mot temaet vi har valt oss.

### 5.1 Betringsprosessen i første møtet

I rusbehandling brukast recovery til å hjelpe pasientar i situasjonane dei står i og vise ei støtte blant andre som opplev det same (Hummelvoll, 2014, s. 59). Recovery kan beskrivast som noko ein vinn tilbake, kjem seg over, ei gjenvinning eller tilfriskning (Hummelvoll, 2014, s. 57). Det er viktig å sjå forbi sårbarheita til pasienten som kan oppstå i behandling og finne balanse mellom forståing og frustrasjon. I rolla som sjukepleiar må ein hjelpe pasientar i møte med fortvilning, skam og trong (Johansson & Wiklund-Gustin, 2016). Ein må ha

forståing for kvifor pasientar brukte rusmiddel, for rusmiddelet er ikkje hovudproblemet, men problemløysaren for misbrukaren (Johansson & Wiklund-Gustin, 2016). Viktigheita i helsehjelp er å kunne ta imot innspel frå egne pasientar og lytte til erfaringane som pasientane sit igjen med (Egdman-Levitan & Schoenbaum, 2021).

Lidinga og det som er bak rusmiddelbruken er viktig for sjukepleiar å ta del i (Johansson & Wiklund-Gustin, 2016). Vi erfarte at mange nytta rus for å kunne dempe symptom på psykiske problem, ubehandla diagnosar eller som sjølvmedisinering for smerter. Når ein person ynskjer å starte "recovery", må personen ta initiativ til å søke betring. Ein profesjonell hjelpar kan gi pasienten nyttig hjelp. Nye omgiversar rundt kan skape støtte og hjelp for at pasienten skal oppnå betring (Hummelvoll, 2014, s. 56).

Lago et al. (2017) har tatt for seg perspektivet til McLeod og Shewrin knytt til sjølvtilitt. Dei fremmar at den ytre prosessen der menneske hindrast til moglegheiter eller friheit fører til dårleg sjølvtilitt. Autonomi vil mangle, og avgjerslar, beslutningar og tilitt til eiga dømmekraft blir vekk teken. Pasienten tek ikkje lenger gode beslutningar knytt til egne verdiar, ynskjer og tru (Lago et al., 2017). Det blir då betydningsfullt for betringsprosessen å gi god omsorg til pasienten. I slike situasjonar kan omsorg skape ei endring i behandlinga. Omsorg handlar om alt frå meistring i eigen kvardag, håp, fellekap, respekt og friheit som mål (Hummelvoll, 2014, s. 62-63). Pasienten avgjer om kvaliteten på omsorga er god nok, sjølv om hjelparen føler ein har gitt god omsorg. Skal omsorga opplevast som god må pasienten hugse pleia som er gitt av hjelparen. Om pasienten ikkje hugsar, vil kvaliteten av omsorga opplevast som dårlegare (Egdman-Levitan & Schoenbaum, 2021). I vår praksis erfarte vi at dei fleste var motiverte for å oppnå ei endring.

Ein faktor som kan spele inn på haldningane til fagpersonalet, er arbeidsmiljøet. Ein skal opprinnleg støtte kvarandre og oppleve myndiggjering blant helsepersonellet (Boekel et al., 2013). I praksis observerte vi at personalet støtta kvarandre, skapte godt humør og laga god atmosfære for pasientane i institusjonen. Alle ansatte gjennomførte arbeidsoppgåver på ein god og strukturert måte. Der var gode rutinar og struktur med verdigheit for pasientane. Kvalitetane i miljøet er med på å motivere pasientane. Atmosfæra som er på avdeling eller institusjon, blir farga av tonen mellom personale og pasientar (Hummelvoll, 2012, s. 467).

## 5.2 Retten til medverknad i behandling

Brukarmedverknad står sentralt i det psykiske helsefeletet og skapar eit berande prinsipp i organiseringa av helsevern (Bank et al., 2020, s.448). Viktigheita i helsehjelp er å kunne ta imot innspel frå eigne pasientar og lytte til erfaringane som pasientane sit igjen med (Egdman-Levitan & Schoenbaum, 2021). Brukarmedverknad er eit begrep som viser til pasienten sine rettar til medverknad i eiga behandling og det som omhandlar ein sjølv (Bank et al., 2020, s.448). Frå eigen praksis lærte vi at pasienten har rett til informasjon, innblikk, medbestemmelse og ta avgjerslar om det som angår ein sjølv. I offentlege tenestar skal behovet til brukaren stå i sentrum (Pasient- og brukarrettighetslova, 1999). Helseorganisasjonar må forstå det pasienten verdsett, og sjå pasientane som fullverdige (Egdeman-Levitan & Schoenbaum, 2021). Torpor et al. (2018) styrkar Egdeman-Levitan og Schoenbaum (2021) si forskning i viktigheita av å bli sett som eit heilt menneske.

Innan det humanetiske menneskesynet skal mennesket vere autonomt og fritt, og ein skal møte personen som eit heilt menneske (Bank et al., 2020, s.448). Bank et al. (2020, s.449) støttar Egdman-Levitan og Schoenbaum i å fremme fagpersonane til å sjå pasienten sin livssituasjonen med ressursar og dei moglegheitene pasienten har, og ikkje fokusere på begrensingar og utfordringar (Bank et al., 2020, s. 449) Ein ynskja å unngå standardisert omsorg og nytte autonomi frå fagpersonar for å oppnå det beste for pasienten (Torpor et al., 2018). I pasient- og brukarrettighetslova presiserast det at pasienten har rett til informasjon og ivareta eigne rettigheter (Pasient- og brukarrettighetsloven, 1999). Topor et al. (2018) viser til viktigheita av å delta i bestemmelsar og samarbeide om ei god tilnærming (Torpor et al., 2018). Når vi var i praksis på ruspost var det stort fokus på at pasienten skulle føle seg inkludert i behandlingsprosessen og at dei skulle ta del i korleis behandlinga kunne leggest til rette for å nå eigne mål.

## 5.3 Opplevingar av stigmatisering og haldningar

Rusliding er noko av det mest stigmatiserande, og å søke hjelp for ruslidingar kan vere ei barriere grunna stigma (Volkow, 2020). Opplevinga av å bli avvist for rusmisbrukarar er stigmatiserande, som kan auke rusmisbruket betrakteleg. Pasientane kan føle på avvising som ei straff grunna avhengigheit (Volkow, 2020). I følgje Volkow, (2020) kan stigma føre til at

misbruket eller sjukdommen forverrar seg og det skapar ein ond sirkel. Behandlinga pasienten skal få kan bli påverka grunna stigma (Brekke et al., 2018). Det kan bidra til dårleg kvalitet på omsorga rusavhengige mottek, grunna at helsepersonell kan ha negative haldningar ovanfor desse pasientane. Samarbeidet mellom pasienten og sjukepleiar kan bli redusert og føre til mindre empati, kortare tidsprioritering og mindre personleg engasjement (Boekel et al., 2013). I praksis opplevde vi at det var fleire pasientar som hadde hatt vanskar med å skulle søke hjelp.

Når ein søker hjelp, oppstår det ei ytre utilstrekkelegheit. Mange kjem til behandling med ein uklar sjølvfølelse. Mykje kan vere sårbart og begge partar kan føle på usikkerheit (Christiansen, 2020, s. 161). Helsepersonell som ikkje har god nok lærdom innanfor ruslidingar kan oppleve vanskar i samhandling med pasientane. Dei kan oppleve pasientar som truande, sjølv om det mogleg er grunna i effekt av medikament eller abstinensar (Kvam, 2021). For desse pasientane kan det opplevast einsamt at profesjonelle hjelpearar ikkje forstår vanskane dei har (Brekke et al., 2018). Helsepersonell uttrykte at det var vanskeleg å forholde seg til pasientar med rusproblem, då det ofte var følelsmessig utfordrande og dei kunne føle seg uttrygge (Boekel et al, 2013). Frustrasjon frå helsepersonell kunne oppstå mot pasientar som var aggressive, frekke og dårleg motiverte (Boekel et al., 2013). Johansson & Wiklund-Gustin (2016) påpeikar at ein skal ivareta pasienten og gi omsorg, samstundes som ein er årvaken på pasienten sin oppførsel og reaksjonar. Frå praksis såg vi at pasientar kunne endre åtferd når dei trappa ned på medisin og fekk abstinensar. Nokon kunne opplevast som truande, då dei “måtte” ha meir medisin.

Ein skal opptre profesjonelt som sjukepleiar og ein har ikkje bestemming i val av pasientar (Kristoffersen & Nordtvedt, 2011, s.85). Å ha ei nøytral haldning og å vere objektiv er viktig når ein er profesjonell. Personar med psykiatrisk diagnose kan i følgje Torpor et al. (2018) påverke negativt i evna personen har til å skape ein relasjon. Det kan fremme dømande haldningar og dårleg kontakt mellom pasient og sjukepleiar. Ein konsekvens kan vere at sjukepleiar ikkje klarer å identifisere det omsorgsbehovet pasienten har (Johansson & Wiklund-Gustin, 2016). Volkow (2020) understøttar at nøkkelrolla i gjentakelse av rusmiddelbruk kan grunne i stigma frå helsepersonell. Haldningar som at rusmisbrukaren er årsaka til misbruket, at pasienten krev merksemd, ber om meir medikament, eller har

abstinens, kan hindre helsepersonell i å sjå at der er forverring i allmenntilstanden eller nyoppstått sjukdom (Volkow, 2020).

Sjølvtillit og sjølvbilete blir påverka av stigmatiseringa, som vidare kan føre til forverring av symptom og dårleg sjølvbilete (Kvam, 2021). For at pasienten skal få meir sjølvforståing, må sjukepleiar bidra. Haldninga til personalet har betydning i samtale for korleis tilnærminga blir respondert på av pasienten (Christiansen, 2020, s. 162). Negative haldningar i behandling av rusmiddel problem-relatert stigma, kan føre til dårlegare behandling (Robinson, 2017). Det er ein fordel å redusere bruken av stigmatiserande termar, og klinisk kartlegging av personar som har problem med rusmiddel. Om ein reduserar bruken av stigmatiserande termar og klinisk kartlegging av personar med rusmiddelproblem, kan det forbetre det kliniske resultatet i behandling (Robinson, 2017). Sjukepleiaren må støtte pasienten i å handtere lidinga si og ta hensyn til pasienten sine ressursar og gjenoprette verdigheit (Johansson & Wiklund-Gustin, 2016). Torpor et al. (2018) påpeikar at når ein møter personar som har diagnoser i tillegg til rusmiddel problem må ein møte personen slik personen er. Alle rusmisbrukarar skal behandlast med verdigheit og medkjensle (Volkow, 2020). Frå vår tidlegare praksis blei det diskutert korleis vi som menneske møter personar med rusmiddel problem. Det er viktig at ein ikkje forma eit menneske ut i frå ei medisinsk diagnose, men at ein møte mennesket i si heilheit. Eit menneske er meir enn berre diagnoser og ei diagnose kan opplevast som stigmatiserande.

#### 5.4 Ein tillitsfull relasjon mellom sjukepleiar og rusavhengig

I den terapeutiske posisjonen bør ein tilstrebe allianse, relasjon og tillitskaping i første møtet (Gonzalez, 2020, s.60). Omsorgsmøtet blir viktig for ein støttande relasjon under behandling.

I psykisk helsearbeid kan ein terapeutisk relasjon ver sentral for betringsprosessen.

Sjukepleiar kan ta imot kjenslar som kan kome i løpet av samarbeidet og det blir ein berande relasjon mellom pasient og sjukepleiar (Gonzalez, 2020, s.58). I fasa til å skape ein relasjon er positiv interesse og respekt ei grunnleggande haldning (Gonzalez, 2020, s.59). Det å oppnå ei kjærleg bekymring opplevast som ei trygghet og tillit til at fagpersonen ynskja det beste for deg (Brekke et al., 2018). Kjærleg bekymring er beskrive som menneskeleg varme, delt menneskelegheit og vennlegheit nytta i relasjonar med menneske som har psykiske helse og rusmiddel problem (Brekke et al., 2018). Eigne erfaringar visar at det var enklast å skape ein

relasjon når vi viste interesse, baud på oss sjølv og var positive. Det var viktig å vise respekt i møte med pasientane.

I møte med pasientar skal ein vise aktiv lytting, både gjennom ord og kroppsspråk. Ein skal vise at ein oppfattar det som blir sagt, viser openheit, merksemd og anerkjenner personen som viktig (Eide & Eide, 2017, s.17). Vi har erfart at kroppsspråket vårt og ei god, positiv haldning er viktig, då kroppsspråk kan mistolkast og opplevast som utrygt for pasienten. Usikkerheit kan opplevast ubehageleg. Når vi viste openheit, anerkjente personen som viktig og fokuserte på den menneskelege varmen og vennlegheita følte vi at pasientane var meir imøtekommande. Brekke et al. (2018) sine funn støttar at ein pasient skal bli møtt med kjærleg bekymring som består av bekymring, aksept og grunnleggande godheit. Dette for å vise interesse, respekt og eit lyttande øyre i møte med pasienten (Brekke et al., 2018). I situasjonar der kroppsspråk, uttrykk, hendingar eller situasjonar oppstår må ein skape rom til at pasientane kan stille spørsmål og finne trygghet. Ein må gi moglegheit til å løyse misforståingar og skape forståing (Wu & Baker, 2022).

Torpor et al. (2018) styrkar Brekke et al. (2018) i forskinga der han tek for seg mellommenneskeleg kontinuitet, sosial interaksjon og emosjonelt klima som hovudpunkt i relasjonsbygging. I følgje Travelbee referert frå Kristoffersen (2015, s.220) blir gjennom god kommunikasjon menneske-til-menneske-forholdet til. I relasjonen vil sympati og empati mellom pasient og sjukepleiar skape nærheit, meir kontakt og større forståing for psykisk tilstand i situasjonen. Vidare formidlar vi fortviling, forståing og medkjensle (Kristoffersen, 2015, s.221). Frå egne erfaringar opplevde vi at alle var ulike. Alle hadde egne 'ryggsekkar' med erfaringar og fortid. Alle hadde ulike ynskjer for framtida. Dialogen gjorde oss meir kjent då det ga meir nærheit, kontakt og forståing for situasjonen til pasienten. Gjennom samvær og samtalar om ulike tema klarte vi å nå forståing og medkjensle.

Pasientar opplev at helsepersonell som reduserar einsamheit og skaper sjølvtilit betrar betringssprosessen. Det gjere godt at ein tek del i aktivitetar, er engasjert og hjelp med praktiske problem (Brekke et al., 2018). Det er viktig å lytte til behovet pasienten har, ta ting i tempoet deira og få bekreftelse for å skape tillit. Det å ta ansvar og vise aksept er eit grunnlag for relasjonsskaping til profesjonelle. Det å bli akseptert av ein fagperson er ei

moglegheit til positivt sjølvbilete og eit betre liv (Torpor et al., 2018) I den terapeutiske posisjonen bør ein tilstrebe allianse, relasjon og tillitskaping i første møtet (Gonzalez, 2020, s.60). I praksis har vi erfart at det er enklare å kunne skape ein relasjon til pasientar om vi er imøtekomande og tilgjengeleg i miljøet. Det var enklare for pasienten og spørje om forskjellig, og dei delte meir med oss.

Det er viktig å hjelpe personen til nye relasjonar utan psykiske problem og avhengigheit (Torpor et al., 2018). Når det skal skapast ein relasjon er det ikkje alltid enkelt å ha rolla som sjukepleiar. Det er ifølgje Johansson og Wiklund-Gustin (2016) fleire sjukepleiarar som opplev personlege utfordringar. Personar som slit med rusmiddelproblem kan framtre farlege, uforutsigbare og vere vanskeleg å forholde seg til (Johansson & Wiklund-Gustin, 2016). Sjukepleiarar bør stille seg nøytral i møte med utagerande kjenslar og prøve forstå pasienten. Når ein kommuniserar med ein rusavhengig må ein ta hensyn til kroppsspråk, haldningar og uttrykk (Wu & Baker, 2022). Vi har opplevd at pasientar som kan verke utagerande, uforutsigbare eller farlege, handlar frå kjensla av å ikkje bli forstått, tatt på alvor eller bli sett på som eit heilt menneske bak rusmisbruket. Vi har erfart at det har vore utfordrande for sjukepleiarar å stå i slike situasjonar når vi var i praksis på ruspost.

Tillit handlar om å stole på at ein får hjelp, sameleis må vi som sjukepleiar gjer oss fortent tillit (Gonzalez, 2020, s.60). Tillit blir beskrive som ei "avhengighet av andre sin kompetanse og vilje til å ta vare på, snarare enn skade, ting ein bryr seg om som er betrudd til deiras omsorg" (Lago et al., 2017). Grunnsteinen i relasjonsbygging er allianse og tillit (Gonzalez, 2020, s.59). I følgje Travelbee sitt perspektiv på menneske-til-menneske-forholdet skriv Gonzalez (2020, s.59) at tillit er byggesteinen vidare etter ein har tatt for seg områda i arbeidsfasa. I utviklinga av ein relasjon ligg tillit til grunn, og eit ynskje om å oppnå ei utvikling i ein relasjon. I forskingsartikkelen til Brekke et al. (2018) var det gjensidig tillit og håp som la grunnlaget for håpet, slik tilliten kan skapast. Pasientane opplevde at avhaldsheit og rusfriheit var eit grunnlag for tillit, støtte og aksept frå samfunnet. Dette inkluderte pårørande, offentlege tenester og helsepersonell (Lago et al., 2017). Når ein opnar seg med tillit kan det brukast mot deg, det kan føre til svik, sårbarheit og urettferdigheit (Lien & Stensrud, 2020, s.179). Tillit var noko vi opplevde av eiga erfaring i praksis som var viktig i samtale med pasientar. Om vi viste tillit til pasientar, fekk vi dette tydeleg tilbake i form av at



pasienten turde å opne seg meir og meir etterkvart. Relasjonen blei betre, og det var lettare å skulle følgje opp pasienten.

Lago et al. (2017) viser at tillit kan påverke ein terapeutisk relasjon knytt til vurderingar og respons mellom helsepersonell og pasientar. Det er viktig å bygge tillit i forhold mellom brukar og helsepersonell, samstundes hugse behovet brukarane har for å fremme eigen autonomi og sjølvtilit (Lago et al., 2017). For å skape tillit er det viktig med ansvarlegheit og aksept ifølgje Torpor et al. (2018). Menneske som har opplevd dårlege relasjonar eller utfordringar med å skape tilknytning og vere fortruleg kan ha utfordringar med å skape tillit (Lien & Stensrud, 2020, s.179). Lago et al. (2017) visar til at menneske som har brukt rusmiddel og slit med undertrykking og misbruk, har vanskar for å stole på seg sjølv og andre. Vi opplevde i praksis at det var fleire pasientar som ikkje stolte på seg sjølv, som også brukte lang tid for å opne seg og stole på helsepersonell. Desse pasientane var meir lukka, og var skeptisk til å vere med på aktivitetar i lag med dei andre pasientane.

Når relasjonen er skapt kan ein bygge på tillit, men det tek tid å skape og kjem ikkje på kort tid. Når pasientane blei møtt med openheit i tilbakefall blei det trygt å prøve prosessen igjen (Topor et al., 2018). I utforskinga av relasjonar og forventingar viser ein til tillit mellom to partar. Den som slit med rusmiddelproblem viser tillit til hjelparen og ein opnar seg for å bli imøtekomen. I relasjonar har ein forventingar, og det kan kome underliggende kjenslar til overflata i utvikling av relasjon, og forventinga eller følelsen av mangel på forventingar (Helgesen, 2011, s.213-214).

## 6 Konklusjon

I denne litterære oppgåva har vi prøvd å kome nærare eit svar på korleis ein sjukepleiar kan skape ein tillitsfull relasjon til ein person med rusavhengigheit. Ein kan konkludere med at det å skape ein god og tillitsfull relasjon til ein person med rusmiddelproblem ikkje kjem utan utfordringar. Det å skulle skape ein relasjon krev ein del av begge partar, og ikkje minst at ein har ei god haldning og viser respekt ved første møtet. Ein må ta i betraktning at det er mogleg pasienten tidlegare har opplevd stigmatiserande haldningar, og det kan derfor ta lengre tid for å skape tillit. I relasjonsbygging må ein bli kjent med kvarandre som enkelte menneske og

ikkje knytt til roller. I rolla som sjukepleiar må ein behandle personen med rusliding gjennom verdigheit og medkjensle. Til tross for dette har vi erfart gjennom forskingsartiklar at helsepersonell kan bidra til at personar med rusliding kjenner på stigma og dårlege haldningar i behandling. Vi har erfart at personar som har rusavhengigheit har effekt av behandling når den inkluderar kommunikasjon, tillit, forståing og omsorg. Det å skape rom for meistring, fellesskap og respekt mellom personar i behandling er sentralt. Ein bør tilstrebe betre livskvalitet, medverknad i eigen kvardag, rom for meistring og tilhøyrlegheit. Dette kan skapast ved å bruke recovery og ta i bruk brukarmedverknad undervegs i betringsprosessen.

## 7 Litteraturliste

- Bank, R.-M., Sælør, K. T. & Ness, O. (2020). Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser: Faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (447-451). Gyldendal.
- Biong, S. & Ytrehus, S. (2018). Rusmiddelproblemer- en utfordring for samfunnet, helsetjenesten og den enkelte. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2. utg., s.13). Cappelen damm akademisk.
- Bramness, J. (2022, 15. Juni). *Rusmiddellidelser i Norge*. FHI.  
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykiskhelse/rusmiddellidelser/>
- Boekel, Leonieke C. van, Evelien P. M. Brouwers, Jaap van Weeghel, og Henk F. L. Garretsen. (2013). «Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review». *Drug and Alcohol Dependence*, 13/131(1), 23–35.  
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018>.
- Brekke, E., Lien, L., & Biong, S. (2018). Experiences of Professional Helping Relations by Persons with Co-occurring Mental Health and Substance Use Disorders. *International journal of mental health and addiction*, 18/16(1), 53–65.  
<https://doi.org/10.1007/s11469-017-9780-9>
- Christiansen, Å. (2020). Tidlig intervensjon med rusmiddelrelaterte lidelsar i sykehus. I S. Biong & S. Ytrehus. (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. (s.159-175). Cappelen Damm Akademisk.
- Dalland, O. (2019). Hvordan kunnskap blir til. I O. Dalland (Red.), *Metode og oppgaveskriving* (6.utg, s.39- 51). Gyldendal Akademisk.

- Dalland, O. (2019). Den litterære bacheloroppgaven. I O. Dalland (Red.), Metode og oppgaveskriving (s. 199 – 207).
- Dalsberget, V. (2022, 9.oktober). *Enkel\_poesi*. Instagram.  
[https://www.instagram.com/enkel\\_poesi/](https://www.instagram.com/enkel_poesi/)
- Edgman-Levitan, Susan, og Stephen C. Schoenbaum. (2021). Patient-centered care: achieving higher quality by designing care through the patient's eyes. *Israel Journal of Health Policy Research*, 21(10), 1-5. <https://doi.org/10.1186/s13584-021-00459-9>.
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner*. (utg.3). Gyldendal Adademisk.
- Gonzalez, M. T. (2020). Relasjonsarbeid - Sykepleieprosessens mellommenneskelige del. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser: Faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (57-66). Gyldendal.
- Goodyear, K., Haass-Koffler, C. L og Chavanne, D. (2017). «Opioid use and stigma: The role of gender, language and precipitating events». *Drug and Alcohol Dependence*, 18/185, 339–46. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.12.037>.
- Helgesen, L. A. (2011). *Menneskets dimensjoner: Lærebok i psykologi* (2.utg.). Høyskoleforlaget.
- Helsedirektoratet. (2017). *Avhengighet*. Nasjonal faglig retningslinjer.  
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet/brukermedvirkning-i-rusbehandling/brukermedvirkning-individuell-plan-rett-til-informasjon-og-opplaering-fritt-behandlingsvalg>
- Helsedirektoratet. (2016). *Avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler*. Nasjonal faglig retningslinjer. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/avrusning-fra>

[rusmidler-og-vanedannende-legemidler/psykososial-behandling-ved-avrusning#helhetlig-perspektiv-pa-avrusning-begrunnelse](#)

Helsedirektoratet. (2017). *Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet*. Nasjonal faglig retningslinjer.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet/brukermedvirkning-i-rusbehandling/brukermedvirkning-individuell-plan-rett-til-informasjon-og-opplaering-fritt-behandlingsvalg>

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (7.utg). Gyldendal akademisk.

Johansson, L., & Wiklund-Gustin, L. (2016). The multifaceted vigilance - nurses' experiences of caring encounters with patients suffering from substance use disorder.

*Scandinavian journal of caring sciences*, 15/30(2), 303–311.

<https://doi.org/10.1111/scs.12244>

Kvam, M. (2020, 9. september). *Riktig begrep kan redusere stigmatisering*. NHI.

<https://nhi.no/psykisk-helse/rus-og-avhengighet/ordene-vi-bruker-kan-reducere-stigmatisering/>

Kristoffersen, N. J. (2015). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 1* (s.207-280). Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2015). Relasjons mellom sykepleier og pasient. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 1* (s.83-127). Gyldendal Akademisk.

- Lago, R.R., Peter, E. & Bógus, C.M. (2017). Harm Reduction and Tensions in Trust and Distrust in a Mental Health Service: A Qualitative Approach. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, 17 (12). <https://doi.org/10.1186/s13011-017-0098-1>
- Lien, L., Stensrud, B. (2020). Samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse- «ROP-lidelser» I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser: Faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (177-196). Gyldendal.
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok* (2.utg.). Akribe AS.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-2021-06-11-78) Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Robinson, M. (2017). “Alcoholic” or “Person with alcohol use disorder”? Applying person-first diagnostic terminology in the clinical domain. *Substance Abuse* 17/38(1): 9–14. <https://doi.org/10.1080/08897077.2016.1268239>.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten* (LOV-2021-06-11-78) Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Sælør, K. T. & Bjercknes, S. O. (2018). Miljøterapi i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2.utg, s.141-156.). Cappelen damm akademisk.
- Thidemann, I.-J. (2019). Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving (2.utg.). Universitetsforlaget.
- Topor, Alain, Lisa Skogens, og Ninive von Greiff. (2018). Building trust and recovery capital: the professionals’ helpful practice. *Advances in Dual Diagnosis* 18/11(2): 76–87. <https://doi.org/10.1108/ADD-11-2017-0022>

- Trygstad, H. (2019). Kunnskapskilder og kildekritikk. I O. Dalland (Red.), *Metode og oppgaveskriving* (s. 139- 166).
- Volkow, N. (2020, April 22). Addressing the Stigma that Surrounds Addiction. NIDA. <https://nida.nih.gov/about-nida/noras-blog/2020/04/addressing-stigma-surrounds-addiction>
- Wolfe, S., Kay-lambkin, F., Bowman, J. & Childs, S. (2013). To enforce or engage: The relationship between coercion, treatment motivation and therapeutic alliance within community-based drug and alcohol clients. *Addictive Behaviors* 13/38(5), 2187–95. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.01.017>.
- Wu, K. & Baker, J. (2022, januar). Patient Communication In Substance Abuse Disorders. *National library of medicine*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549858/>
- Aarre, T. F. & Skjølberg, Å. (2012). Brukarmedverknad og myndiggjering. I A. A. Dahl & T. F. Aarre (Red.), *Praktisk Psykiatri* (s.669-683). Fagbokforlaget.
- Aarre, T. F., Bugge, P. & Juklestad, S. I. (2012). *Psykiatri for helsefag*. Fagbokforlaget.

## 8 Vedlegg

### 8.1 Søkeprosess etter forskningsartiklar

Database	Dato	Søkeord	Antal treff	Artikkel type	Artiklar brukt
Oria	30/10-22	«Building trust and recovery»	780	Kvalitativ studie	Building trust and recovery capital: the professionals' helpful practice
Google Scholar	21/10-22	«Drugusers trust and distrust in mental health»	19 300	Kvalitativ studie	Harm Reduction and Tensions in Trust and Distrust in a Mental Health Service: A qualitative Approach
Academics search elite	18/10-22	«Building trust» *and* addiction *and* «mental health»	13	Kvalitativ studie	Experiences of Professional Helping Relations by Persons with Co-occurring Mental Health and Substance Use Disorders
Funnet i litteraturliste nr.4 til artikkel (Epstein & Street, 2011) om the values and values of patient-centered care.	20/10-22	«Patient-centered care»		Fagartikkel med kvalitativ tilnærming	Patient-centred care: achieving higher quality by designing care through the patient's eyes



Google Scholar	21/10-22	«substance use disorder and trust nurse».	17 900 (Begrensa søk frå periode 2012-2022)	Kvalitativ studie	The multifaceted vigilance – nurses 'experiences of caring encounters with patients suffering from substance use disorders
Oria	28/10-22	«patients with substance use disorders».	40 681 (Begrensa søk frå periode 2012-2022)	Systematisk oversiktsartikkel	Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematics review.
Oria	21/10-22	«person with alcohol use disorder?»	4250 (Begrensa søk frå periode 2012-2022)	Fagartikkel	«Alcoholic» and «Person with alcohol use disorder?» Applying person-first diagnostic terminology in the clinical domain
Oria	28/10-22	«opioid use and stigma»	1173 (Begrensa søk frå periode 2012-2022)	Kvantitativ artikkel	Opioid use and stigma: The role of gender, language and precipitating events



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave i sykepleie

SK152-O-2022-HØST-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	09-12-2022 09:00 CET	<b>Termin:</b>	2022 HØST
<b>Sluttdato:</b>	12-12-2022 14:00 CET	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave i sjukepleie		
<b>Flowkode:</b>	203 SK152 1 O 2022 HØST		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	366
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7494
----------------------	------

**Egenerklæring \*:** Ja  
**Jeg bekrefter at jeg har** Ja  
**registrert**  
**oppgavetittelen på**  
**norsk og engelsk i**  
**StudentWeb og vet at**  
**denne vil stå på**  
**vitnemålet mitt \*:**

### Gruppe

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	4
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	335

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven 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