

Betydningen av helsepersonells kjærlichkeit og mangel på kjærlichkeit i rusbehandling

Magdalena Shaw Waage og Kari Marthe Thorkildsen

Magdalena Shaw Waage, Karmøy Kommune, magdalena.waage@gmail.com

Kari Marie Thorkildsen, Høgskulen på Vestlandet

Sammendrag

Kjærlichkeit er det mest fundamentale for menneskets eksistens, og den er avgjørende for at helsehjelpen oppleves omsorgsfull. Ruslidelser er komplekse, og ofte preget av selvkritikk, skam og skyld. Hensikten med denne studien var å få dypere forståelse for pasienter i rusbehandling sine opplever av hvordan helsepersonells kjærlichkeit og deres mangel på kjærlichkeit kan komme til uttrykk. Kvalitative intervju ble gjennomført med fire pasienter som var innlagt til behandling på to institusjoner som tilbyr tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Data ble analysert ved hjelp av Lindseth og Nordberg sin fenomenologisk hermeneutiske metode. Resultatene viste at kjærlichkeit kommer til uttrykk som omsorg, ved at man opplever å bli forstått, at man blir møtt med autentisitet og likeverd, og at man får den hjelpen man trenger. Når disse fenomenene var fraværende i relasjonen med helsepersonellet, opplevde deltakerne at verdigheten ble krenket og at det kunne være vanskelig å fullføre behandlingen.

Nøkkelord: *kjærlichkeit, ruslidelse, omsorg, forståelse, ekthet, likeverd*

Fagfelleurdert artikkel

<https://doi.org/10.7557/145652>



© Forfattere(n). Denne artikkelen er lisensiert under en [Creative Commons Navngivelse 4.0 Internasjonal](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) lisens.

Introduksjon

Kjærlighet i form av nestekjærlighet og barmhjertighet er avgjørende for at pasienter som trenger hjelp skal oppleve denne hjelpen omsorgsfull (Eriksson, 1995; Alvsvåg, 2017). Disse formene for kjærlighet er spontane og ubetingede, det vil si, at man er i stand til å sette pasienten fremfor seg selv i uselviske handlinger, møte mennesker med omsorg, respekt og medfølelse uavhengig hvem de er. Ifølge Alvsvåg (2017) kan kjærlighet synliggjøres ved at man opplever å bli vernet om, og at den som hjelper gjør det for ens egen skyld og vil en godt. Kjærligheten er kjernen i etikken og tjener som et verdigrunnlag for helseprofesjonene (Eriksson, 1990; Alvsvåg, 2017). Mangel på kjærlighet er den dypeste formen for lidelse, og kan fremtre i tre ulike former: livslidelse, sykdomslidelse og pleielidelse (Eriksson, 1995). Ruslidelse kan forstås både som en livslidelse og som en sykdomslidelse. Når helsepersonellet utestenger kjærligheten i møte med pasienter blir ikke hjelpen opplevd omsorgsfull (Alvsvåg, 2017). Dette er en form for pleielidelse, det vil si, en ytterligere lidelse som den ruslidende påføres i møte med helsevesenet. Men dersom den ruslidende møter et medmenneske som kan bekrefte lidelsen kan det bidra til at man kan forsones og finne nye måter å leve på. I denne sammenheng kan kjærlighet lindre og gjøre det mulig å gjenvinne helse (Eriksson, 1990), da kjærligheten utgjør den dypeste kilden til helse (Hemberg, 2017a). Kjærligheten er grunnlaget for alt menneskelig liv og fellesskap (Hemberg, 2015), og gir innhold i livet slik at livsmot, håp og livslyst får blomstre (Alvsvåg, 2012).

Ruslidelser er et overordnet begrep for skadelig bruk og avhengighet av rusmidler (Skogen, Torvik, Hauge, Reneflot & Ostling, 2019). Ifølge ICD-11 (WHO, 2022) oppstår ruslidelse ved gjentatt eller kontinuerlig bruk av rusmidler som fører til en sterk trang til å bruke stoffet. Til tross for skadelige konsekvenser prioriteres rusmiddelinntaket foran andre aktiviteter og forpliktelser (Skogen et al., 2019). Ruslidelse er sammensatt og kompleks, og forårsaker yrkesmessige, skolemessige, familiære og mellommenneskelige problemer som kan medføre marginalisering og stigmatisering (Repstad, 2007). Mange opplever kaos, skam, skyld og lav selvfølelse som følger av ruslidelsen (Wiklund, 2008a). Ifølge Chen (2019) er livet til mennesker med ruslidelse ofte preget av selvkritikk, negative følelser, ensomhet og isolasjon. Disse følelsene kan føre til økt rusbruk for å unngå vanskelige tanker, følelser og smerte (Chen, 2019; Kassel & Veilleux, 2010). Ruslidelse kan ramme tilfeldig, men undersøkelser viser at de fleste som blir rammet har ofte hatt store problemer allerede fra barndommen som ruslidelser i nære relasjoner og mobbing (Fekjær, 2008).

Det finnes lite forskning omkring kjærlighet og pasienter i rusbehandling. Det ble derfor gjort et utvidet litteratursøk med begreper som grenser opp mot kjærlighetsbegrepet, slik som omsorg, relasjon, allianse, verdighet, helse, lidelse, holdninger, etikk, stigmatisering, fordommer og krenkelse. Thorkildsen, Eriksson og Råholm (2015) hevder at kjærlighet er det mest grunnleggende i arbeidet med mennesker som har ruslidelser fordi kjærligheten kan lindre og hele. Annen relevant forskning viser at en god relasjon mellom helsepersonell og pasienter i rusbehandling er avgjørende for at de skal komme seg ut av lidelsen (Curtis & Harrison, 2001; Meier & Donmall, 2006; Cournoyer, Brochu, Landry & Bergeron, 2007; Nordfjærn, Rundmo

& Hole, 2010; Danda, 2012; Chen, Elisha, Timor & Ronel, 2015; Holland et al., 2015, Pettersen et al., 2019). Men mennesker med ruslidelser erfarer ofte belastende relasjoner, stigmatisering og fordommer, nedlatende holdninger, mangel på bekreftelse og respekt (Solberg og Nåden, 2019). Respekt, anerkjennelse og omsorg er avgjørende for å oppleve verdighet (Solberg og Nåden, 2019). Ness, Borg og Davidson (2014) peker på nødvendigheten av at helsepersonell som arbeider i rusbehandling forstår hva som er felles det menneskelige, slik som sårbarhet, da dette kan hindre stigmatisering. Det er avgjørende at helsepersonell ikke svikter den ruslidende, men har tro på at han/hun skal komme seg ut av ruslidelsen (Thorkildsen, Råholm & Eriksson, 2015; Melin, Eklund & Lindgren, 2017). Wiklund, Lindström & Lindholm (2006) og Wiklund (2008a,b) hevder at helsepersonellens aktive rolle i pasienters rusbehandling kan bidra til økt helse.

Kjærlighetens grunnleggende betydning for mennesker og dens sentrale plass i omsorgen slik det blant annet er beskrevet av Eriksson (1990) og Alvsvåg (2017), peker på nødvendigheten av å undersøke hvordan mennesker som har store og omfattende lidelser, slik som ruslidelser, opplever og erfarer kjærlighet og mangel på kjærlighet i samhandlingen med helsepersonell. Hensikten med denne studien er å få en dypere forståelse for pasienter i rusbehandling sine opplevelser av hvordan helsepersonell sin kjærlighet og deres mangel på kjærlighet kan komme til uttrykk, og videre, hva disse opplevelsene kan medføre.

Metode

Studien har en kvalitativ tilnærming og data er samlet inn ved dybdeintervju. Lindseth og Norbergs (2004) fenomenologisk hermeneutiske metode er benyttet til analyse av data.

Utvalg og rekruttering

Skriftlig henvendelse ble sendt til tre institusjoner som driver tverrfaglig spesialisert behandling (TSB). TSB er et tilbud til mennesker som lider av rus- og avhengighetsproblematikk. To institusjoner takket ja til deltakelse. Disse ble informert om inklusjonskriteriene, som innebar at deltakerne tidligere hadde vært i aktiv rus i minst fem år, men som deretter hadde vært rusfrie i minst tre måneder og som på tidspunktet hvor intervjuene skulle gjennomføres fremdeles var i aktiv behandling. Dette minsket sjansen for eventuelle abstinenser og rusrelaterte psykiske lidelser. Pasienter som ønsket å delta fikk tilsendt informert samtykkeskjema og informasjonsskriv. Deltakerne bestod av fire menn i alderen 35-55 år.

Datainnsamling

Det ble gjennomført ett kvalitativt dybdeintervju med hver deltaker som varte i omtrent 60 minutt. En intervjuguide med åpne spørsmål rundt forskningstema ble brukt. Intervjuene ble tatt opp på en lydenhet som deretter ble transkribert til tekst.

Etiske vurderinger

Studien ble gjennomført i henhold til Helsinkideklarasjonens forskningsetiske prinsipper (The World Medical Association, 2018). Før studien ble satt i gang ble det innhentet godkjenning fra Norsk Senter for Forskningsdata (NSD), prosjektnr. 59671.

Før intervjuene startet ble samtykkeskjema og informasjonsskriv gjennomgått, og deltakerne leverte signert samtykkeskjema. Det ble understreket at all informasjon ville bli anonymisert, at deltakelse var frivillig, at en kunne trekke seg og sine data uten å oppgi grunn, og at alle opplysninger da ville bli slettet. Deltakerne ble informert om taushetsplikt, anonymisering gjennom forskningsprosessen og i ferdigstilling av artikkel. Deltakerne ble også orientert om sikkerhetsprosedyrene rundt ivaretagelse av datamaterialet under arbeidet med studien, samt at datamaterialet ville bli slettet etter at studien var avsluttet. Videre ble deltakerne informert om at personalet på institusjonen ikke ville få innsyn i data, og at deltakelse, eventuelt reservasjon eller at de trakk seg fra studien, ikke ville få konsekvenser for behandlingsoppholdet.

Datanalyse

Lindseth og Norberg (2004) sin fenomenologisk hermeneutiske analysemetode består av tre steg; naiv lesing, strukturell analyse og omfattende forståelse. Den naive lesningen bestod i å lese den transkriberte teksten med en fenomenologisk innstilling. Dette munnet ut i en naiv tekst bestående av vår helhetsforståelse av det samlede datamaterialet. I den strukturelle analysen ble meningsenheter identifisert, kondensert og organisert i subtema, tema og hovedtema. På grunnlag av dette ble en ny tekst skrevet frem. Naiv lesing og strukturell analyse presenteres i resultatdelen. I den omfattende forståelsen ble intervjuene lest på nytt i perspektiv av naiv lesing, strukturell analyse og vår forforståelse. Vi tolket teksten i lys av vårt teoretiske perspektiv og tidligere forskning. I denne artikkelen er omfattende forståelse og diskusjonen slått sammen.

Studiens begrensninger

Denne studien har bare fire deltakere fra to TSB institusjoner, noe som begrenser overføringsverdien både til andre pasienter både ved disse institusjonene, men også ved andre institusjoner i tilsvarende behandling. På den andre siden omhandler studien ontologiske tema som kan være gjenkjennelig for andre pasienter med ruslidelser.

Resultat

Naiv lesing

Deltakerne opplever at kjærligheten kommer til uttrykk i omsorgen de møter hos helsepersonellet. Sårbarheten som deltakerne bærer på farger opplevelsene deres av kjærlighet. Deltakerne har manglet kjærlighet i livene sine, noe som bidrar til tanker om at man ikke fortjener å ha det godt og at det er lett å miste troen på seg selv. Kjærlighet oppleves når man blir forstått, noe som igjen bidrar til at man blir mer glad i seg selv og at man kjenner at man har verdi som menneske. Å bli møtt med en objektiviserende holdning og mangel på forståelse for problemene man strever med, fører til lite utbytte av behandlingsoppholdet. At helsepersonell opptrer ekte og naturlig skaper tillit. Når helsepersonell deler av seg selv kjenner deltakerne seg likeverdige. Å

få hjelp til å komme seg gjennom rusbehandling og å få orden på livet igjen, oppleves som kjærlyghet.

Strukturell analyse

Kjærlyghet kommer til uttrykk som omsorg

Deltakerne sier at kjærlyghet er et stort ord som er vanskelig å forholde seg til, og de synes at det er bedre å bruke ordet omsorg fordi det beskriver best hvordan kjærlygheten kommer til uttrykk i møte med helsepersonell. Kjærlyghet blir av deltakerne skildret som omsorg, det vil si, å bli hjulpet frem mot tilfriskning, at helsepersonellet bryr seg om hvordan en har det, at man blir sett og har verdi som menneske, og er glad i en slik foreldre tar seg av barna sine:

...det går rett og slett på at jeg blir sett igjen, og jeg får fylt opp med noen gode følelser... At jeg er verdt noe. ...med en gang jeg mister det gode som jeg har her, og de kjærlyghetsforholdene, som er et sterkt ord, jeg har til noen av behandlerne og de som jobber her, så visner jeg vekk.

Å bli forstått

Opplevelse av å bli forstått innebærer at helsepersonellet lytter og at de prøver å finne ut hvilke behov man har. Dette gir en følelse av bekreftelse og støtte, og bidrar til at man kan bli glad i seg selv og oppleve økt menneskeverd: «... du blir forstått og du får menneskeverdet ditt tilbake igjen...» En annen informant sier følgende om hva det innebærer å bli møtt med forståelse: «(...) jeg har begynt å bli litt mer glad i, og få respekt for meg selv (...). Dette med å ha de støttespillerne, de som heier på deg da, ikke sant, fordi det gjør de her, de heier på deg.»

For å bli rusfri må man selv tro at man kan klare det, og ved å bli bekreftet og støttet kan deltakerne begynne å tro på seg selv igjen. En av informantene beskriver dette på følgende måte: «Det er de voldsomt flink å minne deg på (...) det som er bra. ... som gjør at du får troen tilbake. (...) Og så får jeg høre det når jeg er edru, og av edru folk, at jeg duger.»

Alle deltakerne forteller at de har manglet kjærlyghet i livene sine. De understreker at ingen kan klare seg uten kjærlyghet, men at sårbarheten, det lave selvbildet og skammen gir en følelse av at de ikke fortjener å ha det godt og det er vanskelig å tro at noen virkelig bryr seg om en: «For meg er det problemet at jeg kan sitte og lure på om jeg fortjener å ha det slik. Det har skapt så mye problemer for meg; ”Fortjener jeg å ha det godt?” Fordi jeg har opplevd så mye dritt, og jeg har gjort så mye dritt.»

Mangel på forståelse er krenkende og fører til opplevelser av å være et objekt som er til oppbevaring. Disse erfaringene svekker relasjonen til helsepersonellet og har negativ innvirkning på behandlingsoppholdet. En deltaker forteller at dette førte til at en uke etter oppholdet var han tilbake i aktiv rus. Andre informanter sier følgende:

Jeg har i hvert fall veldig ofte opplevd at folk ikke har skjønnt hva jeg snakker om (...). De skjønner ikke egentlig hvilken problematikk den rusmisbrukeren sliter med. Og ofte blir det slik at vi bare snakker forbi

hverandre. Å ikke bli forstått (er) ganske frustrerende når du allerede er i en ganske vanskelig situasjon.» «...bare et nummer i rekken. Du blir rett og slett bare (...) trillet inn og ut akkurat som om du skulle vært en bil på et samleband.» «Det var liksom bare en oppholdsplass.

Å bli møtt med ekthet og naturlighet

At helsepersonellet er ekte og har en naturlig væremåte er viktig for opplevelsen av kjærlighet. Fordi deltakerne føler seg sårbare så «scanner» de helsepersonellet for å undersøke om de er ekte og oppriktige. Bare ett ord, et tonefall eller en handling er nok til at man merker om helsepersonellet virkelig bryr seg eller om det er falsk omsorg:

*Det skal bare et ord til, og kanskje lite grann tonefall til så merker du det.»
En annen informant sier: «...naturligheten, sant. ... den naturlige omsorgen du får (...) som alle kjenner til om det er ekte eller fake. Det kjenner du på deg.*

Deltakerne har erfart å bli møtt med fordommer i helsevesenet, og deres dårlige selvbilde og sårbarhet påvirker hvordan de opplever at helsepersonellet samhandler med dem: «Du blir møtt med fordommer i helsevesenet.» «Du er veldig sårbar, veldig sårbar. Og det er mange faser her...»

Å være i en likeverdig relasjon

Å være i en likeverdig relasjon med helsepersonellet er viktig for opplevelsen av kjærlighet. Å bli møtt som et normalt og vanlig menneske uten at sykdommen overskygger alt, at samtalene også kan handle om hverdagslige ting og felles interesser der begge parter deler av seg selv, kan bidra til at noe av det negative i livene til deltakerne dempes:

Altså, det at jeg kjenner en likhet til den som er ansatt... at jeg ikke bare er en, for bruke et stygt ord "taper i samfunnet" som har rotet det til (...). Det som gjør at vi har den gode kjemien er at det handler om mye mer... Det går ikke bare i avhengighetssnakk.

Å føle på likeverd ved at man deler felles interesser oppleves også som uttrykk for kjærlighet. En av informantene sier at det kan skape tillit og en dypere relasjon, og dermed bidra til at deltakerne kan åpne seg for helsepersonellet: «Men det som gjorde at jeg fikk åpne meg, var det at et par av de ansatte delte ting fra seg. Da oppfatter jeg det som kjærlighet. Og da ble det veldig, veldig sånt, ja, det bygget opp en enorm tillit.»

Medbestemmelse er også et viktig element for å oppleve likeverd. Dette handler blant annet om å ikke bli presset til å gå fortere frem i behandlingen enn det man klarer, at man får bestemme selv, og gå sin egen tilfriskningsvei:

Hun får meg til å føle meg bra med å ikke presse meg på ting, men å la meg være med og utvikle meg slik at det går i tråd med meg selv. Fordi det skal veldig lite til for en rusavhengig å plutselig stå der og føle seg jævlig liten. Det er måten hun gjør ting på som gjør at jeg på en måte får gå min egen tilfriskningsvei.

Deltakerne beskriver også hvordan de opplever mangel på kjærlyghet når helsepersonell distanserer seg fra dem ved å avgrense relasjonen til å handle om rutineoppgaver. Distansen medfører at de ikke får god nok kontakt med helsepersonellet og det skapes et skille mellom dem. Deltakernes dårlige selvfølelse, usikkerhet og underlegenhet bidrar til at de også lett opplever ubalanse i relasjonen:

*Og det er det verste jeg vet når de ansatte sitter og snakker om "de" og "oss". "De" liksom.. hvem er "de"? Vi er jo mennesker alle sammen. (...) og da lages det et skille. De ser på oss i én bås og så på seg selv i én bås.»
«Jeg har alltid slitt litt med dårlig selvfølelse og selvbilde og sånt. Så jeg følte hele tiden at jeg var en beboer og at jeg ikke var helt fullt ut på likefot (...). Jeg har jo ofte følt at folk har vist at de har vært personalet på en måte... gitt veldig tydelig inntrykk av det da, og at jeg er en beboer (...). Det blir hvert fall en måte å lage et skille på.*

Å få hjelp

Problemene til deltakerne er komplekse og sammensatte, og berører samtlige aspekter av livet. I behandlingsoppholdet må de ta stilling til saker som de tidligere har neglisjert. Dette handler blant annet om familie, venner, økonomi og boligsituasjon. Vanskelige valg må tas, og det kan oppleves overveldende. Når helsepersonellet prøver å hjelpe dem gjennom kaoset slik at det som har forsvunnet mens de har levd i rusmiljøet kan gjenopprettes, gir dette en kjærlyghetsopplevelse. En informant beskriver dette slik: «Hvis jeg føler at de vil hjelpe meg, vil at jeg skal ha det bra så... så er jo det en form for kjærlyghet.»

Mens de er i behandling kommer tanker rundt hvorfor livet ble som det ble, og deltakerne forteller at de trenger hjelp til å sortere og gjennomgå spørsmål rundt dette. En av informantene forteller at for å klare å komme seg videre er det viktig å få hjelp til å forstå hvorfor livet ble som det ble:

Det handler om å forstå, det handler om å forstå hvorfor ting har blitt som det har blitt. Det er i utgangspunktet det å prøve å få forståelse for hvorfor ting er som det er, forståelse for at du er i den situasjonen du er i.

Omfattende forståelse og diskusjon

Kjærlygheten er det etiske grunnlaget for omsorg

Ifølge deltakerne kommer kjærlygheten til uttrykk gjennom omsorg. Dette samsvarer med Eriksson (1995) og Alvsvåg (2017) som skriver at kjærlyghet er avgjørende for at hjelpen skal oppleves omsorgsfull. Deltakerne opplever kjærlyghet når de får bekreftet menneskeverdet sitt ved at de blir sett og at noen bryr seg om de. Kjærlygheten må med andre ord formidles som noe, det vil si, via holdninger og handlinger som for deltakerne i denne studien blant annet oppleves som omsorg. Thorkildsen, Råholm og Eriksson (2015) understreker at helsepersonell må være tydelige, konkrete og entydige i omsorgen til mennesker med ruslidelser fordi mange er i forsvarsposisjon som følge av mange negative møter med helsepersonell. I tillegg har mange manglet kjærlyghet i livene sine, levd i dysfunksjonelle forhold, og hatt en oppvekst preget av brutte

relasjoner. I lys av Karlsson (2017) kan deltakernes skildringer av kjærlighet som omsorg forstås som uttrykk for en indre etisk holdning hos helsepersonellet som gjør at de lar seg berøre av den andres lidelse fordi de har mot til å se med hjertets øye og tar ansvar for å tjene pasienten i kjærlighet. Deltakerne mener også at kjærlighet er avgjørende for tilfriskning, noe som peker på kjærlighetens avgjørende betingelse for helse (Hemberg, 2017a,b).

Kjærligheten avspeiles i medlidelsen

Deltakernes opplevelse av å bli forstått avspeiler kjærligheten i form av det Eriksson (1993) beskriver som medlidelse, at man prøver å forstå den andre sin lidelse ved å sette seg inn i den andres sted og prøver å lindre den (Eriksson, 1995; Neff, 2003). Det krever at man ofrer noe av seg selv og lider med pasienten uten at lidelsen blir ens egen (Eriksson, 1995). Et menneskes evne til medlidelse er ifølge Wiklund Gustin (2017) uttrykk for en bevissthet om at en selv er sårbar og at man har forsont seg med denne sårbarheten. Medlidelse oppstår der lidelse og kjærlighet møtes (von Post, 2000), og kan bidra til at deltakerne begynne å tro på seg selv igjen. Dette krever at helsepersonellet tror at pasienten selv bærer i seg kraften, det vil si kjærligheten, som trengs for å bli rusfri (Thorkildsen, Eriksson & Råholm, 2015). Men det er viktig at ikke medlidelse går over i medavhengighet. Medavhengig omsorg kan være både skadelig og destruktiv for den som gir hjelp. Det er derfor viktig at helsepersonell får mulighet til å reflektere over egne følelser og er villige til dette (Thorkildsen, Eriksson og Råholm, 2015). Deltakernes beskrivelser om at helsepersonellens påminninger om det som er bra bidrar til at deltakerne begynner å tro på seg selv igjen, avspeiler hvor viktig troen er for at en positiv endring skal skje i livene deres. Thorkildsen, Eriksson og Råholm (2015) understreker at det er nettopp pasientens tro på seg selv man må begynne med dersom prosessen mot tilfriskning skal settes i gang. Det er også viktig at helsepersonellet holder denne troen levende de gangene pasientens egen tro svikter (Thorkildsen, Eriksson & Råholm, 2015). Dypest sett handler dette om at deltakerne kan begynne å elske seg selv igjen, noe som blant annet kommer frem når den ene deltakeren sier at han er begynt å bli mer glad i seg selv.

Krenkelsen som deltakerne opplever når helsepersonellet ikke forstår, kan ses som uttrykk for pleielidelse, det vil si, den lidelse de unødvendig blir påført av helsepersonell under behandlingsoppholdet (Eriksson, 1995). Fra tidligere har de med seg en sårbarhet som følge av at de har manglet kjærlighet i livene sine og som kommer til uttrykk i en kompleks og omfattende sykdoms- og livslidelse som berører alle sider ved livene deres sine helt fra en vanskelig barndom, vonde opplevelser i rusmiljøet, og møter med fordommer og andre krenkelser i helsevesenet. Når de i tillegg blir påført pleielidelser kan det medføre store konsekvenser for behandlingsforløpet. I verste fall tilbakefall, slik en deltaker forteller, eller avsluttet behandling. Dette pålegger helsepersonellet et etisk krav om å være bevisst pasientenes tidligere erfaringer, og at pasientene kan bære med seg en tvil om de i hele tatt fortjener å ha det godt. Denne tvilen gjør det ekstra smertefullt for deltakerne å ikke bli forstått og å bli behandlet som et objekt. Wiklund Gustin (2017) hevder at helsepersonell noen ganger flykter fra pasientenes lidelser fordi de ikke klarer å stå i følelsesmessig krevende relasjoner over tid, de fokuserer på instrumentelle oppgaver i stedet på pasientene. Deltakernes opplevelser av at helsepersonellet ikke forstår problemene deres, og at de er mer til

oppbevaring enn til behandling, avspeiler en reduksjonistisk tilnærming fra helsepersonellens side. Dette kan være en måte helsepersonellet beskytter seg selv fra å møte pasientens lidelse og det etiske kravet om å lindre (Thorkildsen, Eriksson & Råholm, 2015).

Kjærligheten uttrykkes i den naturlige omsorgen

Deltakernes sensitivitet for helsepersonellens ekthet og naturlighet kan ses på bakgrunn av lidelsene deres gjennom at de har med seg en ekstra varhet for om det ligger baktanker bak væremåte eller handlinger. Dette fører gjerne til redsel for å bli såret og krenket igjen, men samtidig bærer et menneske alltid en lengsel etter å bli tatt imot helt fordomsfritt. Helsepersonellens ekthet og naturlighet kan tolkes som det Eriksson (1986) omtaler som naturlig omsorg, og som kan skape tillit og bidra til at deltakerne kan våge å åpne seg. Naturlig omsorg som uttrykk for kjærlighet innebærer at man opptrer som seg selv, at man er et menneske blant andre mennesker, noe som kan bidra til å bevare deltakernes verdighet. Deltakerne forteller at de har blitt utsatt for fordommer og føler seg sårbare. Dette kom også frem i Solberg og Nåden (2019) sin studie. Ness, Borg og Davidson (2014) peker i denne sammenheng på nødvendigheten av å ha fokus på det felles menneskelige, slik som sårbarhet, fordi helsepersonell sine fordommer er en barriere for å bli frisk. At helsepersonell er ekte og naturlig kan ifølge von Post (2003), Arman (2015), og Hilli og Eriksson (2017) være uttrykk for en indre forankring i kjærlighet og barmhjertighet, etos. Etos gir helsepersonellet en trygghet som kan overføres til pasienten, noe som igjen kan starte en prosess mot bedret helse (von Post, 2003; Arman, 2015; Hilli & Eriksson, 2017). Meier og Donmall (2006) understreker at helsepersonell må være våken for hvordan pasienter opplever relasjonen med helsepersonell fordi den har mye å si for behandlingsforløpet.

Kjærligheten gjenoppretter verdigheten

Likeverdet som deltakerne beskriver kan forstås som å oppleve å ha menneskeverd, og kan knyttes til begrepet verdighet (Edlund & Lindwall, 2017). Edlund og Lindwall (2017) hevder at kjærligheten kan gjenopprette menneskets verdighet, og for deltakerne handler dette i hovedsak om å være i en likeverdig relasjon og å ha medbestemmelse. I lidelsesdramaet som ruslidende går gjennom skjer en kamp mellom verdighet og skam der pasienten kjemper for å bli sett og hørt (Wiklund et al., 2006). Å være i en likeverdig relasjon kan bidra til at man opplever å bli sett som det mennesket man er bak sykdommen. Det er avgjørende at den ruslidende blir anerkjent som et menneske med både styrker og svakheter (Pettersen et al., 2019), at man føler seg betydningsfull og verdifull (Edlund & Lindwall, 2017), og at man blir møtt, bekreftet og behandlet som et unikt menneske (Arman, 2015; Rehnsfeldt, 2015, Melin et al., 2017). I Solberg og Nåden (2019) sin studie opplevde deltakerne seg som verdige mennesker når de ble behandlet som medmennesker. Ifølge deltakerne er likeverd uttrykk for kjærlighet, og de skildrer dette ved at de og helsepersonellet deler opplevelser og interesser med hverandre. I lys av Thorkildsen, Eriksson og Råholm (2014) og Karlsson (2017) handler dette om å gi og å ta imot kjærlighet. Dette handler om nestekjærlighet, og vil inkludere grensesetting hvor det er behov for det. Dersom helsepersonell innleder kjærlighetsforhold av privat eller seksuell karakter er det et overgrep og misbruk av makt.

Tilliten som ifølge deltakerne skapes i den likeverdige relasjonen er også viktig forverdighet. Men helsepersonellet må være tilliten verdig, og verne om den gjennom å se og ta vare på pasienten (Midtbø & Råholm, 2014). Den ene deltakerens beskrivelse av tillit når et av helsepersonellet delte ting om seg selv, er et bilde på hvordan man som helsepersonell og medmenneske kan ta imot den etiske fordringen om å være et lidende menneskes tillit verdig når han eller hun er i en svært sårbar situasjon. Tillitsfulle relasjoner kan bidra til tilfriskning og er derfor avgjørende for helseprosessen (Curtis & Harrison, 2001; Meier & Donmall, 2006; Cournoyer et al., 2007; Danda, 2012; Chen et al., 2015; Holland et al., 2015). Pettersen et al. (2019) hevder at nære relasjoner med helsepersonell der de profesjonelle grensene ikke overskrides, er avgjørende for å kunne starte prosessen mot å bli rusfri.

Deltakerne understreker at det er viktig at de får gå sin egen tilfriskningsvei, noe som handler om å ha medbestemmelse og å få hjelp til å finne ut hva de selv vil på en måte som har preg av verdighet. Mangel på medbestemmelse fører til avmaktsfølelser, ifølge Curtis og Harrison (2001). Dette peker på at helsepersonellet må være det Eriksson (1993) beskriver som medaktører i lidelsesdramaet til deltakerne. I denne studien handler det om å være en medlidende som støtter, er til stede og går gjennom lidelsesprosessen sammen med deltakerne på en måte som ikke tar fra dem deres medbestemmelse og integritet, men at de får utvikle seg i tråd med seg selv og i sitt eget tempo. At helsepersonellet ikke krenker deltakernes medbestemmelse kan bidra til at de kan klare bli mer selvstendige og begynne å ta ansvar for livene sine igjen, noe som ifølge Edlund og Lindwall (2017) er avgjørende for å leve et verdig liv.

Også rusbehandlingen er preget av kost-nytte- og produktivitetstenkning, og en stor del av helsepersonellets hverdag handler om rutineoppgaver. Disse oppgavene kan lett bidra til at man prioriterer instrumentelle gjøremål i stedet for å konsentrere seg om relasjonen med pasientene og hva de trenger og ønsker. Martinsen (2012) peker på at spenningen mellom gjøremålstravelhet og pasientenes beste krever mot til å velge kjærlighet fremfor gjøremål som ikke er fundert i kjærlighet. Distanseringen som deltakerne opplever blir, ifølge Alvsvåg (2017), konsekvensen når helsepersonellet utestenger kjærligheten i relasjonen. Når ikke kjærligheten og omsorgen prioriteres, anerkjennes ikke pasientens iboende rett til medmenneskelighet, i stedet kan pasienten krenkes. Eriksson (2018) viser til det indre etiske ansvaret som pålegger en til å handle i kjærlighet og gjøre det som er til det beste for den andre, selv om det strider mot organisatoriske og økonomiske pålegg. Deltakernes opplevelse av distanse og manglende kontakt med helsepersonellet, kan ifølge Danda (2012) ha årsak i negative holdninger hos helsepersonellet, noe som påvirker behandlingsprosessen og utfallet av den. Holland et al. (2015) fant at pasientene ønsket varme, omsorg og ærlighet fra helsepersonalet, men når helsepersonellet virket stresset eller trøtte søkte ikke pasientene kontakt med dem.

Kjærligheten former veien mot forsoning

Alvsvåg (2017) understreker at kjærlighet innebærer å tilpasse hjelpen til situasjonen den enkelte er i, og at kjærligheten synliggjøres gjennom støtte og omsorg. På samme måte opplever deltakerne i denne studien kjærlighet når de får den hjelpen de selv mener at de trenger. Å oppleve at man får hjelp til å forstå seg selv, sin situasjon og sitt

liv, kan tolkes som å komme til det Rehnsfeldt (2015) beskriver som livsforståelse. Det vil si at man får hjelp til helt konkrete hverdagslige ting, men på et dypere plan har helsepersonellet også en forståelse av selve livet, en ontologisk forståelse, som gjør at de kan hjelpe deltakerne til å forsones seg med sitt liv og sin situasjon. Det kan bidra til at en indre styrke vokser frem hos pasientene slik at de klarer å kjempe seg frem mot bedre liv og helse. Gjennom forsoning og den nye forståelsen av seg selv og sitt liv, kan en oppleve glede, sannhet og noe godt som gjør en i stand til å gå videre (Arman og Rehnsfeldt, 2006; Wiklund, 2008b).

Konklusjon

Kjærlighet eller mangel på kjærlighet i rusbehandlingen kan ha stor innvirkning på pasientenes behandlingsforløp. Medlidelse, verdighet, naturlig omsorg og forsoning er måter kjærlighet kan komme til uttrykk på. Mangel på kjærlighet oppleves som krenkelser og påfører deltakerne pleielidelser, og kommer til uttrykk som manglende forståelse, avvisning, objektivisering og manglende medmenneskelighet. Pasienter som bli møtt med kjærlighet kan oppleve lindring og bedre helse. Kjærligheten bør i større grad bli synlig i rusbehandlingen, og elementer som hindrer kjærligheten i å blomstre bør identifiseres og elimineres. Økt forståelse for, og refleksjon rundt kjærlighetens avgjørende rolle i møte med ruslidende kan gi helsepersonell bedre forutsetninger til å hjelpe pasienter i rusbehandling mot et rusfritt liv.

Litteratur

- Alvsvåg, H. (2012). Kärlek. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 251-263). Lund: Studentlitteratur.
- Alvsvåg, H. (2017). Kärlek. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 327-340). Lund: Studentlitteratur.
- Arman, M. (2015). Vårdande. Vårdande med grundvärden- värdighet, helhet och caritas. I M. Arman, K. Dahlberg & M. Ekebergh (Red.), *Teoretiska grunder för vårdande* (s. 180-188). Stockholm: Liber AB.
- Arman, M. & Rehnsfeldt, A. (2006). *Vårdande som lindrar lidande: Etik i vårdandet* (2. utg.). Stockholm: Liber AB.
- Chen, G. (2019). The Role of Self-Compassion in Recovery from Substance Use Disorders. *OBM Integrative and Complementary Medicine*, 4(2). <https://doi.org/10.21926/obm.icm.1902026>
- Chen, G., Elisha, E., Timor, U. & Ronel, N. (2015). Why do Adolescents Drop Out of a Therapeutic Community for People With Drug Addiction? *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 26(1), 65-77. <https://doi.org/10.1080/1067828X.2014.918002>.
- Cournoyer, L-G., Brochu, S., Landry, M. & Bergeron, J. (2007). Therapeutic alliance, patient behavior and drop out in a drug rehabilitation program: the moderating effect of clinical subpopulations. *Society for the Study of Addiction*, 102, 1960-1970. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2007.02027.x>.
- Curtis, J. & Harrison, L. (2001). Beneath the surface: collaboration in alcohol and other drug treatment. An analysis using Foucault's three modes of objectification. *Journal for Advances Nursing*, 34 (6), 737-744.

- Danda, M. (2012). Attitudes of Health Care Professionals Towards Addictions Clients Accessing Mental Health Services: What Do We Know and How can this be used to Improve Care? *Journal of Ethics in Mental Health*, 7(5).
- Edlund, M. & Lindwall, L. (2017). Vårdighet. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.) *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s.201-210). Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson, K. (1986). *Vårdandets idè*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Eriksson, K. (1990). *Pro Caritate*. Vasa: Åbo Akademi.
- Eriksson, K. (1993). *Möten med lidanden*. Vasa: Åbo Akademi.
- Eriksson, K. (1995). *Det lidende mennesket*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Eriksson, K. (2018). *Vårdvetenskap, vetenskapen om vårdandet. Om det tidlösa i tiden*. Stockholm: Liber AB.
- Fekjær, H. O. (2008). *Rus: bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historie* (3. utg.) Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hemberg, J. (2015). *The source of life, love-health`s primordial wellspring of strength*. Doktorgradsavhandling, Åbo akademi, Finland.
<https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-765-789-1>
- Hemberg, J. (2017a). Experiencing Deeper Dimensions of Gratitude, Well-being and Meaning in Life after Suffering. *International Journal of Caring Sciences*, 10(1), 10-16.
- Hemberg, J. (2017b). Finding Keys for Alleviating Human Suffering. *International Journal of Caring Sciences*, 10(1), 47-53.
- Hemberg, J., Eriksson, K. & Nyström, L. (2017). Love as the Original Source of strength for Life and Health. *International Journal of caring Sciences*, 10(2), 629-636.
- Hilli, Y. & Eriksson, K. (2017). The home as ethos and caring: A concept determination. *Nursing ethics*, 26(2), 425-455.
<https://doi.org/10.1177/0969733017718395>
- Holland, J., Rozalski, V., Beckman, L., Rakhkovskaya, L., Klingspon, K., Donohue, B., Williams, C., Thompson, L. & Gallagher-Thompson, D. (2015). Treatment Preferences of Older Adults with Substance Use Problems. *Clinical Gerontologist*, 39(1), 15–24. <https://doi.org/10.1080/07317115.2015.1101633>.
- Kassel J. D. & Veilleux J. C. (2010). Introduction: The complex interplay between substance abuse and emotion. I J. D. Kassel (Red.), *Substance abuse and emotion* (s. 3-12.). Washington, DC: American Psychological Assosiation.
- Karlsson, M. (2017). 'Bry sig om' - ett vårdvetenskapligt praxisbegrepp. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom, (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s.341-350). Lund: Studentlitteratur.
- Lindseth, A. & Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal for Caring Science*, 18(2), 145-153.
- Martinsen, K. (2012). *Løgstrup og sykepleien*. Oslo: Akribe.
- Melin, Y., Eklund, M. & Lindgren, B-M. (2017). Experinces of Living With Opioid Dependence: An Interview Study Among Individuals Paticipating in Medication-Assisted Treatment. *Issues in Mental Health Nursing*, 38, 9-17.
<https://doi.org/10.1080/01612840.2016.1235638>
- Midtbø, T. & Råholm, M-B. (2014). Når autonomien blir den verse fienden for pasienten. I H. Alvsvåg, O. Førland & F. Jacobsen (Red.), *Rom for omsorg?* (s. 193-207). Bergen: Fagbokforlaget.

- Meier, P. & Donmall, M. (2006). Differences in client and therapist views of their working alliance in drug treatment. *Journal of Substance Use*, 11(1), 73- 80. <https://doi.org/10.1080/14659890500137004>.
- Neff, K. D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity. Psychology Press*. 2: 85-101. <https://doi.org/10.1080/15298860390129863>
- Ness, O., Borg, M. & Davidson, L. (2014). Facilitators and barriers in dual recovery: a literature review of first-person perspectives. *Advances in dual diagnosis*, 7, 107-117. <https://doi.org/10.1108/ADD-02-2014-0007>
- Nordfjærn, T., Rundmo, T. & Hole R. (2010). Treatment and recovery as perceived by patients with substance addiction. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, 46-64. <https://doi.org/10.1111/j.1365-850.2009.01477.x>
- Pettersen, H., Landheim, A., Skeie, I., Biong, S., Brodahl, M., Oute, J & Davidson, L. (2019). How Social Relationships Influence Substance Use Disorder Recovery: A Collaborative Narrative Study. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 13, 1-8. <https://doi.org/10.1177/1178221819833379>.
- Rehnsfeldt, A. (2015). Livsförståelse som utgångspunkt för patientens perspektiv. I L. Wiklund Gustin (Red.), *Vårdande vid psykisk ohälsa- på avancerad nivå* (2. Utg.) (s. 61-76). Lund: Studentlitteratur.
- Repstad, P. (2007). *Sosiologiske perspektiver for helse og sosialarbeidere*. (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Skogen, J. C., Torvik, F. A., Hauge, L. J., Reneflot, A. & Ostling, G. L. (2019). Rusbrukslidelser i Norge. *Folkehelseinstituttet*. Hentet 04.04.20 fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/ruslidelser>
- Solberg, H. & Nåden, D. (2019). It is just that people treat you like a human being: The meaning of dignity for patients with substance use disorders. *Journal of Clinical Nursing*, 29(3-4), 480-491. <https://doi.org/10.1111/jocn.15108>
- Thorkildsen, K. M., Eriksson, K. & Råholm, M.-B. (2014). Kierkegaard's works of love reflected through the lens of caring. *International journal for human caring*, 18(3), 36-41. <https://doi.org/10.20467/1091-5710.18.3.36>
- Thorkildsen, K. M., Eriksson, K. & Råholm, M.-B. (2015). The core of love when caring for patient suffering from addiction. *Scandinavian Journal for Caring Science*, 29(2), 353-60. <https://doi.org/10.1111/scs.12171>.
- Von Post, I. (2000). Professionell - at vara etisk i din hålling. I K. Eriksson & U. Å. Lindström (Red.), *Gryning*. Vasa: Åbo Akademi.
- Von Post, I. (2003). Naturlig, den ursprungliga tilliten, det spontana, det äkta och ädla i vårdandet. I K. Eriksson & U. Å. Lindström (Red.), *Gryning II. Klinisk vårdvetenskap*. Vasa: Åbo Akademi.
- Wiklund, L., Lindström, U. Å. & Lindholm, L. (2006). Suffering in addiction- a struggle with life. *Theoria, Journal of Nursing Theory*, 15(2).
- Wiklund, L. (2008a). Existential aspects of living with addiction - Part I: Meeting challenges. *Journal of Clinical Nursing*, 17(18), 2426-34. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02356.x>.
- Wiklund, L. (2008b). Existential aspects of living with addiction - Part II: Caring needs. A hermeneutic expansion of qualitative findings. *Journal of Clinical Nursing*, 17(18), 2435-43. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02357.x>.
- Wiklund Gustin, L. (2017) Medlidande och 'compassion'. I L. Wiklund Gustin, & I. Bergbom, (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 353- 364). Lund: Studentlitteratur.

- World Health Organization (2022). International Classification of Diseases 11th Revision. Hentet 05.06.22 fra: <https://icd.who.int/browse11/1-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/590211325>
- The World Medical Association (2018). WMA Declaration of Helsinki-Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Hentet 09.07.20 fra: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>