



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum  
Avdeling for folkehelsefag  
4 BACH1D

Marit Stubbsjøen Kjernmoen og Hanne Dalen

Veileder: Ida Eggen

# Tilliten verdig

## Worthy of the trust

Antall ord: 11 582

Bachelor i Sykepleie – Deltid 2010

2013

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

## Sammendrag

**Problemstilling:** Hvilke faktorer har betydning for at vi som sykepleiere kan bidra til å opprette et tillitsforhold til rusmisbrukeren i tverrfaglig spesialisert rusbehandling?

**Metode:** Vi har brukt litteraturstudie som metode, og baserer oppgaven på fem utvalgte forskningsartikler, samt selvvalgt litteratur og pensumlitteratur som er relevant i forhold til tema.

**Resultater:** Sett ut i fra brukerens perspektiv kommer det fram flere punkter som ansees viktige i forhold til tilfredshet med tilbudet. At rusmisbrukeren blir godt mottatt, tatt på alvor og respektert, at de ansatte engasjerer seg og er tilgjengelige, at de ble sett på som likeverdige mennesker og at de hadde mulighet til å påvirke innholdet i behandlingen. Å inngå i et tillitsforhold innebærer en risiko. For at det mellom pasient og sykepleier skal være et forhold basert på tillit, må sykepleieren være omsorgsfull og ha god faglig kompetanse. Selve relasjonen i seg selv har en virkning i behandlingen, hvis den hjelpesøkende blir sett på som et unikt individ, og at han opplever at han blir anerkjent og sett på som likeverdig i relasjonen.

**Konklusjon:** Tillitsforholdet mellom sykepleier og rusmisbruker er avhengig av flere faktorer. Det viktigste er at rusmisbrukeren møtt som et likeverdig menneske, at sykepleieren har omsorg, empati og et ønske om å hjelpe, samt at rusmisbrukeren blir respektert og tatt på alvor og inkludert i egen behandling.

Rosen  
*Som ei rose reiser seg  
og brer ut sine kronblader.  
Slik skal jeg reise meg fra støvet.*

*Ingen skal få tråkke på meg  
og holde meg nede.  
Mitt liv og mine valg  
er viktige for samfunnet.*

*Ubetydelig, nei,  
bare litt misforstått og feiltolket.  
Gi meg litt tid og tillit,  
og jeg skal nå mine mål.*

*Sammen skal vi  
reise en skog av roser.  
Strålende i triumf*

Skrevet av en tidligere rusmisbruker.



Kilde: Colourbox

## **Innhold**

<b>1. INNLEDNING</b> .....	<b>4</b>
1.1 BEGRUNNELSE OG VALG AV TEMA .....	4
1.2 PROBLEMSTILLING .....	6
1.3 BEGRUNNELSE FOR VALG AV PROBLEMSTILLING .....	6
1.4 AVGRENSING OG PRESISERING AV PROBLEMSTILLINGEN .....	6
1.5 FORMÅLET MED OPPGAVEN .....	7
1.6 OPPBYGGING AV OPPGAVEN .....	7
<b>2. METODE</b> .....	<b>8</b>
2.1 LITTERATURSTUDIE .....	8

2.2 LITTERATURSØK .....	9
2.3 KILDEKRITIKK .....	10
2.4 RESULTATER .....	10
<b>4. TEORETISK REFERANSERAMME .....</b>	<b>16</b>
4.1 JOYCE TRAVELBEES SYKEPLEIETEORI .....	16
4.2 RUSMISBRUK OG AVHENGIGHET .....	19
4.3 RUSMISBRUK OG SELVBILDE .....	19
4.4 TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING (TSB) .....	20
4.5 RELASJONEN .....	21
4.6 TILLIT .....	22
4.7 EMPATI .....	24
4.8 Å SE MENNESKET SOM ET UNIKT INDIVID .....	24
4.9 BRUKERMEDVIRKNING .....	25
<b>5.0 DRØFTING .....</b>	<b>26</b>
5.1 TILLIT OG MISTILLIT .....	26
5.2 BRUKERMEDVIRKNING .....	28
5.3 MELLOMMENNESKELIGE RELASJONER .....	31
<b>6.0 KONKLUSJON .....</b>	<b>34</b>
<b>REFERANSER .....</b>	<b>37</b>

## 1. INNLEDNING

### *1.1 Begrunnelse og valg av tema*

Morgenmøtet var akkurat ferdig og ”Stine” satt igjen i sofaen i den lille stua med et trist uttrykk i ansiktet. På morgenmøtet har hun sammen med de andre elevene og lederne ved behandlingen diskutert mulighetene for at hun skal få reise tilbake til hjemstedet i noen dager. Hun har fått klarsignal om at det er greit at hun kan få reise. Grunnen til at Stine er lei seg, er at hun skal i begravelsen til moren til en av sine beste venner. Hun har selv mistet moren sin, og kan relatere til dette. Under morgenmøtet får hun en del spørsmål fra både ledere og elever i forhold til hva hun skal gjøre dersom hun blir fristet til å ruse seg mens hun er på hjemreise. Det er viktig at elevene har en kriseplan dersom de skulle falle for fristelsen, og henfalle til gamle vaner. Nummeret til behandlingsstedet er alltid åpent, og Stine bedyrer at hun skal

ringe dersom behovet skulle melde seg. Det blir avtalt daglig kontakt over telefon. Stine er veldig sikker på at dette ikke blir et problem, og er overbevisende i sin argumentasjon.

Stine er en ung kvinne som de siste årene har hatt et økende misbruk av illegale rusmidler, noe som har utviklet seg til å bli et avhengighetsproblem. Hun er nå i starten av et behandlingsopplegg. Hennes familiehistorie er komplisert, og for oss andre som har vokst opp med trygge rammer og en familie som bryr seg, blir kontrastene store. Moren er som sagt død, og faren er tungt inne i et kriminelt miljø. Stine er en tilsynelatende selvsikker kvinne, som ikke er redd for å ytre meningene sine, på godt og vondt.

I femte semester hadde vi praksis innen psykiatrien. Et nytt og spennende felt for oss begge. Med praksis i henholdsvis psykiatritjenesten i kommunen og i et heldøgns behandlingsopplegg for rusmisbrukere, sto vi på utrygg og spennende grunn. I løpet av denne praksisperioden har vi blitt spesielt interessert i rusmisbrukeren og deres komplekse problemer. Vi har reflektert over relasjonen mellom sykepleier og pasient i behandling. Pasient og helsepersonell stiller på hver sin plattform med ulike bakgrunn og for forståelse. Hvordan møter vi den andre for å opparbeide et tillitsforhold, og hvilke faktorer påvirker dette tillitsforholdet?

Stine skulle reise hjem dagen etter møtet, og måtte ordne med klær og overnatting. Jeg ville gjerne hjelpe henne, slik at hun kom seg i orden til hun skulle reise. Samtidig håpet jeg på å få snakke litt med henne. Vi snakket om løst og fast. Hun kom selv inn på familien, og jeg passet på å ikke presse på med mange spørsmål, men lot henne få fortelle det hun ville. Når det kommer til begravelsen, spør jeg forsiktig om hva hun tenker om det. Hun svarer at selv om det er vanskelig føles det viktig for henne å stille opp. Jeg tenker at selv om hun er tøff på utsiden er hun både sterk, tapper og modig.

Stine drar, men dagen etter kommer beskjeden. Hun har dratt til hovedstaden. Det hadde aldri vært noe dødsfall. Hun hadde funnet på alt, og dratt til Oslo for å ruse seg. Med en følelse av å være lur, dum og naiv, snakket jeg med en av mine veiledere i etterkant. Det som opplevdes som et tillitsforhold viste seg å være bare tull. Veilederen min sier at man er nødt til å møte elevene med tillit, ikke mistanke. Ja visst kom vi til å bli lur. Og visst hadde *de* blitt lur. Mange ganger. Jeg tenkte mye på dette i ettertid. En god relasjon bygger blant annet på

gjensidig tillit. Jeg forsto at i arbeid med mennesker med denne typen problemer må man gi mye av seg selv. Hvordan får vi til tillitsforholdet?

Vi møter rusmisbrukere i mange ulike deler av helsetjenesten. Det kan være vanskelig å vite hvordan man skal forholde seg til denne gruppen, ettersom dette er noe vi har lite kunnskap om og noe som det ikke er så mye fokus på i sykepleieutdanningen. Dette er et tema vi ønsker å sette oss bedre inn i, noe vi ønsker å lære mer om.

## ***1.2 Problemstilling***

Hvilke faktorer har betydning for at vi som sykepleiere kan bidra til å opprette et tillitsforhold til rusmisbrukeren i tverrfaglig spesialisert rusbehandling?

## ***1.3 Begrunnelse for valg av problemstilling***

Rusmisbrukere i behandling må ofte gjennomgå en krevende endringsprosess over tid. Endringsprosessen innebærer forandringer i synet på seg selv og på omverdenen. For å komme ut av rusmiddelavhengigheten kreves det tid og tålmodighet, både av rusmisbrukeren og behandleren (Bramness, 2011). Et gjensidig tillitsforhold mellom behandler og rusmisbruker i behandling er av betydning for om brukeren lykkes med å nå sine mål. Vi har reflektert over hvilke faktorer som spiller inn når det gjelder å skape dette tillitsforholdet mellom sykepleier og rusmisbruker. Problemstillingen mener vi er viktig for sykepleiere, ettersom vi møter mennesker med rusproblemer på mange nivåer i helsesektoren. Kunnskap om hvordan man møter disse menneskene på en måte som skaper tillit, kan hjelpe oss til å skape gode relasjoner, som i sin tur kan hjelpe rusmisbrukeren på sin vei mot målet.

## ***1.4 Avgrensning og presisering av problemstillingen***

I denne oppgaven har vi valgt å skrive om tillitsforholdet mellom sykepleier og rusmisbruker, og om ulike faktorer som må være til stede for at dette forholdet kan utvikles. På grunn av oppgavens ordbegrensning har vi valgt å fokusere på voksne rusmisbrukere i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Innen TSB kan det være kvinner og menn i ulike aldre, som har misbrukt forskjellige rusmidler i kortere eller lengre perioder av livet. I oppgaven velger vi å se på tillitsforholdet mellom pasient og sykepleier uavhengig av kjønn, alder, type misbruk og varighet av misbruket. Felles for pasientene er at de av egen fri vilje er i et behandlingsopplegg der målet er å bli rusfri. Vi går heller ikke i dybden på ulike rusmidler, virkning og skadevirkning, da dette ikke er fokus for oppgaven.

Begreper som vi fokuserer på i oppgaven er tillit, empati, mellommenneskelige relasjoner og brukermedvirkning som verktøy for å oppnå tillitsforhold mellom rusmisbruker og sykepleier i behandlingen.

### ***1.5 Formålet med oppgaven***

Formålet med oppgaven er å belyse problemstillingen, slik at vi som sykepleiere kan opparbeide oss kunnskap, for å møte rusmisbrukeren i behandling på en måte som skaper tillit. Gjennom arbeidet med oppgaven ønsker vi å finne ut hvilke momenter som kan være viktige for å oppnå dette tillitsforholdet mellom sykepleier og pasient i TSB.

### ***1.6 Oppbygging av oppgaven***

Oppgaven er bygd opp av en innledning hvor vi beskriver et case fra praksis. Videre i innledningen gjør vi rede for valg av problemstilling, formål og avgrensning av oppgaven. Caset vi har brukt er anonymisert slik at det ikke er gjenkjennbart, og brukes videre i oppgaven for å presisere og eksemplifisere ulike temaer. Metodedelen kommer etter innledningen. Her gjør vi rede for valg av metode, litteratursøk, ulike databaser og søkeord vi har benyttet oss av. Metodedelen inneholder også en presentasjon av aktuelle forskningsartikler og kritikk av disse. Teorien presenteres i et eget kapittel. Vi bygger oppgaven på Joyce Travelbees sykepleieteori. Videre i teoridelen gjør vi rede for relasjonbegrepet, hvor vi tar for oss tillit, empati og fokuset på hvert enkelt menneske som et unikt individ. Videre skriver vi kort om rusmisbrukeren, rusmidlenes virkning på hjernen, rusmisbruk og selvbilde, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og brukermedvirkning. I drøftingsdelen prøver vi med hjelp av teori, forskning og egne erfaringer å finne svar på problemstillingen. Avslutningsvis besvarer vi problemstillingen i en konklusjon.

## 2. METODE

Metode sier noe om hvordan vi skal arbeide for å skaffe til veie kunnskap og hvordan vi skal etterprøve denne. Vår problemstilling og valg av tema ligger til grunn for hvilken type metode vi ønsker å benytte, slik at vi får belyst problem og tema på en faglig holdbar måte (Dalland, 2007).

**Kvantitativ forskning:** Dette er undersøkelser, der resultatet er gjort om til målbare enheter, for å kunne forklare et fenomen. Et eksempel kan være store befolkningsundersøkelser (ibid.).

**Kvalitativ forskning:** Disse undersøkelsene baserer seg på meninger og følelser som er knyttet rundt et fenomen. Dette er data som ikke er målbare.

Begge metodene gir både sammen og hver for seg en bedre forståelse av et fenomen og av det samfunnet vi lever i (ibid).

### 2.1 Litteraturstudie

I vår oppgave søker vi svar på problemstillingen gjennom drøfting og diskusjon av forskning og litteratur som allerede er utgitt. Oppgaven er med andre ord en litteraturstudie (Lindseth, 2012). Gjennom bruk av pensumlitteratur, selvvalgt litteratur, kvalitative og kvantitative forskningsartikler, samt fagartikler, belyser vi problemstillingen. Ved å bruke eksempler fra praksis opp mot det vi har funnet i forskning og litteratur får vi knagger å henge den nye kunnskapen på. Oppgaven er skrevet ut i fra retningslinjer for bacheloroppgaver i sykepleie ved Høgskolen i Hedmark.

Ut i fra problemstillingen ønsket vi å finne litteratur om relasjonen mellom sykepleier og rusmisbruker i behandling, med fokus på tillit, empati og brukermedvirkning. Vi gikk først til pensumlitteraturen, her fant vi temaer som var relevante for problemstillingen.

I pensumlitteraturen for psykisk helse fant vi noe relevant litteratur om temaet rus og rusomsorg, i blant annet *Helt – ikke stykkevis og delt* (Hummelvoll, 2012). Relasjonen mellom sykepleier og pasient innen psykisk helse, mener vi er overførbart til relasjoner innen rusomsorgen. *Sykepleie og Etikk* (Slettebø, 2009) og *Etikk i Sykepleien* (Brinchmann, 2010) samt *Kommunikasjon i relasjoner* (Eide & Eide, 2010) er pensumlitteratur som vi har benyttet gjennom hele oppgaven.



Selvvalgt litteratur har vi funnet på biblioteket ved høgskolen og gjennom søk i BIBSYS, hvor vi har lett etter bøker innen temaer som omfatter *rusmisbruk, rusbehandling, tillit, relasjoner mellom sykepleier og pasient, helsehjelp til personer med rusproblemer, sykepleieteori og brukervedvirkning*. Selvvalgt litteratur er merket i litteraturlisten med \*. Vi har bygget oppgaven på fem forskningsartikler, samt flere hele bøker selvvalgt litteratur, sideantallet kommer litt i overkant av 1000 sider. Vi oppfyller dermed kravet om at besvarelsen må bygge på minst 400 sider selvvalgt litteratur.

Fag og forskningsartikler har vi funnet gjennom søk i ulike databaser. Dette blir nærmere redegjort for i neste kapittel.

## **2.2 Litteratursøk**

Tidlig i skriveprosessen fikk vi hjelp av en bibliotekar ved Høgskolen i Hedmark til å orientere oss i ulike databaser. Hun ga oss tips om hvordan vi kunne komme fram til konkrete og relevante søkeord i forhold til vår problemstilling. For søk i ulike databaser fant vi fram til MeSH-termer, i tillegg til at vi satte vi oss inn i bruken av tsauruser. Dette ga oss god hjelp i å finne standardiserte søkeord for den databasen vi benyttet oss av, noe som igjen ga oss flere relevante treff på det vi søkte etter.

Databasene vi søkte i var først og fremst EBSCO Host, hvor vi haket av for databasene Cinahl og Academic search premier. Vi har også gjort flere søk i SweMed+, Helsebiblioteket, Idunn og Google Scholar. Videre har vi søkt etter artikler på sykepleien.no og på sirus.no. Det har gått med mye tid på å lete etter gode artikler, og vi fant tidlig ut at det var vanskelig å finne god og relevant forskning som gikk direkte på tillitsforholdet og relasjonen mellom sykepleier og rusmisbruker i behandling. Artikkene vi har funnet, mener vi likevel er relevante i forhold til oppgaven.

På leting etter forskningsartikler hadde vi noen kriterier; litteratur som var eldre enn 2002, var ikke aktuell, og det var viktig å finne fag og forskningsartikler i fulltekst.

Søkeordene vi brukte for å komme fram til forskningsartiklene er listet opp i tabellen på under. Søkeordene er brukt hver for seg og i ulike kombinasjoner i de forskjellige databasene.

Consumer participation	Rusmisbruker
Substance abuse	Kommunikasjon
Empathy nurses	Relasjoner
Nurse-patient-relations	Relasjoner
Communication	Rusomsorg
Substance related disorders	Positive relasjoner
Patients perspective	Empati
Trust	Etiske dilemmaer
Mutual Trust	Brukermedvirkning
Consumer Participation	Rusomsorg
Relation	

### ***2.3 Kildekritikk***

Kildekritikk vil si å vurdere litteraturens relevans og gyldighet i forhold til den gitte problemstillingen (Dalland, 2007).

Vi anser pensumlitteratur som sikre kilder, da den er godkjent av høgskolen i Hedmark. Databasene vi har brukt anbefales også av høgskolen. Artikkene er nøye vurdert med tanke på hvordan de er oppbygd. Det er viktig at forskningen har en introduksjon, at metoden kommer tydelig fram, og at resultatene er grundig presentert. Vi har gjort vurderinger i forhold til hver enkelt artikkel med tanke på faglig holdbarhet, relevans og validitet. Utenlandske studier var lettere å finne enn norske. Vi har vurdert de utenlandske artikkene med tanke på om de er overførbare til norske forhold.

### ***2.4 Resultater***

Gjennom systematisk søk i ulike databaser har vi kommet fram til flere forskningsartikler som vi vil bruke videre for å belyse problemstillingen. Følgende kommer en oversikt over funnene vi har gjort.

**Hva er viktig for pasienter innen rusbehandling?** (Dahle & Iversen, 2011).

Søkeord: Rusmisbruker

Database: Google scholar

#### *Introduksjon:*

Opptrappingsplanen for rusfeltet, 2009 slår fast at tjenester for rusmisbrukere skal være individuelt tilpasset, og at brukererfaringer skal brukes i kvalitetsarbeidet. Kunnskapssenteret har utviklet en metode for å kartlegge brukerens erfaringer med behandling innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

#### *Metode:*

Kvalitative intervjuer med 13 pasienter ved tre institusjoner, en ruspoliklinikk og to avrusningsinstitusjoner. Utvalget bestod av syv kvinner og seks menn mellom 18 og 63 år som har ulike erfaringer fra rusmisbruk. Intervjuene var semistrukturerte, der samtalen styres av forskeren, og ble innledet ved at informantene ble spurt om hva som var viktig under behandlingen. Alle intervjuene ble utført på et skjermet rom. Det ble gjennomført en innholdsanalyse av resultatene. Intervjuene ble skrevet mest mulig ordrett for å få et så sannferdig bilde av intervjusituasjonen som mulig.

#### *Resultater:*

Resultatene av studien viser at pasientene har ulike behov og meninger i forhold til tilbudet. Fire punkter kommer fram som viktig hos alle informantene.

1. God mottakelse og trygge rammer
2. Bli tatt på alvor og respektert
3. Tilgjengelige ansatte og meningsfulle program
4. God og tett oppfølging etter utskrivning

#### *Kildekritikk:*

Formålet med studien er tydelig, og en kvalitativ tilnærming er hensiktsmessig for å få frem brukerens perspektiv. Problemstillingen er relevant i forhold til vårt fag, da brukerens perspektiv er viktig å vite noe om for oss som sykepleiere, dersom vi skal kunne utvikle et tillitsforhold til brukeren. Studien ble gjennomført med 13 informanter, utvalget var med andre ord ikke så stort. Men informantene varierte i kjønn, alder, type og varighet av misbruk, og var plukket ut fra ulike institusjoner, noe som gjør bredden god nok, til tross for det lille utvalget. Data ble innhentet ved hjelp av et semistrukturert intervju, noe som tillater

informantene til å snakke ganske fritt. Vi mener dette er en god metode å få frem tanker og meninger fra den enkelte bruker. Hovedfunnene presenteres oversiktlig, og forfatterne har tatt med direkte sitater fra informantene. Studien er av nyere dato, noe som gjør den aktuell, da det de senere årene har skjedd mye innen rusfeltet med tanke på brukerperspektivet.

**Numbers and narratives. Relations between patient satisfaction, retention, outcome and program factors in outpatient substance abuse treatment** (Thylstrup, 2011).

Søkeord: Relasjon + kommunikasjon

Database: SweMed+

*Introduksjon:*

Resultater av rusbehandling er tradisjonelt målt i om brukeren har blitt værende i behandlingen og i hvilken grad brukeren er avholds, i jobb, utenfor kriminalitet og sosiale tjenester etter behandling. Det finnes få studier som fokuserer på pasientens perspektiver på rusbehandling. Det er en utfordring innen rusomsorgen at brukeren avslutter behandlingen for tidlig. Tiltak som kan bidra til at rusmisbrukeren fortsetter i behandling kan gi helsemessige gevinster.

*Metode:*

Åtte danske ruspoliklinikker var omfattet i studien. Data ble samlet inn fra 186 pasienter. Studien er både kvantitativ og kvalitativ. Den kvantitative delen av studien omfattet en screening ved oppstart og oppfølgende intervjuer etter 6 måneder. Her ble det også inkludert et spørreskjema som gikk på brukerens tilfredshet med behandlingen. Den kvalitative delen omfattet pasientenes egne erfaringer gjennom et semistrukturert intervju.

*Resultater:*

Funn i studien støtter opp under forskning som allerede finnes på området. Resultatene fra studien identifiserer viktige tiltak som gjør at pasienten er tilfreds med, og blir i behandlingen. Forskningen ga verdifull info om hvilke tiltak som bør inkluderes i behandlingstilbud innen rusomsorgen. For brukerne var det viktig at behandlingsatmosfæren var god, at de følte seg ivaretatt og velkommen, og at det var et sted hvor de kunne få den hjelpen de trengte. Mange av brukerne fremhever viktigheten av at de ansatte brydde seg om dem, at de var tilgjengelige, både når det kom til praktisk hjelp og støtte, og til individuelle samtaler. Det ble lagt vekt på viktigheten av å ikke bare beskrive hensikten med behandlingen, men at det ble gjort på en

måte som ga mening for pasienten. Pasientene la vekt på at deres behandlingsmål og drømmer ble en del av planen for behandlingen.

#### *Kildekritikk:*

Formålet med studien kommer tydelig fram. Når metoden er både kvantitativ og kvalitativ vil dette gi en bredere forståelse av sammenhengen mellom pasientenes tilfredshet med behandling, om de fortsatte i behandlingen, deres avholdenhet fra rusmidler sett sammen med brukerens eget perspektiv. Studien er av nyere dato, og er relevant for vårt fag og vår problemstilling. Studien er dansk, men vi mener at den er overførbart til norske forhold.

#### **A concept analysis of nurse-patient trust (Bell & Duffy, 2009).**

Søkeord: Nurse-patient + trust + relation

Database: Academic search premier gjennom EBSCO Host

#### *Introduksjon:*

Hensikten med analysen er å gi en bredere forståelse av begrepet tillit i sykepleier-pasientforholdet. Forfatteren ønsker å belyse kompleksiteten som ligger i å utvikle et tillitsforhold, og hvordan dette forholdet påvirker sykepleie i praksis. Forfatterne påpeker at begrepet er for uklart i sykepleiepraksis. Forfatterne ønsker, gjennom en konseptanalyse å finne en teoretisk definisjon på begrepet tillit, slik at begrepet blir gjenkjennelig, forståelig og mer felles innen sykepleiepraksis.

#### *Metode:*

Forfatterne har gjort en konseptanalyse gjennom søk i ulike databaser og endte opp med 20 artikler som inngikk i analysen. Forfatterne har redegjort utvelgelsen av de inkluderte forskningsartiklene grundig. De ønsker å analysere begrepet tillit i sykepleier-pasientrelasjonen ut i fra eksisterende litteratur, for å hjelpe sykepleiere til å etablere tillitsforhold til pasienter.

#### *Resultater:*

Dersom det skal kunne oppstå et tillitsforhold mellom sykepleier og pasient, må det finnes en grunn til at pasienten skal inngå i forholdet. Sykepleieren må ha god faglig kompetanse, være omsorgsfull, samt vise forståelse for at det for pasienten innebærer risiko å begi seg inn i forholdet.

### *Kildekritikk:*

I følge Tofthagen og Fagerstrøm (2010), er konseptanalyse en god måte å studere et fenomen på. En konseptanalyse kan bidra til å klargjøre og forklare konsepter som er sentrale innenfor sykepleie. Denne artikkelen er relevant i forhold til vår problemstilling, ettersom den bidrar til å gi en bedre forståelse av hva som ligger i begrepet tillit.

**Exploring the role of consumer participation in drug treatment** (Brener, Resnick, Ellard, Treloar, & Bryant, 2009).

Søkeord: Consumer participation + substance abuse

Database: CINAHL gjennom EBSCO host

### *Introduksjon:*

Selv om det er allmenn enighet om at det er klare fordeler ved brukermedvirkning, finnes det lite forskning på dette innen rusbehandling. Denne forskningsartikkelen fokuserer på brukere av illegale rusmidler og hvordan brukerne selv ser brukermedvirkning i forhold til hvor fornøyd de er med behandlingen.

### *Metode:*

Forskningen er en metaanalyse, det vil si en analyse av analyser. Denne metoden benyttes for å gi en oppsummering av forskning som allerede er gjort innen et bestemt område (Leksikon, 2013). 492 deltakere er trukket ut fra en større studie som omfattet 685 rusmisbrukere, avhengige av enten opiater eller psykostimulerende stoffer. Rekruttering foregikk både i landlige og urbane strøk av Australia, og områdene ble valgt ut på grunnlag av innbyggertall og muligheten for tilrettelegging i forhold til rekruttering. Behandlingstilbudene som ble inkludert i studien var: Bolig-rehabilitering, avrusning, farmakoterapi, rådgivningstjenester/terapi. Brukere som nylig hadde vært i behandling, men som ikke per dags dato er i noe behandlingsopplegg ble rekruttert fra sprøyteprogrammer, brukerorganisasjoner for narkomane, ungdomsprogrammer og gjennom flygeblader i nattklubber.

### *Resultater:*

Måloppnåelse for behandling ble bare målt hos de 163 deltakerne som hadde fullført behandling. Funnene i studien bekrefter det faktum at når brukervedvirkningen er reell, fører dette til større tilfredshet med behandlingsopplegget for den enkelte bruker, uavhengig av type behandling brukeren er i, samt at det fører til en større sjanse for at brukeren når sine mål.

*Kildekritikk:*

Forfatterne fremhever at studien har sine begrensninger ved at den er utforskende, og representerer et første skritt mot å kartlegge sammenhengen mellom brukervedvirkning, tilfredshet med behandlingen og måloppnåelse. En annen svakhet ved studien er at fakta ikke er målbart ut i fra andre kriterier enn selvrapportering fra brukerne.

Forskningen er en metaanalyse, og den bredere studien som denne forskningen er basert på, hadde ikke brukervedvirkning som sitt hovedfokus når de gjennomførte studien. Forfatterne understreker viktigheten av å fokusere på forskning som retter seg mot brukervedvirkning i første omgang. Forfatterne hevder at selv om studien har begrensninger, støtter den hypotesen om at brukervedvirkning er viktig for at brukeren skal være tilfreds med sitt behandlingstilbud. Studien viser at brukere som har innflytelse over sitt eget behandlingstilbud på ulike nivåer i helsetjenesten har større sjanse for å bli fornøyd med behandlingen, i tillegg til økt måloppnåelse.

Studien er fra 2009 og fra Australia. Ettersom studien ikke retter seg mot bestemte behandlingsopplegg, men handler om brukerens perspektiv og opplevelse av medvirkning i egen behandling, mener vi at studien er overførbar til norske forhold. Vi har lett mye etter forskning på dette området, men så langt vi kan se finnes det ikke mye.

**Anerkjennelsens betydning for en hjelpende relasjon: Om selvforståelse og andreforståelse** (Halvorsen, 2009).

Søkeord: Positive relasjoner i rusomsorgen

Database: Google Scholar

*Introduksjon:*

Denne studien har fokus på relasjonen mellom hjelper og den hjelpesøkende. Den består av to undersøkelser. Vi velger å fokusere på den delen av studiet, som ønsker å finne svar på hvilke

menneskelige betingelser som skal til, for at relasjonen mellom hjelper og hjelpesøkende skal bli en positiv opplevelse.

#### *Metode:*

Studien har en kvalitativ, fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Det vil si at man så fordomsfritt som mulig prøver å sette seg inn i et tema, og resultatet fortolkes for å skape mening. 9 deltakere, derav 6 kvinner og 3 menn i alderen 30 til over åtti år, ble intervjuet. De hadde alle, lang erfaring med behandling i psykisk helsevern, og med relasjonen mellom hjelper og hjelpesøkende. Intervjuene ble utført på en semistrukturert måte, der samtalen blir til mellom to personer som snakker ganske fritt om et tema som begge er opptatt av.

#### *Resultater:*

Studien fastslår at relasjonen har virkning i behandlingen. Det er viktig at den hjelpesøkende blir sett og hørt, som et unikt menneske. Og det er viktig at de får en opplevelse av anerkjennelse og likeverd i samhandling med hjelperen. Hvis ikke den hjelpesøkende blir møtt med forståelse og anerkjennelse, vil vedkommende føle seg krenket. Det å bli sett av noen styrker selvbildet og selvtilliten.

#### *Kildekritikk:*

Artikkelen er relevant for vår problemstilling, i og med at den fokuserer på hva pasienten føler er viktige faktorer, for å kunne få en positiv relasjon og et godt utbytte av behandlingen. Selv om deltakerne i studien er rekruttert fra psykisk helsevern, føler vi det kan relateres til behandling i rusomsorgen, da anerkjennelse og forståelse er begreper som er viktige i alle mellommenneskelige forhold. Artikkelen er av nyere dato, og i tillegg er den norsk.

## **4. Teoretisk referanseramme**

### ***4.1 Joyce Travelbees sykepleieteori***

Joyce Travelbee ble født i New Orleans i USA i 1926. Som psykiatrisk sykepleier har hun rettet mye av sin oppmerksomhet mot mellommenneskelige forhold i sykepleien. Hennes bok Mellommenneskelige forhold i sykepleie beskriver hvordan hun legger vekt på empati som en viktig holdning hos sykepleiere. Hun er også opptatt av kommunikasjon i sykepleie, og sykepleierens evne til å bruke seg selv terapeutisk (Kristoffersen, 1996)



Joyce Travelbee legger vekt på at sykepleie er en mellommenneskelig prosess. I sin bok *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1999) forklarer hun dette med at det alltid dreier seg om mennesker: ”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleierpraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig finne mening i disse erfaringene (s. 29).”

Det finnes mange definisjoner på sykepleie, men Travelbees definisjon har fokus på det mellommenneskelige. Hun legger vekt på at den som lider skal hjelpes til mestring og opplevelse av mening gjennom menneske-til menneske-forhold. I forhold til å danne gode relasjoner til rusmisbrukere i en behandlingssituasjon, mener vi at begrepet mellommenneskelighet bør stå sterkt. Derfor har vi valgt å i stor grad støtte vår oppgave på hennes teori.

Travelbee er svært opptatt av at hvert menneske er et unikt individ, og er som følge av dette sterkt i mot pasient-begrepet. I forhold til sykdom og lidelse mener Travelbee at dette er noe et hvert menneske vil oppleve i løpet av livet. Men lidelsen er unik og personlig. Ingen lider altså på samme måte. Dette er noe vi som sykepleiere må være vare ovenfor når vi skal hjelpe den enkelte til å mestre lidelse, i følge Travelbee (Kristoffersen, 1996).

Den profesjonelle sykepleier er den som har en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte til pasientenes problemer og som klarer å bruke seg selv terapeutisk (Travelbee, 1999). Når Travelbee snakker om å anvende en disiplinert intellektuell tilnærming til pasienter, mener hun at dette er noe som sykepleieren må inneha som egenskap, men også at sykepleieren i tillegg er avhengig av kunnskap og innsikt i begreper og prinsipper fra sykepleievitenskap og medisin. ”Teoretisk innsikt er verdifull, men mer verdifull læring skjer når en får anledning til å studere virkningen av egen atferd på andre” (ibid., s. 44).

”Vi har en generell tendens til å kategorisere individer. Dermed reagerer vi på kategorien i stedet for på individet” (ibid., s. 61). Dette som Travelbee setter fingeren på her er dette med pasient-begrepet. Dersom vi setter alle pasienter i samme kategori og tillegger dem egenskaper som er typisk for pasienten, kan vi risikere å overse unike og individuelle aspekter ved det enkelte mennesket. Det kan føre til at vi ikke ser pasientens egentlige behov dersom vi

setter det enkelte individ inn i en generalisert gruppe. En kvinne som kommer inn til behandling (TSB) etter et mangeårig heroinmisbruk og et problematisk og voldelig forhold til kjæresten kan fort bli satt inn i gruppen med de andre ”underkuede, voldsutsatte, narkomane kvinnene”. Vi har et generelt syn på dem. Vi vet noe om denne gruppen og hvordan vi skal tilnærme oss dem. Men for ”Kari” som er i behandling kan historien være en annen. Det er på grunn av dette at Travelbee er så sterkt i mot pasient begrepet. Vi kan risikere å miste det unike ved hver enkelt pasient når vi ”sorterer” mennesker i kategorier.

Som nevnt er Travelbees teori bygget på sykepleie som en mellommenneskelig prosess. For at sykepleieren og pasienten skal få et menneske til menneske forhold må forholdet mellom de to gjennomgå flere faser. Travelbee beskriver fem faser i denne prosessen (Travelbee, 1999):

1. Det innledende møtet: Sykepleieren møter og observerer pasienten for første gang. Det innledende møtet bør bære preg av at sykepleieren møter pasienten med åpne øyne, uten fordommer, prøver å gjøre noen observasjoner og danne seg et førsteinntrykk. Sykepleieren skal tilstrebe å se mennesket, ikke bare pasienten. Travelbee reflekterer over at evnen til å se mennesket bak pasienten i stor grad bestemmes av sykepleierens interesse for andre som enkeltindivider, ikke som pasienter i bestemte kategorier.
2. Framvekst av identiteter: Her etableres tilknytningen til den andre og sykepleierens oppgave blir å se den andre som et unikt menneskelig individ. Samtidig skjer en atskillellesprosess i at de to partenes identiteter vokser fram. Tilknytning mellom de to partene utvikler seg og kategoriene, for eksempel sykepleier og rusmisbruker viskes mer og mer ut.
3. Empatifasen: I empatifasen beskriver Travelbee en prosess der den enkelte nesten umiddelbart har evne til å forstå og sette seg inn i hva den andre føler her og nå. Travelbee understreker at når et forhold har utviklet seg til å bli et empatiforhold, vil interaksjonen mellom partene for alltid være forandret.
4. Sympati og medfølelse: Det at sykepleieren har sympati og medfølelse med den andre, vil si at hun har en oppriktig følelse av at den andres lidelse angår en, og at hun har et ønske om å lindre.

5. Gjensidig forståelse og kontakt har utviklet seg gjennom de foregående faser. Dette er en del av det mellommenneskelige forholdet som Travelbee mener er et grunnlag for å nå sykepleiens formål. Det viser at det har oppstått en relasjon mellom to parter som er tuftet på tillit og en spesiell måte å forstå hverandre på.

#### ***4.2 Rusmisbruk og avhengighet***

Avhengighet er en kronisk tilbakevendende sykdom, som kan forklares som tap av selvkontroll. Personen får et tvangsmessig forbruk av rusmidler på tross av kunnskaper og erfaringer om at dette vil kunne få fysiske og psykiske konsekvenser. I Norge er det anslagsvis 2 – 300 000 personer som sliter med alkoholproblemer, minst 20-30 000 har et problemfylt forhold til narkotika og minst 30 – 50 000 har et avhengighetsproblem knyttet til reseptbelagte legemidler. Dette er tall som antagelig er større, da det er vanskelig å få eksakte mål på antall avhengige. Uansett er dette et stort problem i samfunnet som ikke bare har ringvirkninger både hos den enkelte misbruker, men også familie, venner og andre som har relasjoner til den enkelte (Bramness, 2011).

De vanligste avhengighetsskapende stoffene er Nikotin, alkohol, narkotiske stoffer som kokain, cannabis, amfetamin og heroin og legemidler som sovetabletter, smertestillende og beroligende midler (Helsedirektoratet, 2010).

Noen fellestrekk har alle rusmidler like etter inntak, som nedsatt konsentrasjon, følelsen av velvære, nedsatt hukommelse og evnen til å lære, økt trang til impulsive handlinger og nedsatt kritisk sans. De ulike rusmidler har også ulike virkninger. Sovemidler, beroligende, alkohol og smertestillende har alle en dempende/sløvende effekt. LSD, Cannabis og Ecstasy gir hallusinasjoner. Kokain og amfetamin gir økt motorisk aktivitet og virker stimulerende. Effekten av rus varierer fra noen minutter til flere timer (Folkehelseinstituttet, 2013).

#### ***4.3 Rusmisbruk og selvbilde***

I følge Allen 2001, Allen m.fl. 2008, påvirker traumer vårt selvbilde i den forstand at vi kan få et forstyrret kroppsbilde, føle skam, skyldfølelse og ha en grunnleggende mistillit til andre mennesker (Referert i Arefjord, 2011).

Starten på rusmisbruk kan være fremkalt av traumer i barndommen, men det kan også være genetisk, nevrologisk og fysisk utløsende faktorer, uten at vi velger å komme nærmere inn på disse faktorene, på grunn av oppgavens ordbegrensning (Lossius, 2011).

Rusen kan bli en virkelighetsflukt for mange som kanskje har problemer i nære relasjoner med foreldre, skole og venner. Disse manglende relasjonene kan føre til et dårlig selvbilde. Rusens virkning på hjernen er de samme som når vi føler lykke og glede over å ha et fellesskap med noen, og den øker selvfølelsen for en stund (ibid).

Selvbilde kan forklares med hvordan vi oppfatter oss selv. Denne oppfattelsen kan være både positiv og negativ. Grunnlaget for vårt selvbilde dannes i barndommen, ved hjelp av relasjoner rundt oss som gjør at vi føler oss respektert og satt pris på. Men vårt selvbilde kan også svekkes eller bedres alt ettersom hvilke erfaringer vi gjør oss underveis i livet (Håkonsen, 2006).

En studie om elevers og ansattes erfaringer og opplevelser fra Tyrilistiftelsen (2008), konkluderer med en sammenheng mellom dårlige nære relasjoner, nedsatt mestringfølelse og dårlig selvbilde, som kan føre til rusmisbruk, noe som igjen har en utløsende faktor for utvikling av dårlig psykisk helse. Her kan nevnes for eksempel utvikling av spiseforstyrrelser, der man ofte har et dårlig selvbilde (Malming, 2008).

#### ***4.4 Tverrfaglig Spesialisert Rusbehandling (TSB)***

Tidlig intervensjon er viktig i behandlingstilbudet til denne pasientgruppen, men dette er ofte lettere sagt enn gjort. Terskelen for å søke hjelp er høy, og hjelpeapparatet har en stor utfordring for å få disse pasientene til å fokusere på et liv uten rus. En kartlegging av pasientens behov er viktig, for å kunne legge opp til et behandlingstilbud som er tilpasset hver enkelt, da det ofte er store individuelle forskjeller (Lossius, 2011).

Spesialisthelsetjenesten har ansvaret for TSB, noe som ble innført når rusreformen kom på banen i 2004. Den foregår i poliklinikker og som kort, og langtidsbehandling. Behandlingen her består av planlagte tiltak, som streber etter å gi positive endringer hos den enkelte pasient. Disse tiltakene skal gi resultater i form av økt mestring og bedring av pasientens rusproblemer. Tverrfaglig og spesialisert betyr at det skal tas hensyn til både sosialfaglige og

helsefaglige perspektiver i behandlingen og kunnskapsnivået skal være bredt og på et spesialistnivå. Det finnes foreløpig ingen nasjonale retningslinjer som sier noe om behandlingstilbudets innhold, men disse er under utarbeidelse og forventes ferdig i 2015. Uten retningslinjer kan det være vanskelig å definere helsepersonell sin funksjon, roller og ansvar (Sælør & Bjerknes, 2012).

Behandlingen tilrettelegges etter prinsippet om at hver enkelt pasient er et unikt individ. Det finnes ingen fasit på hva som er riktig behandling. Det må tas hensyn til alle pasientens problemer, både fysiske, psykiske og sosiale. Det er også viktig med en god relasjon mellom behandler og pasient, der det legges vekt på gjensidig respekt, forståelse og empati (Kronholm, 2011).

#### **4.5 Relasjonen**

Begrepet relasjon kommer av det latinske ordet *relatio*. Ordet betyr egentlig hvordan en gjenstand står i forbindelse med en annen, men i dagligtale omhandler begrepet forholdet mellom mennesker (Eide & Eide, 2010).

Vanlige skader som følge av rusmisbruk er redusert impuls kontroll og skader i form av relasjonsutfordringer med andre mennesker. En studie som ble gjort av Rossberg m.fl.(2007) viser at samspillet mellom behandler og pasient har stor innvirkning på resultatet av behandlingen (referert i Lossius, 2011). Hvis pasienten opptrer avvisende og aggressivt, kan dette få behandleren til å føle seg udugelig og hjelpsløs. Dette kan da påvirke relasjonen på en negativ måte. Den dårlige relasjonen mellom pasient og behandler kan føre til at pasienten velger å avslutte behandlingen for tidlig. De pasientene som viste positive signaler og var takknemlige, ga på den annen side behandleren en følelse av å lykkes og å være til nytte for noen. Denne pasientgruppen ble oftere værende i behandlingen (Lossius, 2011).

I følge Røkenes & Hanssen (2006) viser undersøkelser og systematiserte praksiserfaringer at relasjonen mellom fagperson og bruker er helt avgjørende i forhold til å tilrettelegge for bedret funksjon hos brukeren, og at relasjonen i seg selv ofte betyr mer en målbare og instrumentelle metoder som fagpersonen bruker, for eksempel ulike verktøy for kommunikasjon.

*Relasjonskompetanse* handler om å forstå den andre, og samhandle på en måte som gir mening og som ivaretar den andre parten. Relasjonen til pasienten utvikler seg over tid, og kravene til relasjonskompetanse endrer seg i takt med dette. Relasjonskompetanse handler også om å kjenne seg selv. For å skape en god relasjon må man ha evne til å sette seg inn i den andres forståelse og forstå hva som skjer i samspillet. Man må møte den andre som et unikt, selvstendig og handlende individ, og respektere den andres integritet og rett til selvbestemmelse. Som sykepleier må man kunne forholde seg til pasienten som det unike individet vedkommende er. Relasjonen og samhandlingen med andre skal skje på en måte som bidrar til trygghet og tillit. Den skal fremme selvstendighet og medvirkning. Innen kommunikasjon finnes mange ulike teorier, metoder og teknikker. Disse kan være til god hjelp i samhandlingen med pasienter. Men det er viktig å huske på at dersom man bygger all sin kompetanse på disse, vil det være fare for at man ikke oppfatter hele mennesket (Røkenes & Hanssen, 2006).

Gjennom rollen som sykepleiere handler vårt arbeid i stor grad om å legge til rette for en forandring hos pasienten. Innen rusomsorgen kan dette være snakk om atferd, følelser, tankegang og holdninger. Vår oppgave blir da å forholde oss på en måte som fremmer bedring hos den andre. Det kan for eksempel være snakk om endret atferd og økt mestring. Dette er i tråd med hva Travelbee legger vekt på i utøvelsen av sykepleie. Den som lider skal hjelpes til mestring og opplevelse av mening gjennom etablering av et menneske-til-menneske-forhold.

#### **4.6 Tillit**

”Vi kunne simpelthen ikke leve, vort liv ville visne, det ville blive forkrøblet, om vi på forhånd mødte hinanden med mistillid, tiltroende den anden at stjele og lyve, forestille sig og føre os bag lyset” (Eide & Skorstad, 2006, s. 67, Sitat fra Løgstrup, K.E.).

Knut E. Løgstrup (1905 – 1981) er en kjent tenker innenfor nærhetsetikken. Han mente at grunnlaget for etikken ligger i menneskenes erfarte virkelighet (Brinchmann, 2008). I makt av å være menneske finnes det noen grunnleggende fenomener, som Løgstrup omtaler det, livsytringer. Disse livsytringene er like selvfølgelige for oss mennesker som at himmelen er blå og at gresset er grønt (Eide & Skorstad, 2006). Tillit, er i følge Løgstrup en av disse livsytringene. Å møte hverandre med tillit er noe som er innebygd hos menneskene, noe som ikke bare gjelder mennesker vi kjenner og stoler på men også ukjente. Ved å møte hverandre

med tillit utleverer vi på en måte en del av oss selv, vi gjør oss sårbare, og forventer at vi skal bli møtt og tatt vare på (ibid.).

Den enkelte har aldri med et annet menneske at gjøre uten at han holder noget af dets liv i sin hånd. Det kan være meget lidt, en forbigående stemning, en oplagthed, man får til at visne, eller som man vækker, en lede man uddyber eller hæver. Men det kan også være forfærdende meget, så det simpelthen står til den enkelte, om den andens liv lykkes eller ej (Brinchmann, 2008, s. 122, sitat fra Løgstrup, K.E).

Å møte hverandre med tillit, blir i følge Løgstrup det samme som å legge noe av våres liv i den andres hender. Som det kommer frem i sitatet, kan dette omfatte store eller små deler av menneskets liv.

At man har som hovedregel å møte pasienter med tillit, betyr ikke at man ukritisk skal ta for god fisk at alt pasienten sier og gjør bygger på ærlighet og godvilje. Likevel er det viktig for forholdet mellom pasient og sykepleier at tillit ligger i bunnen. Man har med andre ord tillit til den andre til det motsatte er bevist. Dersom det skulle vise seg at tilliten blir brutt, har man alltid muligheten for å gjenopprette tillitsforholdet (Helland, 1993).

Som sykepleiere skal vi forsøke å hjelpe alle pasienter på en god måte, og ved hjelp av vårt kliniske blikk bør vi kunne tolke pasientens ønsker ettersom vi blir bedre kjent. Hvis et annet menneske møter oss med tillit bør vi gjøre vårt beste for å vise oss tilliten verdig. Det kan også være en god rettesnor å forsøke å sette seg inn i den andres situasjon, for å tenke på hvordan man selv ville likt å bli møtt som pasient (Brinchmann, 2008). Tillit er avgjørende for om omsorgen for den andre er moralsk. Å vise tillit innebærer at vi våger oss fram, at vi utleverer og gir noe av oss selv. Når rusmisbrukeren viser oss tillit som sykepleiere, er det viktig at vi viser oss tilliten verdig. Vi gjør dette gjennom blant annet å tro på at den andre sier ar sant, og å stole på at den andre vil det beste for seg selv og sin situasjon (Nielsen, 2006)

Kommunikasjon både verbalt og nonverbalt er et virkemiddel for å kunne opprette et tillitsforhold, og for å kunne motivere pasienten for endring. Som profesjonell helper skal man håndtere sine egne følelser på en slik måte, at man formidler tillit, respekt og vilje til å spille på lag med pasienten. En del av denne prosessen i behandling handler om å skape en

god relasjon til pasienten, preget av gjensidig tillit. Dette er avhengig av at pasient og pleier kjenner seg trygge på hverandre (Eide & Eide, 2010).

#### ***4.7 Empati***

Empati i helsetjenesten kan forstås som en evne til å leve seg inn hva pasienten føler og mener, og som følge av dette, at vi som sykepleiere evner å handle til pasientens beste. Empati har en klar sammenheng med god kommunikasjon med pasienten for at vi skal kunne forstå hvilke bekymringer og plager som pasienten prøver å formidle til oss. Formidling av følelser kan ha både positive og negative aspekter. Det er lettere å ha empati med pasienten hvis vedkommende har en positiv innstilling. Dersom pasienten formidler negative holdninger og følelser, kan det være vanskelig å se pasientens ressurser, uten å bli negativt involvert (Eide & Eide, 2010).

Travelbee beskriver empati som en fase i etableringen av et menneske-til-menneske forhold. Tillit er en forutsetning for at man skal føle empati for noen. Dermed er det også en risiko for at det oppstår tillitsbrudd, avhengig av hva en har fått vite om den andre, og av hvordan man bruker denne kunnskapen. Empati er avhengig av likhetstrekk mellom partene, mener Travelbee. Med grunnlag i dette blir evnen til å forstå den andre empatisk begrenset av ens egen personlige bakgrunn. Et eksempel som understreker dette kan være sykepleiestudenter i praksis. Studentene har et begrenset erfaringsgrunnlag i forhold til sykepleiere som har arbeidet innen helsetjenesten i mange år. Yngre mennesker har i tillegg en mer begrenset livserfaring. Travelbee mener at grunnlaget for å ha empati med den andre er at man har et sammenlikningsgrunnlag med erfaringer en har gjort seg både i arbeidslivet og i livet generelt (Travelbee, 1999).

#### ***4.8 Å se mennesket som et unikt individ***

Som enkeltindivider er vi utstyrt med ulike evner og anlegg. Det enkelte mennesket er alltid noe helt spesielt, det finnes ingen tro kopi (Travelbee, 1999). Generaliseringer om mennesker og ulike grupper mennesker gjelder ikke nødvendigvis det enkelte individ, selv om det ofte kan finnes mange likhetstrekk. Rusmisbrukere er ofte en gruppe som er offer for generaliseringer (Tjersland, Jansen, & Engen, 1998). Som sykepleiere i arbeid med



rusmisbrukere i behandling, må vi derfor være oppmerksomme på at vi møter den andre som den han er, og ikke lar oss påvirke av holdninger som finnes i media og i samfunnet generelt.

Å betrakte den andre som et unikt individ er i tråd med nærhetsetikkens hovedpoeng. Det er viktig å se det spesielle og unike i hver enkelt situasjon, og i hvert enkelt møte med den andre. Etikken oppstår i følge Løgstrup i møtet med den andre, og den mellommenneskelige relasjonen er etikkens utgangspunkt (Brinchmann, 2008).

Hummelvold(2012) fremhever at det som kjennetegner et eksistensielt menneskesyn er at man som behandler forsøker å bli kjent med den andre som et helt menneske. Man må ha evne til å sette seg inn i hans livssituasjon her og nå, og ikke fokusere på fortiden. Som sykepleier kan man bidra til å hjelpe pasienten til å bli oppmerksom på ulike valg han kan ta i forhold til konkrete situasjoner, og konsekvensene av disse. Som for eksempel å kunne hjelpe en rusmisbruker i behandling til å ta andre valg i livet enn og ruse seg. Det legges vekt på å se pasientens ressurser og muligheter, noe som kan relateres til brukervedvirkning. Joyce Travelbees teori er basert på et eksistensielt menneskesyn. Her legges det vekt på det mellommenneskelige møtet med pasienten, som noe unikt og enestående. Sykepleieren må møte pasienten på hans premisser, og det er pasientens opplevelse av problemet her og nå som er i fokus (Kirkevold, 1998).

#### ***4.9 Brukervedvirkning***

Brukervedvirkning er en lovfestet rettighet, og er dermed ikke noe hver enkelt behandlingsinstitusjon kan velge å fokusere på eller ikke. Brukeren skal medvirke i beslutninger som omhandler eget liv og helse på det omsorgsnivået han befinner seg. En forutsetning for brukervedvirkning er at brukeren er tilstrekkelig informert om sin helsetilstand, innholdet i helsehjelpen og sine rettigheter som pasient. Brukerens rett til medvirkning og informasjon er fastslått i blant annet pasient- og brukerrettighetsloven(Larsen, Aasheim, & Nordal, 2006).

Vi kan snakke om brukervedvirkning på ulike nivåer: individnivå, systemnivå og politisk nivå. Når det gjelder relasjonen til den enkelte og hans medvirkning i en bestemt behandling eller rehabilitering slik vi har fokus på i denne oppgaven, vil det være naturlig å konsentrere seg om brukervedvirkning på individnivå. Brukervedvirkning på individnivå handler om

hvordan den enkelte bruker som mottar helsetjenester har innflytelse over dem, og muligheten til å medvirke i beslutninger som omhandler eget liv og helse. Brukermedvirkning henger nært sammen med begrepet empowerment. Power betyr makt eller styrke, og begrepet står for hvordan det enkelte mennesket eller gruppen av mennesker som står i en avmaktssituasjon kan opparbeide seg styrke og som kan hjelpe dem å komme ut av denne situasjonen. Empowerment betyr med andre ord å vinne tilbake kontroll og styring over eget liv. En forutsetning for brukermedvirkning og empowerment er at brukeren sees på som et individ med egne tanker, holdninger og meninger. Som medvirkere i behandlingen til den enkelte brukeren må vi som sykepleiere ha tro på at den enkelte ønsker det beste for seg selv og sitt liv (Askheim, 2009).

Ved Sagatun Brukerstyrte senter i Hamar har de gode erfaringer med brukermedvirkning i praksis, der det er lagt vekt på at brukeren selv skal være delaktig i bedringsprosessen. I følge Braye (2000), dreier det seg om menneskets egen evne til å mobilisere nok kraft og styrke. Dette vil igjen gi en økt selvtillit, bedring av selvbylde, økte kunnskaper og ferdigheter (Referert i Granlien & Granerud, 2011).

## **5.0 Drøfting**

I drøftingskapittelet, vil vi se nærmere på vår problemstilling:

*Hvilke faktorer har betydning for at vi som sykepleiere kan bidra til å opprette et tillitsforhold til rusmisbrukeren i tverrfaglig spesialisert rusbehandling?*

Gjennom arbeidet med oppgaven har vi funnet relevant pensumlitteratur, selvvalgt litteratur, samt fag- og forskningsartikler som vi systematisk har presentert i teori- og metodekapitlene. Det er flere faktorer som kan spille en rolle i utviklingen av et tillitsforhold mellom sykepleier og rusmisbruker. Noen av disse faktorene vil vi drøfte i de følgende kapitlene.

### **5.1 Tillit og mistillit**

Løgstrup ser på tillit som en spontan livsytring. Å møte andre med tillit er med andre ord naturlig for oss som mennesker. Travelbees teori er bygget på at sykepleie er en mellommenneskelig prosess. Hun beskriver fem faser som sykepleier og pasient må gjennom

for at det skal utvikles et tillitsforhold. Travelbee mener at når pasienten og sykepleieren har utviklet en gjensidig forståelse og kontakt bygget på tillit, kan sykepleiers formål nås. Empati, er i følge Travelbee er en av fasene man må gjennom for å utvikle et menneske-til-menneskeforhold basert på tillit. Felles erfaringer og den enkeltes bakgrunn påvirker muligheten for å bli empatisk involvert. Empati er en prosess, der den ytre atferden tolkes mindre, de involverte partene evner i stedet å oppfatte hvordan den andre opplever en gitt situasjon. Empati innebærer å knytte seg til den andre, å oppleve en felles nærhet.

Innledningsvis forteller vi historien om Stine som drar til byen for og ruse seg, til tross for lovnader og god argumentasjon om det motsatte. Etter flere uker med samtaler i ulike settinger, ble det lettere å forstå hennes opplevelse av verden. Hun ble møtt med empati og tillit. For oss som var tett på henne hver dag var det ikke vanskelig å sette seg inn i hennes følelser omkring dødsfallet. Men gjennom løgn og usannheter misbrukte hun tilliten til oss, og som følge av dette var tillitsforholdet som var opparbeidet mellom oss, tilbake på null. I samtale med veileder stilte jeg spørsmål ved min egen dømmekraft og uttrykte at jeg følte meg svært naiv. Hvordan skal man møte disse menneskene (rusmisbrukerne i behandling) for å unngå å gå på limpinnen neste gang? Veilederen min, en sykepleier med mangeårig erfaring fra arbeid innen rusomsorgen, svarte at det aldri vil være riktig å møte disse menneskene med mistro og mistillit. For hvordan skal man da klare å skape en god relasjon? Dette gjorde inntrykk. Det er i grunnen logisk når man tenker over det.

Tillitsbrudd kan gi et utgangspunkt for en konstruktiv behandlingssituasjon, i form av at situasjonen som ble mislykket første gang, kan gi innfallsvinkel for bearbeidelse av nye problemer som kommer frem i lyset som følge av tillitsbruddet (Helland, 1993). I Stines situasjon kommer det tydelig fram at hennes motivasjon om å slutte og ruse seg ikke var så stor som hun ga uttrykk for ovenfor de ansatte og de andre rusmisbrukerne i behandlingen. Tilliten og empatien var bygget på feil grunnlag. Hun skled på en måte gjennom behandlingen ved å snakke etter vindretningen. Hun fortalte oss det hun trodde vi ville høre. Tillitsbruddet førte til at Stine måtte opprette et nytt forhold til de ansatte ved behandlingsstedet. Dette forholdet ville faktisk på grunn av den brutte tilliten bli bygget på noe mer ekte, og Stines egentlige problemer og utfordringer ville bli en del av dette forholdet.

Det er ikke slik at man kan forvente at en pasient skal stole på deg som sykepleier bare fordi han eller hun har et behov for sykepleie. Bell & Duffy (2009) understreker at for å kunne

bygge et tillitsforhold må sykepleieren være kunnskapsrik og omsorgsfull, samt være klar over og ha respekt for den risikoen det innebærer for pasienten å inngå et tillitsforhold til sykepleieren og omvendt. Risikoen henger blant annet sammen med et skjevt maktforhold mellom pasient og sykepleier. Å slippe noen man stoler på inn på seg, innebærer en risiko. I tillitsforhold er det alltid en mulighet for å bli skuffet (Bell & Duffy, 2009). Ved å vise tillit blottlegger man seg, noe som igjen fører til en sterk følelsesmessig reaksjon dersom tilliten ikke tas imot (Nielsen, 2006) Rusmisbrukere kommer ofte fra miljøer preget av mistillit og svik. I tillegg har mange av dem opplevd svik og tillitsbrudd i nære relasjoner. De som skulle være voksne og ta vare på dem har snudd ryggen til dem (Tjersland, Jansen, & Engen, 1998). I praksis møtte vi mange mennesker med vonde og traumatiske historier bak seg. For noen av disse menneskene kan det tryggeste føles å ikke slippe noen tett innpå seg. De kan risikere å bli sveket igjen. Å bruke tid på å opparbeide et tillitsforhold til rusmisbrukeren i behandling er viktig, selv om vi til tider kan bli provosert av dem (ibid.). De kan være er avvisende og av og til direkte ufine. De kan lure oss, og lyve om ting som åpenbart ikke er sant. Som sykepleier i arbeid med rusmisbrukere kan det være vanskelig å forstå hvorfor de lyver om ting i forhold til deres rusmisbruk. Vi vet jo at en forutsetning for at man skal lykkes i behandlingen er å være ærlig. Selv om de kan klare å lure oss med for eksempel en falsk urinprøve til å tro at de er rene, burde de etter en stund ut i behandlingen forstå at ærlighet lønner seg. De lurer ikke oss, men seg selv. Ærlighet skaper tillit. Når rusmisbrukeren er ærlig i forhold til sine problemer, blir behandlingen rettet mot vedkommendes *virkelige* problemer. Dette er et godt utgangspunkt, som igjen kan legge grunnlaget for et tillitsforhold mellom sykepleier og rusmisbruker (Lanesskog, 2009).

## **5.2 Brukermedvirkning**

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet og er nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1:

Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.

Rett til medvirkning i egen behandling reguleres altså av pasientrettighetsloven. Denne retten gjelder også rusmisbrukere i behandling, da bestemmelsene er generelle og gjelder alle grupper pasienter og alle typer helsehjelp (Helsedepartementet, 2004).

Vi mener at det er naturlig å ta med brukermedvirkning i en drøfting hvor vi fokuserer på faktorer som må til for at sykepleier og rusmisbruker skal danne et tillitsforhold. En gjensidig relasjon bygget på tillit og respekt for den andres særegenheter er nødvendig for å kunne få tak i hva som er det egentlige hjelpebehovet hos rusmisbrukeren i behandling. At brukeren har rett til å ta del i utformingen av eget behandlingstilbud ut i fra egne ressurser mener vi er essensielt for at det skal være et tillitsforhold mellom behandler og rusmisbruker.

Rusmisbrukeren, med sitt levde liv og mange erfaringer bak seg, vet best hvor skoen trykker i forhold til sine problemer. Som vi har nevnt tidligere i oppgaven blir det viktig å se *individet*, ikke *kategorien* rusmisbrukeren faller innunder. Dette er også i tråd med Travelbees tenkning rundt sykdom og lidelse. Alle mennesker vil på et eller annet tidspunkt i livet oppleve lidelse, men ingen lider på samme måte. For å kunne hjelpe den enkelte til mestring, må man ta hensyn til den enkeltes situasjon, og møte ham der han er. Som sykepleiestudenter erfarer vi at det å arbeide med rusmisbrukere er veldig annerledes fra å jobbe i andre deler av helsetjenesten, hvor fokuset ofte rettes mer mot somatiske lidelser. Brukermedvirkning fortoner seg også på en annen måte i arbeidet med rusmisbrukere enn med for eksempel den kronisk syke KOLS pasienten på medisinsk avdeling.

Som sykepleiere innehar vi en rolle som helsepersonell, og skal yte helsehjelp til den som trenger det. Vi skal møte den enkelte med respekt og iboende verdighet, jamfør yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Uavhengig av rollen vi har som sykepleiere, er vi også deltakere i samfunnet for øvrig. Vi ser rusmisbrukeren i media, der han ofte blir fremstilt som en løgner og notorisk kriminell (Askheim, 2009). Vi skal som sykepleiere ha en ikke-dømmende holdning ovenfor alle mennesker, noe som kan være krevende når vi har opplevd å bli løyet for, og vi har erfart at pasienter har ruset seg i behandlingen. Askheim (2009) stiller spørsmål ved om mangelfull brukermedvirkning på rusfeltet kan ha en sammenheng med at også vi som helsepersonell oppfatter rusmisbrukere som ikke-verdige trengende?

For at brukermedvirkningen skal være reell må utgangspunktet ligge i den enkeltes situasjon og være individuelt tilpasset. Det er essensielt at rusmisbrukeren er med på å bestemme innholdet i behandlingen, og at han har muligheten for å komme med innspill underveis. Vi

må også reflektere over hva vi selv legger i begrepet. Ønsker vi at brukeren skal medvirke, men til syvende og sist innrette seg etter planen vi har lagt for vedkommende? For eksempel ønsker vi at Stine fra historien innledningsvis skal bli rusfri, gjenoppta skolegang, skaffe seg bolig, ja rett og slett bli en nyttig og kompetent samfunnsborger? Spørsmålet vi må stille oss er vel hvem som bestemmer hva som ligger i begrepet *en kompetent samfunnsborger*. Er det oss som sykepleiere? Eller er det rusmisbrukerens egen oppfatning, selv om den kan avvike mye fra hva vi ser for oss?

Travelbee ser på sykepleie som en mellommenneskelig prosess, der sykepleierens oppgave er å hjelpe for eksempel et individ, i dette tilfelle rusmisbrukeren i behandling, til å mestre en erfaring med sykdom og finne mening i disse erfaringene. Empowerment kan relateres til dette, da empowerment handler om å hvordan mennesker i en avmaktssituasjon kan ta tilbake kontroll og styring over eget liv.

Brener, Resnick, Ellard, Treolar & Bryant (2009) gjennomførte en studie i Australia som gikk på hvordan brukermedvirkning i rusomsorgen hadde sammenheng med tilfredshet samt nivå av måloppnåelse i behandlingen. Studien viser at dersom brukeren får medvirke i egen behandling, fører dette til større tilfredshet og måloppnåelse. Det er naturlig å tenke at brukermedvirkning forutsetter en god dialog mellom sykepleier og rusmisbruker. Brukermedvirkning må ha utgangspunkt i pasientens ressurser, ønsker og drømmer om framtiden. Dersom brukermedvirkning skal fungere i praksis må vi ha respekt for individet og tillit til at han ønsker å handle til sitt eget beste.

Regjeringen ønsker økt satsing på kvalitet og et godt innhold i tjenestene for rus og psykisk helse framover. Dette kom fram da helse- og omsorgsminister Jonas Gahr Støre presenterte sine politiske mål og forventninger i januar i år. Antall tilfeller av rusavhengige og pasienter med psykiske lidelser er i økning i åra framover, og dette er også et fagområde som krever et godt samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. I den forbindelse ønsker han brukerundersøkelser som kan dokumentere hvordan brukeren selv oppfatter behandlingstilbudet (Stensaas, 2013).

Funn fra studien gjort av Kunnskapssenteret (2011), fokuserer på hva som er viktig for pasienter i TSB. Alle tjenester i rusomsorgen skal være tilpasset den enkelte brukers behov og brukererfaringer skal benyttes mer systematisk for å sikre en best mulig kvalitet på disse

tjenestene. Pasientene som deltok i studien hadde ulike behov og meninger om hva som var viktig for dem i behandlingen, men noen punkter var felles for alle. De ønsket en god mottakelse, innenfor trygge rammer. Det å bli mottatt på en slik måte at de ble sett og inkludert hadde stor betydning, uansett hvilke problemer de måtte ha. De som av natur var beskjedne og stille burde bli sett på en bedre måte, enn de som av natur var veldig utadvendte. Klare regler og struktur i behandlingen, så de på som en trygghet.

De ønsket seg behandlere som var inkluderende og tillitsvekkende, med gode holdninger, evne til å lytte og som kunne behandle og se hele mennesket. I studien kommer det fram at pasientene hadde en blandet opplevelse av de ansatte i behandlingen. Ulike ting som ble trukket fram som negativt var dårlig oppførsel fra ansatte, ”ovenfra og ned” holdninger og respektløshet. De trakk spesielt fram ufaglærte og studenter som de som hadde en respektløs og nedlatende oppførsel.

En studie som ble gjort i Danmark i 2011, understøtter den ovennevnte studien og det er mange av de samme punktene som går igjen, i forhold til hva som er viktig for brukeren i behandling. De fremhever ansatte som er imøtekommende, bryr seg om pasientene, og at de involverer brukeren i sin egen behandling, som viktige faktorer for at tilbudet ble oppfattet som tilfredsstillende.

### ***5.3 Mellommenneskelige relasjoner***

Den humanistiske psykologen Carl Rogers er opptatt av hvor viktig det er med en god relasjon mellom pasient og behandler. Han mener at dette er en grunnleggende del av behandlingen. I tillegg legger han vekt på at behandleren må ha evnen til å forstå og sette seg inn i pasientens opplevelse av situasjonen, og akseptere og respektere denne. På en slik måte vil man få pasienten til å fokusere på en ønsket endringsprosess mener han. Fire betingelser anser han som viktige i måten å skape en god relasjon på, og det er empati, varme, ubetinget respekt og genuinitet. Rogers viser til en rekke studier der empati er den faktoren som betegnes som viktigst for et godt terapeutisk resultat (Eide & Eide, 2010).

Denne teorien understøttes også av Joyce Travelbee. Hennes fem faser tar for seg det innledende møtet, fremvekst av identiteter, empati, sympati og gjensidig kontakt og forståelse. Summen av disse fasene munner ut i en relasjon, som er bygget på tillit, sympati og empati.

Hun er også opptatt av at rollebegrepet bør viskes ut og at sykepleieren skal betrakte pasienten som et unikt individ.

Erfaringer fra Tyrilistiftelsen, som er et behandlingstilbud innen TSB, viser at relasjonens betydning i rusomsorgen har mange nyanser, der møtet mellom rusmisbruker og sykepleier kan bære preg av konflikt, sinne og sårhet, men det kan også være relasjoner som er preget av mye humor, og betroelser. Alt dette til sammen gir en relasjon som er bygget på respekt, trygghet og anerkjennelse. Tyrilistiftelsens filosofi bygger på at det må være et gjensidig tillitsforhold mellom behandler og rusmisbruker. Kollektivlivet sees på som en styrke i behandlingen. Denne formen for behandling gir behandler og rusmisbruker flere ulike møteplasser. Her kan det være mulighet for mange fortrolige samtaler som kan styrke relasjonen (Tjersland, Jansen, & Engen, 1998).

I psykiatripraksisen fikk vi erfare hvordan det å gjøre ting sammen med brukerne kunne bidra til å skape en relasjon. Ei jente som akkurat var kommet inn i behandling virket usikker og redd i begynnelsen. Når hun ble snakket til vek blikket hennes unna, og det var vanskelig å komme inn på henne. Etter hvert som dagene gikk tødde hun opp og ble mer sikker i omgivelsene. Det vist seg at denne jenta var glad i å utfolde seg kreativt. I keramikk kjelleren ble det laget kopper, vaser og krus. Med noe mellom hendene blir ikke stillheten så skremmende heller. Når man har mange ulike arenaer å møtes på får relasjonen god tid til å utvikle seg. Det betydde ikke at vi hadde dype, lange samtaler om livet hver gang vi var nede i keramikk kjelleren. Men gjennom å gjøre noe felles ble vi bedre kjent for hver dag. Aktiviteten og samtalen tok så lang tid den tok, og måtte ikke avsluttes etter 45 minutter, som på et typisk kontor med en terapeut. Å arbeide som sykepleier på et slikt sted gir en unik mulighet til å se det spesielle med den andre, og dermed skape en god relasjon. Dette gjelder også andre veien. Det lar seg ikke gjøre å sette seg inn i den andres situasjon empatisk, uten at man går inn i relasjonen og gir av seg selv. Man er en del av relasjonen. Ikke bare som sykepleier, men også som menneske. Denne type arbeid kan være krevende, men også veldig takknemlig og givende.

Funn fra Halvorsen(2011), viser at en god relasjon mellom hjelper og hjelpesøkende er av stor betydning i behandlingen. Faktorer som de hjelpesøkende la stor vekt på, var det å bli anerkjent og respektert som et unikt individ. De ønsket å bli sett og hørt, og de ønsket å få en bekreftelse på seg selv og sin forståelse av virkeligheten. En av informantene i studien fortalte



om sitt møte med en psykolog, som så på henne i kategorien ”en av de deprimerte pasientene”. Og de ansatte på avdelingen behandlet henne med en ovenfra og nedad holdning. Dette er ikke med på å øke pasientens selvbilde og selvtillit, men gir heller pasienten en følelse av å være usynlig og kategorisert. Denne formen for usynliggjøring virker krenkende på pasienten. Dersom behandleren anerkjenner pasienten, vil dette føre til at pasienten får bekreftet og styrket sin egen selvfølelse. Som pasientens hjelper er det opp til oss å få til en gjensidig forståelse, som gjør at relasjonen blir likeverdig.

I rusomsorgen er det viktig å se pasienten som et unikt individ for å kunne legge til rette for en god relasjon. Vår oppgave som sykepleiere består i å møte rusmisbrukeren på en tillitvekkende måte, uten fordommer, verne om pasientens autonomi, se dem og styrke deres egne ressurser. Denne relasjonsbyggingen kan føre til bedring av deres selvbilde, styrke selvtilliten og deres mestringsevne.

Selv om man som sykepleier i rusomsorgen av og til kan stå i situasjoner hvor man føler seg lurt og utnyttet, må man likevel ha evnen til å se at alle individer har egne ressurser til å kunne gjøre noe med sin egen situasjon. Alle er rustet med ulike evner og anlegg fra naturens side. Som sykepleiere bør vi ha evnen til hjelpe pasientene til å se, og til å bruke sine egne ressurser. Vi må også ta i betraktning at mange av rusmisbrukerne i behandling har vanskelige og traumatiske relasjoner bak seg, der trygge omsorgspersoner har misbrukt deres tillit på det groveste. Det kan da være vanskelig å ha tro på at det finnes noen som det faktisk går an å knytte seg til, uten at de svikter deg. At du kan speile deg i en annen uten at det bryter ned ditt selvbilde. Som sykepleier må vi ha evnen til å by på oss selv og vise at vi også kan ha både svake og sterke sider. Det å kunne vise følelser, både gråt og latter, er ofte med på å styrke relasjonen til rusmisbrukeren (Tjersland, Jansen, & Engen, 1998).

”Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert” (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2011, p. 7). Retningslinjene understreker at sykepleie skal bygge på respekt for det enkeltes menneskets liv og verdighet. Forskning på pasientens perspektiver på hva som oppleves som viktig i rusbehandling (Thylstrup, 2011), (Dahle & Iversen, 2011) er i tråd med sykepleiens grunnlag. Forskingen viser at rusmisbrukere i behandling blant annet vektlegger faktorer som å bli tatt på alvor og respektert som medmennesker, at de ansatte bryr seg om dem og at

de er tilgjengelige. *Iboende verdighet* handler, slik vi ser det, om å se verdigheten i den enkelte, bare fordi han er akkurat den han er. Travelbees motstand mot pasient-begrepet er også i tråd med dette. Det handler om å se den enkelte som den han er. Gjensidig forståelse og kontakt oppnås gjennom en gjensidig prosess, hvor menneske-til-menneske-forholdet hele tiden er i fokus. Slik kan sykepleier og rusmisbruker i behandling utvikle en relasjon som er bygget på tillit.

## 6.0 Konklusjon

I arbeidet med oppgaven har vi sett på ulike faktorer som spiller en rolle i utviklingen av et tillitsforhold mellom sykepleier og rusmisbruker i behandling.

Vi mener at vi med grunnlag i det vi har funnet i forskning, aktuell teori og egne erfaringer har besvart problemstillingen så godt vi har kunnet. Det viste seg å være vanskelig å finne god og relevant forskning som gikk direkte på tillitsforholdets betydning mellom sykepleier og rusmisbruker. Når det gjelder forskningsartiklene vi inkluderte som gikk på brukerens eget perspektiv, ble det presisert av forfatterne av forskningsartiklene at det fantes kun begrenset forskning på dette området. Helse og- omsorgsminister Jonas Gahr Støre ønsker brukerundersøkelser som kan dokumentere hvordan brukerne selv opplever systemet innen rus og psykisk helse. Dette mener vi er bra. Det er jo rusmisbrukeren selv som vet hva som skal til for at forholdet mellom helsepersonell og rusmisbrukere oppleves som et tillitsforhold, og når det kommer til brukermedvirkning, er det til syvende og sist pasienten som kan si noe om brukermedvirkningen er reel eller ikke.

Forskning viser at relasjonen mellom hjelper og hjelpetrengende har en virkende rolle i behandlingen, men for at relasjonen skal virke, må den være likeverdig og preget av anerkjennelse. Møtet mellom rusmisbruker og sykepleier i behandling vil likevel aldri bli hundre prosent likeverdig. Sykepleieren innehar kunnskap og styrke som rusmisbrukeren er avhengig av for å få hjelp til å mestre lidelse, og rusmisbrukeren står ofte i en avmaktssituasjon. Forholdet mellom partene blir dermed asymmetrisk. Travelbee legger vekt på menneske-til-menneske-forholdet i sykepleien. Selv om man står på ulike plattformer, og ser hverandre i ulike kategorier, vil det likevel være mulig å møte hverandre der man er og til slutt ende opp med et forhold som er bygget på gjensidig forståelse og kontakt. Gjennom å

møte den andre som et unikt menneske, med empatisk innlevelse og et ønske om å hjelpe kan sykepleieren utvikle et tillitsforhold til rusmisbrukeren.

Når rusmisbrukeren blir sett og møtt som et unikt individ er dette styrkende for selvbildet. Rusmisbrukeren har ofte en fortid bak seg som kan være preget av svik og brutte løfter. I tillegg kan mange ha opplevd møter med helsevesenet hvor de har blitt møtt på en respektløs og dårlig måte. Sykepleieren må være klar over at det kan føles som en risiko for rusmisbrukeren å gå inn i et tillitsforhold. Å ha tillit til noen kan medføre skuffelse dersom løfter brytes. Det kan sees på som et tillitsbrudd dersom rusmisbrukeren går på en sprekk i behandlingen og henfaller til gamle vaner. Stine i caset løy om hva hun skulle, og dro ut for å ruse seg. For oss som sykepleiere kan det være vanskelig å forstå hennes valg. Vi kan se det som et brudd på vår tillit. Dersom man ser situasjonen fra et litt annet perspektiv kan man si det må denne måten: En lungesyk pasient i en medisinsk avdeling som har begynt å røyke igjen til tross for at dette vil forverre hans helsetilstand, ville ikke bli snudd ryggen til. Han ville ikke blitt nektet behandling for symptomene på sin sykdom. Sett fra dette perspektivet blir det heller ikke rettferdig å ”gi opp” en narkoman fordi han viser symptomene på *sin* sykdom, nemlig rusmisbruk. For å kunne skape tillitsforhold til rusmisbrukeren i behandling konkluderer vi med at det er en forutsetning at sykepleieren er genuint interessert i mennesker. Et gjensidig tillitsforhold skapes gjennom flere faser, hvor utgangspunktet må være en holdning om at ethvert menneske er unikt. Dersom tillitsforholdet skulle bli brutt, slik som i historien vi forteller innledningsvis, er det viktig at sykepleieren ikke stenger døren for rusmisbrukeren, men heller ser hendelsen som et utgangspunkt for en relasjon, hvor tilliten baseres på noe ekte. Det handler om å stå i situasjonene, om å ikke gi opp, og om å ha tillit til at rusmisbrukeren i behandling ønsker bedring i sin livssituasjon.

Forskning som er gjort fra brukerens perspektiv om hva som oppleves som viktig innen rusbehandling viser at det å bli respektert og sett for den de er settes høyt. At de ansatte bryr seg om dem, og at de har tid til samtaler og praktisk hjelp der det trengs er også viktig. Medvirkning i egen behandling trekkes fram som en viktig faktor i forhold til hvor tilfreds de er med behandlingen. At de hadde mulighet for å påvirke målene for behandlingen ble sett på som en forutsetning for at tilbudet var godt nok. Forskning viser også at når brukervedvirkning fungerer slik det skal, vil brukeren ha større tilfredshet med behandlingen og en større sjans for å nå sine mål. Forskningen som er gjort rundt brukerens perspektiv stemmer overens med det vi har sett i praksis. Det er viktig at hver enkelt bruker får mulighet

til å ytre sine ønsker og drømmer for framtiden, og at det er disse som ligger som hovedmål i enden av behandlingen. Som sykepleiere har vi et bedre utgangspunkt for å hjelpe, dersom vi har empati med den andre og klarer å sette oss inn i hvor den andre befinner seg her og nå. På denne måten kan vi basere sykepleien på brukerens reelle behov, i motsetning til å basere den på vår egen for-forståelse eller oppfatning av kategorien rusmisbrukere. Ved å ha en empatisk holdning, en oppriktig interesse for den andre, og et ønske om å hjelpe har vi et godt utgangspunkt for å faktisk være til hjelp for den enkelte rusmisbrukeren i behandling. Klarer vi å møte den andre på en slik måte, mener vi at rusmisbrukerens selvbilde og motivasjon vil styrkes. Dette mener vi er å møte den andre med tillit. Ved å møte den andre på denne måten har vi lagt et godt grunnlag for et gjensidig tillitsforhold.

## Referanser

\*Arefjord, N. (2011). Personlighetsforstyrrelser og ruslidelser. I K. Lossius(red.), *Håndbok i rusbehandling: Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (ss. 81-102). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

\*Askheim, O. P. (2009). Brukermedvirkning - kun for verdige trengende? Om brukermedvirkning på rusfeltet. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* (Vol. 6 Nr. 1), ss. 52-59.

\*Bell, L., & Duffy, A. (2009). A concept analysis of nurse-patient trust. *British Journal of Nursing* (Vol. 18, nr. 1), ss. 46-51.

\*Bramness, J. G. (2011). Innledende ord. In K. Lossius (Ed.), *Håndbok i rusbehandling. Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (pp. 5-7). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

\*Brenner, L., Resnick, I., Ellard, J., Treloar, C., & Bryant, J. (2009, 07). Exploring the role of consumer participation in drug treatment. *Drug and Alcohol Dependence* DOI:10.1016/j.drugalcdep.2009.06.016 , ss. 172-175.

Brinchmann, B. S. (2008). *Nærhetsetikk* (2. utg.). (B. S. Brinchmann, Red.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

\*Dahle, K. A., & Iversen, H. H. (2011). *Hva er viktig for pasienter innen rusbehandling?* Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utg. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eide, H., & Eide, T. (2010). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk* (2 ed.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

\*Eide, S. B., & Skorstad, B. (2006). *Etikk: Utfordring til ettertanke i sosialt arbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

\*Folkehelseinstituttet. (2013 09-03). *Rusmidlenes virkning på hjernen - faktaark*. Retrieved 2013,10-april from Folkehelseinstituttet:

[http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List\\_6212&Main\\_6157=6263:0:25,6397&MainContent\\_6263=6464:0:25,6398&List\\_6212=6218:0:25,6411:1:0:0:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,6397&MainContent_6263=6464:0:25,6398&List_6212=6218:0:25,6411:1:0:0:::0:0)

\*Granlien, L., & Granerud, A. (2011). Brukermedvirkning og bedringsprosesser satt i system-mål og verdier ved Sagatun Brukerstyrt Senter. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* (Vol. 8 nr. 4), pp. 324-333.

\*Halvorsen, G. S. (2009). Anerkjennelsens betydning for en hjelpende relasjon: Om selvforståelse og andreforståelse. *Klinisk sygepleje* (4), pp. 68-78.

Håkonsen, K. M. (2006). *Innføring i psykologi* (3 ed.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

\*Helland, A. (1993). Tillitens betydning i omsorgen for psykiatriske pasienter. I K. Martinsen(red.), *Den omtenkssomme sykepleier* (ss. 145-155). Bergen: TANO AS.

\*Helsedepartementet. (2004). *Rusreformen - pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven*. Hentet fra [www.dep.no/hd/norsk/publ/rundskriv](http://www.dep.no/hd/norsk/publ/rundskriv)

\*Helsedirektoratet. (2010). *Fakta om narkotiske stoffer*. Oslo: Helsedirektoratet.

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt-ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7 ed.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

\*Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier- analyse og evaluering* (2 ed.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

\*Kristoffersen, N. J. (1996). Teoretiske modeller i sykepleie. I N. J. Kristoffersen(red.), *Generell Sykepleie 1: Fag og yrke - utvikling, verdier og kunnskap*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

\*Kronholm, K. (2011). Avrusning. In K. Lossius(red.), *Håndbok i rusbehandling: Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (pp. 139-163). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

\*Lanesskog, J. O. (2009). Epistler: Om rus og behandling. *Tyrili skriftserie nr. 1/2009* . 246

\*Larsen, E., Aasheim, F., & Nordal, A. (2006). *Brukermedvirkning-psykisk helsefeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplan for psykisk helse*. Avdeling for psykisk helse. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet .

Leksikon, S. N. (2013, 28-02). *Metaanalyse*. From <http://snl.no/metaanalyse>

Lindseth, O. H. (2012). *SAFT: Skrivning av faglige tekster: En guide for studenter* (5. utg.). Elverum: Høgskolen i Hedmark.

\*Lossius, K. (2011). Om å ruse seg. In K. Lossius (Ed.), *Håndbok i rusbehandling: Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (pp. 21-36). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lov om pasient- og brukerrettigheter. LOV-1999-07-02-63 §3-1 (2012). Hentet 05 10, 2013 fra : <http://www.lovdato.no/all/nl-19990702-063.htm>

\*Malming, M. R. (2008). *Rusmisbruk og psykisk helse: Om elevers og ansattes erfaringer og opplevelser i Tyrilistiftelsen*. Retrieved 2013, 4-05 from Masteroppgave i spesialpedagogikk ved Det utdanningvitenskapelige fakultet. Institutt for spesialpedagogikk i Oslo: <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/32016/Rusmisbrukxogxpsykiskxhelse.pdf?sequence=1>

Nielsen, B. K. (2006). Interaksjonell sykepleie. I U. Knutstad, & B. K. Nielsen(red.), *Sykepleieboken 2: Teoretisk-metodisk grunnlag for klinisk sykepleie* (2. utg., ss. 40-61). Oslo: Akribe AS.

\*Røkenes, H. O., & Hanssen, P.-H. (2006). *Bære eller bryte: Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

\*Sælør, K. T., & Bjerknes, S. O. (2012). Helsepersonell i tverrfaglig spesialisert rusbehandling - ansvar, roller og funksjoner. In S. Biong, & S. Ytrehus (Eds.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (pp. 143-161). Oslo: Akribe AS.

\*Stensaas, T. N. (2013, 30-01). *Økt satsing på rusavhengighet og psykisk helse*. From Helse Midt-Norge: Rusbehandling Midt-Norge: <http://www.rus-midt.no/no/Aktuelt/Nyheter/okt-satsing-pa-rusavhengighet-og-psykisk-helse/122155/>

\*Thylstrup, B. (2011). Numbers and narratives. Relations between patient satisfaction, retention, outcome and program factors in outpatient substance abuse treatment. *Nordic studies on alcohol and drugs Vol. 28* , ss. 471-486.

\*Tjersland, O. A., Jansen, U., & Engen, G. (1998). *Våge å leve: En bok om alternative veier i behandling basert på erfaringene fra Tyrili*. Oslo: Tano Aschehaug AS.

\*Tofthagen, R., & Fagerstrøm, L. M. (2010). *Rodgers' evolutionary concept analysis – a valid method for developing knowledge in nursing science*. From <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-6712.2010.00845.x/abstract;jsessionid=00CECB1923D68E6EB98BBC62C7B9352A.d04t01?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false> DOI: 10.1111/j.1471-6712.2010.00845.x

\*Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1. utg.). (K. M. Thorbjørnsen, Overs.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere - ICNs etiske regler*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.



