



Fordypningsoppgave

VPH724 Psykisk helsearbeid

Å møte pasienter etter tvungen rusbehandling sett fra et personsentrert perspektiv

Ane Martine Høghaug Rosvoll

Totalt antall sider inkludert forsiden: 33

Molde, 23.04.2020



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i URKUND, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Personvern

Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Solveig Bø Vatnar

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Dato: 23.04.2020

Antall ord: 8219

Forord

«Hold meg i hånden, søster.

Vi går på en usikker vei,

under de evige stjerner,

famlende, du og jeg.

Hjelp meg når foten gjør feiltrinn

og ikke kan finne sin vei»

- Dagny Tande Lid

Sammendrag

Mennesker med rusutfordringer som har vært til tvungen rusbehandling opplever ofte svik og ydmykelse ovenfor hjelpeapparatet. De får ofte en opplevelse av brudd i relasjonen. Denne oppgaven handler om hvordan å møte pasienter med rusutfordringer etter å ha vært i tvungen behandling og hva som skal til for å bygge opp relasjon. Problemstillingen er hvordan å møte pasienter i etterkant av tvungen rusbehandling, og hvilken betydning har god relasjon sett ut i fra personsentrert perspektiv.

Innledningsvis presenteres arbeidsoppgavene i kommunal helsetjeneste, der av avgjørelser om tvungen rusbehandling er et av våre ansvarsområder. Som helsepersonell er vi pliktige til å vurdere tvungen rusbehandling hos pasienter der bruken står til fare for enten eget eller andres liv. Alkoholbrukslidelser er de hyppigste rusbrukslidelsene i Norge, og i 2018 er det over 600 dødsfall knyttet til denne lidelsen. Det skilles mellom skadelig bruk og avhengighet, der skadelig bruk omfatter bruk av rusmidler som har gitt psykiske eller fysiske helseskader over en definert periode. Avhengighet kjennetegnes når brukeren har et stort ønske om å innta rusmiddelet og har vansker med å kontrollere bruken.

Narrativet handler om Arne som har et alkoholproblem og er blitt lagt inn på tvungen rusbehandling. Sett i fra et personsentrert perspektiv har jeg drøftet hvilken betydning av kommunikasjon kan være avgjørende i bygging av relasjon i etterkant av tvungen behandling. Jeg har også sett på opplevelsen hos pasienten der terapeut blir oppfattet som ekte og empatisk i relasjonsbyggingen. Det kommer fram i møtet med Arne at det å være seg selv, fremstå som ekte og empatisk og være genuint interessert i det han føler og opplever styrker forholdet til terapeuten og dette kan bidra til en god relasjon. Det øves på å bygge opp en relasjon, men det finnes også en grense til profesjonell relasjon. Det konkluderes med at der terapeuten bruker seg selv og egne erfaringer gir muligheter til at det kan bli en terapeutisk allianse mellom pasient og terapeut, og sammen prøve å få til et godt samarbeid.

Innhold

1.0	Introduksjon	2
1.1	Problemstilling	4
2.0	Metode og presentasjon av funn	5
3.0	Teori	7
3.1	Alkohol - rusavhengighet eller misbruk?	7
3.2	Kapittel 10 – Tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige.....	9
3.3	Personsentrert terapi.....	10
3.4	Carl Rogers og hans betydning for personsentrert tilnærming	11
3.4.1	Empati.....	11
3.4.2	Ekthet/kongruens.....	11
3.4.3	Ubetinget positiv forståelse og frigjøring av vekst.....	12
3.5	Terapeutisk arbeid innenfor personsentrert tilnærming.....	12
3.6	Relasjon og Joyce Travelbee	13
4.0	Narrativ – Historien om Arne A	15
4.1	Første møte med kommunehelsetjeneste	16
4.2	«Nå går det ikke lengre»	16
5.0	Diskusjon	17
5.1	«En ny felles start».....	17
5.2	«Videre oppfølging - Rom ble ikke bygget på en dag».....	20
5.3	«Den gode relasjonen».....	22
6.0	Konklusjon	24
	Referanseliste.....	25

1.0 Introduksjon

Jeg jobber som sykepleier i kommunalt tjenestetilbud innfor psykisk helse og rus. Gjennom min jobb som sykepleier møter vi på mennesker med ulike rusutfordringer og vår jobb er følge opp mennesker slik at de skal klare å mestre sin hverdag på en best mulig måte. Det kan være mennesker som er rusfri og mennesker i aktiv rus. Som regel blir disse menneskene omtalt som rusmisbrukere. Ordet rusmisbruker er stigmatiserende ord, og i vår arbeidshverdag ønsker vi å se mennesket bak. Jeg har et stort ønske med denne oppgaven, der man etter å ha lest den, kan bidra til at noen endrer sin kommunikasjonsmåte vedrørende disse pasientene. I vår arbeidshverdag heter de mennesker med rusutfordringer, og dette støttes også av helsedirektoratets «Veileder om tvangstiltak overfor personer med rusmiddelproblemer» som prøver å endre begrepene innenfor rusfeltet. Ifølge veilederen ønsker de at begrepene skal endres i form av at *«mennesker er ikke rusmisbrukere, men har et rusmiddelproblem»* (Helsedirektoratet 2016).

Jeg anser det som privilegert å få lov til å jobbe med disse menneskene. Vi hjelper de når de er på sitt mest sårbare. I min jobb som sykepleier i kommunalt tjenestetilbud innenfor rus er det en rekke arbeidsoppgaver, deriblant vurdering og utøvelse av tvang/tvunget behandling. Av og til kan mennesker med rusutfordringer ikke forstå bakgrunnen for våre valg i jobben med å hjelpe. Det er her blant annet tvang kommer inn i det store bildet. Arbeidshverdagen vår består selvsagt ikke bare av tvang, men ved enkelte situasjoner, der det står til fare for helse og liv er vi i kommunehelsetjenesten nødt til å ta ei vurdering om det skal bli fattet tvang, hvorav dette menes om en pasient skal sendes inn til behandling i institusjon mot deres egen vilje (Helsedirektoratet 2012).

Mine egne erfaringer innenfor tvang er assosiert med negativitet og avmakt hos pasienten. Dette er bakgrunnen for at jeg ønsker å undersøke videre hvilken betydning bruk av tvang har for ettervernet. Jeg ønsker gjennom denne oppgaven å se på hvordan vi kan ivareta en god relasjon, eventuelt opprette god relasjon etter bruk av tvang. Jeg vil også forsøke å synliggjøre hvilke utfordringer og hindringer den ansatte kan møte på i etterkant av at de selv har fattet begjæring om tvang.

Erfaringer fra egen arbeidsplass og tidligere forskning understøtter at tvangsvedtak kan bli oppfattet som et overgrep hos pasienten i form av at det blir opplevelse av negativitet, følelse av ydmykhet og opplevelse av å bli fratatt frihet (Nyttingnes et al. 2016). Pasienter kan få en opplevelse av at de mister myndighet og det kan bli mye sinne og frustrasjon i rusbehandlingen (Lossius 2012).

Jeg ønsker derfor med denne oppgaven å identifisere hindringer og se på hva som skal til for å gjenopprette god relasjon hos pasienter der det har blitt besluttet begjæring av tvang, og hvordan en kan få tilbake god relasjon i oppfølgingsfasen etter at pasienten har vært på behandling for sitt rusproblem sett ut i fra et personsentrert perspektiv. Hvordan opprettholde empati, ekthet/kongruens og ubetinget positiv forståelse hos pasienter der tvang har vært et virkemiddel i jobben med å gi de den hjelpen de sårt trenger i en vanskelig periode i livet? Terapeuter kan opptre med empati, kongruens og ubetinget positiv forståelse, men er det godt nok hvis pasienten ikke føler på gjensidighet i etterkant av det er begjæret tvang? For å undersøke dette har jeg valgt narrativet om Arne. Arne har et alkoholproblem.

Oppgaven er delt inn slik at jeg først skal presentere metode og gi en presentasjon av litteraturfunn, og teori knyttet til rusutfordringer og personsentrert perspektiv. Deretter vil jeg diskutere hvordan jeg kan bruke personsentrert perspektiv i møtet med Arne i etterkant av at det er begjæret tvang. Særlig vil jeg fokusere på hvordan jeg kan legge en strategi sammen med Arne for hvordan vi på best mulig måte skal få et godt samarbeid til videre oppfølging fra kommunal helsetjeneste. Til slutt vil jeg presentere konklusjon, og gi noen innspill til videre forskning.

1.1 Problemstilling

I denne oppgaven skal jeg undersøke følgende:

«Hvordan møte pasienter i etterkant av tvungen rusbehandling, og hvilken betydning har god relasjon sett ut i fra personsentrert perspektiv?»

Med følgende problemstilling skal jeg i denne oppgaven drøfte hvordan vi kan bruke god kommunikasjon for å danne terapeutisk allianse med personsentrert tilnærming. Samtidig ønsker jeg å se på hindringer og eventuelle utfordringer som kan oppstå etter at det er begjæret tvang. Som nevnt i innledningen fører slike handlinger ofte til tillitsbrudd og en opplevelse av svik hos pasientene. Jeg ønsker derfor å identifisere hvordan vi skal få fram et godt samarbeid mellom pasient og terapeut i fasen etter at tvangen er opphevet (Nyttingsnes et al. 2016)

2.0 Metode og presentasjon av funn

Som en del av denne oppgaven skal det innhentes forskningslitteratur for å belyse oppgavens problemstilling. Jeg har brukt ulike databaser i mine artikkelsøk, blant annet Psychinfo, Ovid Medline og sykepleien.no. Artiklene brukt i denne oppgaven ble funnet på Psychinfo.

Jeg har brukt de norske søkeordene alkohol*, alkoholiker*, tvang*, rusbehandling*, relasjon* og pasient-terapeut*. Engelske søkeord i oppgaven var alcohol*, patients*, coercion*, outcome*, health care*, treatment* relation*, empathy*, communication*, experience*. I tillegg foretok jeg manuelle søk for å se om det var forskning å finne vedrørende problemstilling og temaområde.

Jeg brukte sammensetninger av ulike søkeord som nevnt ovenfor og flere, og totalt kom det opp mange artikler. Inkluderingskriterier ved søkeprosessen var forskning med publisering fra år 2015 til nåværende år, engelsk språk og kvalitative studier eller reviews. Ved ett søk kom jeg ned på 8 artikler. Jeg leste sammendragene til alle disse før jeg valgte å inkludere en av de i min oppgave. Jeg har også gjort et manuelt søk med forfattere jeg har lest tidligere forskning på, og har valgt å bruke en artikkel med bakgrunn for hensikten i min oppgave. Jeg har også tatt med en forskningsartikkel etter å ha lest en artikkel på sykepleien.no. Alle forskningsartikler er tilgjengelig på Psychinfo. Jeg har valgt å bruke følgende artikler i denne oppgaven som jeg anser kan ha ei betydning:

«Treat me with respect». A systematic review and thematic analysis of psychiatric patients' reported perceptions of the situations associated with the process of coercion av E.B. Tingleff (2017) som er en review der de tar for seg hvilken betydning det har for pasientene der fagpersonell viser respekt i stedet for rigide, profesjonelle rammer. I tillegg ble det gjort oppmerksom i studien hvilken betydning det har når fagpersonell viser omsorg og innlevelse ovenfor pasienten, samt viktigheten av kommunikasjon. Fra det manuelle søket jeg har valgt å ta med *'It's unbelievably humiliating – patients' expressions of negative effect of coercion in mental health care* (Nyttingnes et al. 2016) der forskningen belyser hvilken betydning det har for pasienter når de er innlagt på tvang. Forskningen går inn på hvilke følelser der gir til pasientene, blant annet at tvang ofte blir assosiert med ydmykhet og følelsen av å miste frihet.

Siste artikkel jeg ønsker å benytte meg av er "*Nurses' experiences of professional boundaries in mental health care*". Denne fant jeg tilfeldig ved å lese inn på sykepleien.no. Alle mennesker har behov for menneskelig kontakt, og terapeuter bruker seg selv i jobben med å hjelpe andre. Forskning går inn på profesjonelle grenser i møtet med pasienten og det å danne en relasjon. Det kan være vanskelig å navigere i profesjonelle grenser innen psykisk helsevern, med bakgrunn for at sykepleierne i stor grad jobber med det relasjonelle. I følge forskningen kan det å bruke seg selv i møtet med pasienten ha gunstige effekter, selv om det ikke har noen garanti. Allikevel knytter mennesker til hverandre og omfavner det relasjonelle i jobben mot å hjelpe den andre. Forskningen konkluderer med at for nære relasjoner med pasienter bør unngås, da dette kan føre til belastning for sykepleier eller terapeut, samtidig oppstår det vennskapelige relasjoner mellom terapeut og pasient (Unhjem 2018)

I tillegg til å søke etter forskningsartikler har jeg også brukt «Veileder for tvangstiltak overfor personer med rusmiddelproblemer» som gir et bredere forståelse for helsepersonell hvordan prosessen skal foregå. Veilederen er et hjelpemiddel, samt en oversikt over hvilket ansvar den enkelte har i de ulike etatene, samt hvilke rettigheter hver enkelt pasient har i forkant av begjæring av tvang, deriblant brukermedvirkning (FHI.no)

3.0 Teori

Jeg vil i denne delen presentere relevant teori knyttet til oppgavens problemstilling

«Hvordan møte pasienter i etterkant av tvungen rusbehandling, og hvilken betydning har god relasjon sett ut i fra personsentrert perspektiv.

3.1 Alkohol - rusavhengighet eller misbruk?

Fenomenet rus omfavner et stort område. Alkoholbrukslidelser er de hyppigste rusbrukslidelsene i Norge og forekomsten for skadelig bruk eller avhengighet er om lag 8 prosent for menn og 3 prosent hos kvinner. På verdensbasis er det estimert at forekomsten av rusmisbrukslidelser øker og Norge ble det i 2018 registrert til over 600 dødsfall relatert til alkohol- og narkotikautløste dødsfall (FHI.no).

Det skilles mellom rusbrukslidelser og rusmiddelavhengighet. Siden rusbrukslidelser er et overordnet begrep for skadelig bruk og avhengighet av rusmidler. I alle aldersgrupper har menn en vesentlig høyere risiko for å utvikle alkoholbrukslidelser sammenliknet med kvinner, dette gjelder både i Norge og på verdensbasis. Undersøkelser viser at personer med høy utdanning og inntekt drikker hyppigere, men det er likevel færre i denne gruppen som utviklet et rusbrukslidelse sammenliknet med de med lavere utdanning og inntekt. Det viser seg også at problemer knyttet til alkohol fremtrer mer i større byer sammenliknet med andre steder i landet (FHI.no).

Det finnes ingen spesifikke grenser når en persons inntak av rus blir skadelig eller farlig, men det hevdes at den enkelte kan stå i fare for å utvikle et rusproblem når man ruser seg på feil tidspunkt eller feil måte (Lossius 2012).

Skillet mellom skadelig bruk og avhengighet blir definert som følgende:

«Ved skadelig bruk av rusmidler innebærer det bruk av rusmidler som har gitt fysiske eller psykiske helseskader i en definert tidsperiode» (FHI.no).

«Rusmiddelavhengighet kjennetegnes av at brukeren har et sterkt ønske om å innta rusmiddelet og har vansker med å kontrollere bruken. Brukeren opprettholder bruken til tross for skadelige konsekvenser, og prioriterer rusmiddelinntak foran andre forpliktelser og aktiviteter» (FHI.no).

Utviklingen fra bruk via skadelig bruk til avhengighet kan være en langvarig og gradvis prosess, og ofte erkjennes det ikke at det er et alkoholproblem før langt ut i forløpet (FHI.no)

Hvordan skal man da kunne skille på et tidlig stadiet mellom om en er avhengig eller ikke? Når det er så lett tilgjengelig og sosialt akseptert? ICD-10 skiller mellom skadelig bruk og avhengighetssyndrom. Skadelig bruk blir definert som «Skadelig bruk er når psykoaktive substanser brukes slik at det gir helseskade. Skaden kan være somatisk eller psykisk», mens avhengighetssyndrom blir omtalt hvis det er flere enn tre følgende kriterier blir inntruffet, blant annet sterk lyst eller tvang til å innta substansen, problemer med å kontrollere inntaket, abstinensstilstand, utvikling av toleranse og opprettholde bruken av substansen selv om det er åpenbare tegn til skade (Helsebiblioteket.no)

Når vi snakker om rus blir det blant annet sett innenfor toleranse. Toleranse blir utviklet når det stadig blir gjort inntak av rusmidler. Toleransen jobber seg oppover i kroppen på en sådan måte at det etterhvert blir oppfattet som normal tilstand. Blir det stopp med inntak av alkohol der det er bygd opp en toleranse, vil den oppleve symptomer på abstinens, kort forklart den motsatte effekten av rusmidlet der man for eksempel har mistet sin følelse av «lykkerus», og veien er derfor kort til å innta nye midler for å fjerne denne følelsen. Cravings eller «sug» blir beskrevet som et intenst behov for å innta rusmiddel igjen. Dette skjer både i abstinensfasen og opptil flere år etter at abstinensfasen er over (Lossius 2012)

3.2 Kapittel 10 – Tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige

Det å gi helsehjelp mot pasientens vilje eller samtykke er en alvorlig inngripen i menneskers rett til å bestemme over eget liv og kan oppleves som ydmykende (Nyttingsnes et.al 2016), men noen ganger er det likevel nødvendig å gripe inn for å hindre tap av liv og helse (Lossius 2012). Kapittel 10 – Tvangstiltak overfor rusavhengige er kommunens ansvar å vurdere om det skal fremmes sak om “tilbakehold i institusjon uten eget samtykke” § 10-2 eller § 10-3 “Tilbakeholdelse av gravide rusmiddelavhengige”. Kommunene skal ved bekymringsmelding om omfattende rusmiddelbruk foreta nødvendige undersøkelser knyttet til den konkrete saken, og ta ei vurdering om det skal fremmes sak eller ikke (Helse – og omsorgsdepartementet, 2011).

Pasienter har rett til brukermedvirkning og informasjon i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3. Brukerinvolvering bedrer muligheten for god behandler/pasientrelasjon, og bidrar til at det kan være muligheter for frivillig innleggelse. Aktiv brukerinvolvering kan minske opplevelsen av krenkelse og redusere unødig bruk av tvang (Helse – og omsorgsdepartementet, 2011). Ved aktiv brukerinvolvering får også pasientene opplevelse av å bli behandlet med respekt og dette kan bidra til at pasientene ønsker å motta behandling (Tingleff et al. 2017)

3.3 Personsentrert terapi

Personsentrert terapi er innenfor humanistiske perspektivet. Det humanistiske perspektivet har sine røtter i hermeneutisk filosofi, med utspring innenfor fenomenologien.

I det humanistiske perspektivet og i personsentrert terapi fokuseres det ikke på spesifikke psykiske lidelser, men tematiserer hva som kan bidra til å forstå mennesket, samtidig hva som er helse og uhelse. Mennesket er rasjonelt i den form at vi er bevisste på oss selv og andre, og hvordan man oppfatter verden. Selve begrepet humanistisk psykologi er komplisert sammensatt fordi det ikke omhandler en renspektet psykologisk tradisjon eller teori, men det å kunne forstå mennesket og helheten bak det. Det framholder at ethvert menneske har en viss form for selvstendighet i forhold til sine omgivelser. Mennesket har en viss egenvurdering og tolkning av sin evne til å opptre og håndtere i kompliserte situasjoner. Det skal derfor bygges mot at mennesket får styrket sin trygghetsfølelse, selvspekt og selvforståelse, og med dette kan det bidra til et langt friere menneske som klarer å realisere sine evner, anlegg og interesser – og dette skjer i form av selvaktualisering. Selvaktualisering anses som å være et hovedmotiv innenfor personsentrert terapi. For å komme til selvaktualisering forutsetter det vilje og evne til å ta valg. Unngår man å ta disse valgene fører dette til stagnasjon og angst. I denne terapien blir ikke angst sett på som en sykdom, men som et varsel om at valg ikke blir tatt (Haugsgjerd 2009).

Selvaktualisering er en personlig frigjøring fra det falske bildet et menneske kan ha av sitt jeg, og det falske bildet kan være en kamuflasje av både kroppen og sjelen. Kroppen og dens kroppslige uttrykk forstås i forhold til humanistisk perspektiv som en del av personligheten. Målet med selvaktualisering er at mennesket skal se utover seg selv, ikke fokusere på mangelbehovene. Ethvert menneske har dette behovet, og alle søker dypest sett tilfredsstillelse av det gjennom selvaktualisering (Haugsgjerd 2009)

Terapeut skal ha tiltro til ethvert menneske, og tro på at de kan utvikle sine ressurser, og med dette arbeide mot å skape et aksepterende klima i forholdet mellom terapeut og klient. Slikt arbeid blir omtalt som terapeutisk holdning. Innenfor personsentrert perspektiv bygger opp i mot sentrale fokusområder som egne opplevelser, valg og verdier, samtidig så fokuseres på relasjoner til mennesker (Haugsgjerd 2009). Mennesker knyttes til hverandre, og det skjer også i profesjonelle relasjoner (Unhjem 2018).

3.4 Carl Rogers og hans betydning for personsentrert tilnærming

Carl Rogers er en av de som står sentralt innenfor personsentrert terapi. Han var med på å videreutvikle humanistisk perspektiv, deriblant klientsentrert psykoterapi. Klientsentrert psykoterapi omhandler å møte mennesket/klienten som et subjekt i stedet for et objekt. Med dette ønsket Rogers at terapeuten i møte med klienten skal være tilbakeholden i sitt arbeid, men møte pasienten med en varm, positiv og aksepterende atmosfære. Hans arbeid pekte ut noen sentrale holdninger i det terapeutiske arbeidet sammen med klienten; empati, ekthet/kongruens, ubetinget positiv forståelse og frigjøring og vekst. Målet med terapi er frigjøring av vekst slik at man ikke blir fanget og stagnert, og selvaktualisering ikke oppnås (Haugsgjerd 2009).

3.4.1 Empati

Rogers beskrev empati som der terapeut klarer å identifisere seg med den andre og forstår følelsene hos klienten. Terapeuten skal kunne oppleve fortvilelse og smerte, men samtidig stå utenfor den intensiteten og styrken disse følelsene gir. Terapeuten skal også vise at er muligheter til å komme seg videre (Haugsgjerd 2009).

3.4.2 Ekthet/kongruens

Innenfor ekthet og kongruens så må terapeuten være trygg i sin rolle. Det innebærer at man er bevisst over egen personlig historie, egne verdier og interesser, begrensninger, persepsjon og kunnskaper. En må kunne akseptere den andre og oppleves som interessert. Som terapeut må en være åpen for alle følelser som angår i klientens situasjon og kunne vise følelser slik de virkelig er. Følelser er subjektive og de å kunne føle noe baseres på at en opplever en kroppslig reaksjon. Det å ha kontakt med egne følelser er viktig i jobben med å framstå som ekte i møte med andre. Dette bidrar til at klient føler på ekthet hos terapeut (Røkenes 2012).

Rogers mener med kongruens at det skal samsvare mellom atferd og følelser. Det må derfor samsvare mellom det som blir sagt og gjort hvis klient skal oppleve ekthet og

kongruens. Terapeuten må kunne akseptere klienten slik han er, samtidig fremtre som interessert slik at klienten føler at terapeuten ønsker å forstå hans situasjon (Haugsgjerd 2009).

3.4.3 Ubetinget positiv forståelse og frigjøring av vekst

Innenfor ubetinget positiv forståelse omhandler det å ha tro på at det er vekstpotensialer hos mennesket og at dette kan vokse, uavhengig av hva mennesket har gjort og opplevd tidligere og dens forutsetninger. Baktanken med ubetinget positiv forståelse er å etablere håp og optimisme hos mennesket, samtidig er det rom for at det finnes negative følelser. Det fokuseres på selvinnsett, ikke sykdomsinnsikt. Terapeut opptrer som en veileder til noen som leter etter ekthet og kontakt med seg selv. Terapeut skal ikke legge føringer i samtalen, men følge det som blir sagt og ikke sette begrensninger for valgt tema. Terapiprosessen skal åpne opp for et samspill som knytter akseptasjon og toleranse for både enighet og uenighet, og med dette kan det også føre til utprøving av handling og adferdsmønstre, og terapeut skal ha en aksepterende kommunikasjon i møtet med klient (Haugsgjerd 2009).

3.5 Terapeutisk arbeid innenfor personsentrert tilnærming

I det terapeutiske arbeidet jobbes det mot klientens følelsesmessige og kroppslige opplevelser her-og-nå. Klientens tidligere opplevelser fra barndom og dens historie står ikke i fokus og er av mindre betydning. Det skal legges vekt på å møte pasienten i hans egen forestillingsverden og de skal være en gjensidig jakt på å oppnå felles forståelse av klienten og at han er et helt menneske og identifisere sårbarhet (Unhjem 2018). Problemer og symptomer skal forstås som en helhet av de livsbetingelsene en står i akkurat nå. Helhetsperspektivet er med på å gi forståelse av de problemene en bærer på, samt bidrar til bearbeidingen av problemene, og dette anses som svært viktig i dette perspektivet (Haugsgjerd 2009).

I terapiprosessen skal det avklares frihet til å velge og ta egne valg. Klienten skal kunne oppleve større grad av ekthet og nærhet til seg selv og andre mennesker. Ved hjelp av dette

vil klienten kunne framstå som hel og få fram sitt sanne jeg. Møte mellom terapeut og klient er ikke bare et møte mellom to ulike individ. For at det skal fungere mellom terapeut og klient så forutsetter det gjensidig respekt og akseptasjon av hverandre, og forskning tar også for seg betydningen for pasienten av å bli behandlet med respekt (Tingleff et al.2017). Problemer og symptomer hos klienten blir ikke sett på som avvik eller sykdom, men det er en livssituasjon eller en annen situasjon som har gjort det komplisert for klienten, og dette har resultert til at de har mistet kontakt med det som er ekte og nære i seg selv. Jobben som terapeut omhandler derfor å få klienten til å få økt innsikt og forståelse for de problemene man har, og i fellesskap skal terapeut og klient søke etter forståelse og erkjennelse av problemet. Det fokuseres på ressurser, tidligere erfaringer med problemløsning og få fram at det er valgmuligheter. Relasjon mellom terapeut og klient skal bære sitt preg av ærlighet, nærhet og åpenhet.

3.6 Relasjon og Joyce Travelbee

Psykiatrisk sykepleie og miljøterapi blir beskrevet som en omsorgsgivende og en psykoterapeutisk virksomhet, derav hovedfokuset er å styrke egenomsorg hos pasienten, og bidra til å enten redusere eller løse et helseproblem (Hummelvoll 2012). Relasjon mellom pasient og deg som helsearbeider, der en bruker seg selv terapeutisk er blitt slått fast som en grunnleggende dimensjon innenfor psykisk helsearbeid. Fokuset er rettet mot person, dens livsproblemer og erfaringer. Videre tillater helsearbeideren seg selv å bli emosjonelt involvert i pasientens situasjon og lidelse og systematisk utforske relasjonen og kommunikasjon mellom seg selv og den andre. Mange pasienter kan erfare mangelfull respekt og at de ikke blir tatt på alvor i møte med hjelpeapparatet. Dette kan blant annet bli sett på som at pasienten ikke blir invitert til å lære seg å se seg selv, og relasjon med hjelper kan ha vært noe fraværende. Gjensidig anerkjennelse peker mot hvor stor betydning det har for den enkelte pasienten, blant annet at de føler seg sett og hørt i relasjonen. Et resultat av en god relasjon kan føre til at pasienten føler seg respektert, ivaretatt og bekreftet ut fra hvordan de er i dag, og den som hjelper kan bli oppfattet som genuin varme. Når man klarer å bekrefte hos en annen person, bidrar dette til å berøre den andre i en dyp mening, og dette kan være til hjelp i jobben mot å hjelpe (Haugsgjerd 2009).

Relasjon oppstår ikke på egenhånd. Kommunikasjon er kanskje noe av det viktigste virkemiddelet vi har som terapeuter og kanskje oss som mennesker har, og det bidrar til å skape en relasjon til pasienten. Gjennom kommunikasjon skaper det tillit og trygghet, men også anerkjennelse hos enten pasienten. Kommunikasjon er et virkemiddel og forutsetningene til å hjelpe noen er større hvis det forekommer god kommunikasjon mellom den som hjelper og mottar hjelp (Eide og Eide 2011).

Ved opprettholdelse av god kommunikasjon gir det rom for å nettopp å danne en relasjon. Menneske-til-menneskeforhold innenfor sykepleie blir sett på som et virkemiddel som gjør det mulig å oppfylle sykepleiernes mål, nemlig å hjelpe et annet individ.

Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee fokuserte nettopp på relasjonen og relasjon mellom menneske til menneske. Hun tar for seg at sykepleier/terapeuter må bruke seg selv i arbeidet for å hjelpe pasienten. For å kunne oppnå ønsket prosess i denne form for hjelp må sykepleier jobbe terapeutisk og opptre empatisk, samtidig som at pasienten må føle at empatien er ekte. Det må jobbes målbevisst for å skape en relasjon (Travelbee 2005).

Travelbee tar for seg hvordan sykepleier og pasienter lærer av hverandre som personer og hvordan de verdsetter hverandre. Ved opprettholdelse av en slik relasjon kan dette bidra til å støtte pasienten slik at de kan få en opplevelse av å mestre sykdom og sammen finne en vei til å mestre sin uhelse, samtidig som at det fokuseres på at det er enkeltmenneskets ansvar for eget liv og man skal klare å ta aktive valg. Selv om Travelbee fokuserte på egenansvar over eget liv, så mente hun at dette ikke trengtes å gjøre på egenhånd. Sykepleier skal hjelpe til å få pasienten på bedringens vei (Buus 2009).

Det fokuseres mye på det å danne relasjon med andre mennesker, men forskning forteller oss også at det finnes ei grense for hva som er en profesjonell relasjon og ikke. Selv om det fokuseres på den profesjonelle relasjonen, er det vanskelig å måle hva som er «riktig» og ikke. Vi som terapeuter øver oss mye på å bygge opp en relasjon, men vi er ikke alltid like flinke til å avslutte den. Det legges blant annet vekt på nære relasjoner, og et resultat av nære relasjoner kan føre til at det blir vanskeligere å sette klare grenser da det jobbes mot at vi som sykepleiere skal være tilgjengelige og nære (Unhjem 2018).

4.0 Narrativ – Historien om Arne A

Narrativet er hentet fra egne erfaringer relatert til bruken av tvang innenfor rusbehandling. Historiens detaljer er gjenfortalt og omskrevet slik at det ikke skal kunne identifiseres.

Arne kommer fra en liten bygd. En bygd der «alle kjenner alle». Han er en mann i sin beste alder, sjarmerende og godhjertet. Han er skilt og har totalt fire barn fra to tidligere ekteskap. Han har god kontakt med både tidligere ektefeller og barna sine. Han har hatt noen kjæresten det siste året, men disse forholdene har ikke fungert. Han bor i eget hus som han har bygget selv. Han forteller at han ønsker ikke å flytte derfra, fordi det skal være plass til å fylle huset med mange barnebarn når han i framtiden skal bli bestefar. Han jobber som tømmer og er i fysisk god form. Han har hatt denne jobben i mange år og har fortalt selv at han trives med dette. Arne har alltid vært sosial og sier aldri nei til en fest, og er ofte ute på byen for å sosialisere seg. Han har mange venner, og forteller selv at han ikke er ensom tross at han er alene.

Den siste tiden har Arne endret væremåte. Han har økt alkoholforbruket sitt betraktelig. Tidligere var det et par glass vin i helgene, nå har det eskalert til en kartong vin i løpet av helgen. Av og til møter ikke Arne opp på jobb. Barna hans har observert at det er tomme vinflasker rundt om i huset ei god stund, uten at de har tenkt noe særlig over det, men når de ser at faren har gått ned i vekt, lukter alkohol og ser mer sliten så begynner de å fatte noe mistanke. Barna setter seg ned og snakker med Arne om problemet, men Arne benekter for at han har inntatt noe alkohol. Barna ønsker at Arne skal ta kontakt med fastlegen, men Arne vil ikke dette.

Over en periode er barna ofte besøk hos Arne for å se om tilstanden forverrer seg, og i løpet av et par måneder eskalerer formen til Arne. Barna finner han beruset på stua, det er tydelig at han ikke har laget seg mat eller spist noe på mange dager, ikke har han dusjet eller stelt seg. Tidligere har Arne vært innom legevakt grunnet fall i beruset tilstand, der han har slått hodet.

Barna sender inn bekymringsmelding til fastlege og kommunal helsetjeneste.

4.1 Første møte med kommunehelsetjeneste

Arne åpner opp døra. Han står der i skitne klær og han er ustelt. Det lukter alkohol av han. Han vet at vi i kommunen kommer, fordi vi ga beskjed om at vi ville ta oss en tur. Han ville egentlig ikke at vi skulle komme, da han har kjennskap til oss personlig. Arne bor som nevnt tidligere i ei lita bygd og det er derfor ikke rart at alle kjenner alle. Når vi kommer inn i huset ligger det vinkartonger på kjøkkenet og stua. Arne vedkjenner ikke at han har et problem relatert til sitt alkoholforbruk. Han argumenterer at alle har lov til å ta seg et glass vin eller to uten å være alkoholiker. Han ønsker ikke at vi skal hjelpe han og han synes det er flaut at det er noen han kjenner som i det heletatt skal hjelpe til. Han forteller at han ikke har et problem og ber oss om å gå.

4.2 «Nå går det ikke lengre»

Over en periode blir Arne fulgt opp av kommunal helsetjeneste, som ser at situasjonen til Arne forverres. Arne har vært flere ganger på legevakt grunnet fall, men skrevet seg ut på eget ansvar. Når vi kommer hos Arne ligger han i sofaen. Han har gått betydelig ned i vekt i løpet av få uker. Han er forvirret og snakker usammenhengende. Han lukter alkohol og er svært påvirket. Han er ukritisk til det som blir sagt. Vi ønsker å få han inn til legevakt, men han nekter dette. Etter konferering med kommuneadvokat og innhenting av dokumentasjon blir det begjæret tvungen rusbehandling, og Arne blir sendt først til avrusning.

Jeg møter Arne etter ei uke på avrusning. Han er irritabel og sint. Han snakker med en høy stemme, til tider roper han også og forteller hvor skuffet han er over meg som har sendt han til dette «fengselet». Av alle mennesker, så var det akkurat jeg som skulle gjøre dette mot han? Han sier «hele tiden har hatt et godt bilde av deg, og du har vært ei fornuftig jente siden jeg var barn. At du kunne komme og ta ei slik beslutning kan jeg ikke begripe» og han viser tydelig sin misnøye med å gestikulere med hendene og går frem og tilbake på rommet. Han ønsker ikke å ha noe med meg å gjøre, og ber meg om å gå. Når jeg går slenger han døra etter meg og roper «håper noen gir deg juling, for det fortjener du».

Arne blir i behandling i 3 måneder, og blir skrevet ut med oppfølging fra kommunal helsetjeneste.

5.0 Diskusjon

5.1 «En ny felles start»

Arne har kommet hjem fra behandling. Vårt siste møte var ingen god opplevelse for verken Arne eller meg. I kampens hete kaster Arne ut verbale trusler. Forskning sier at pasienter som blir lagt inn på tvang føler på skuffelse og ydmykhet (Nyttingnes et al. 2016), og da er det heller ikke unaturlig at Arne føler på sinne. Hva skal til for at Arne får tilbake sin tillitt til meg som terapeut? Hva skal til for at Arne vil føle at jeg ønsker han alt godt? Hvordan å opprettholde empati hvis Arne ikke føler forstått? Innenfor psykiatri må vi i hjelpeapparatet stå i vanskelige situasjoner, deriblant trusler fra pasienter (Haugsgjerd 2009).

I forkant av det første hjemmebesøket tar jeg kontakt med Arne per telefon for å avtale første hjemmebesøket. Vi begge var naturligvis spente på hvordan dette skulle gå, men jeg ville vise Arne at jeg ønsker å legge dette bak meg. Jeg ringer Arne, men ingen svarer. Deretter sender jeg en tekstmelding, for det er ikke unaturlig at man ikke tar telefonen når det er ukjente numre. Arne ringer meg opp igjen og jeg hører med han om han ønsker at jeg kommer på et besøk. Arne sier ja til dette, men jeg lar Arne selv bestemme når jeg skal komme. Jeg gir han ulike tidspunkt slik at han har noen alternativ. Jeg gjør det på denne måten slik at Arne får følelse av at det er han som skal få lov til å ta et valg, samt bestemme dette på egen hånd. Den følelsen av medbestemmelse ble brutt hos han når jeg sist bidro til å legge han inn på tvungen behandling. Jeg ønsker at han skal få føle at det han gjør og mener betyr noe, og at jeg ønsker å følge det han ønsker.

Jeg møter Arne hjemme hos han. Jeg som terapeut må vise respekt overfor Arne, spesielt fordi jeg er hjemme i hans eget hjem. Dette gjenspeiler seg også i forskning der betydningen av respekt fra fagpersonell har stor betydning for pasienten (Tingleff et al. 2017). Hans fysiske form er betydelige mye bedre etter 3 måneder i behandling. Som på telefonen, er Arne til å begynne med kort i talen, og svarer med korte setninger. Forskning understøtter at pasienter som opplever å bli behandlet med tvang en følelse av svik og brudd på tillitt (Nyttingnes et al, 2016). Selv om jeg som terapeut møter mostand hos Arne, betyr det ikke at det ikke er noen vei for noen form av relasjonsbygging. Jeg må akseptere at Arne sitter med sine følelser, og det vil ta tid med å bygge opp relasjon. Alle mennesker

som skal gjennom en endring må erkjenne at en endring må til i veien mot bedre helse. Mennesker med rusutfordringer må bruke tid på å både endre sinn og hjerne, og det er derfor viktig å huske at endring tar tid (Lossius 2012)

Det er da viktig for meg som terapeut å se hvordan Arne ser på meg som person og vise han at jeg er der for han. En forutsetning for relasjonsbygging er at jeg ikke gir opp, det er også viktig å prøve å møte Arne der han er, og la han bli kjent med meg, både som menneske og i den rollen jeg har i kraft av stillingen min. Vi fikk en tøff start, men ved hjelp av tid skal det være rom for at vi begge skal få til et godt samarbeid.

I løpet av de første minuttene under hjemmebesøket gir han uttrykk for at han er misfornøyd med det som ble gjort, samtidig som at han skjønner at det måtte til i den aktuelle situasjonen. Arne beklager seg for det han har sagt tidligere, og jeg godtar unnskyldningen hans og forteller at jeg forstår at han var fortvilet, og at det var en sårbar situasjon å komme oppi. Selv om fokuset innenfor personsentrert terapi er her og nå, må det være rom for å ta opp tidligere hendelser slik at Arne får lagt bak seg frustrasjon og fortvilelse. Når det er han som styrer samtaletema, ønsker jeg ikke å korrigere han eller avbryte, fordi han skal få oppleve at jeg som terapeut er nysgjerrig og genuint opptatt av det han tenker og føler. Ved hjelp av at pasienten får en opplevelse av at terapeuten er oppriktig nysgjerrig på hva de har å si, bidrar dette til en bedre relasjon og opplevelse hos pasienten under behandling (Tingleff et al. 2017)

Jeg spør Arne om han ønsker å beskrive følelsene rundt dette, og han forteller at han bare var sint og frustrert. Han følte seg innestengt, samtidig som at kroppen hans skrek etter mer alkohol slik at han kunne få vekk alle de vonde følelsene. Ut i fra et personsentrert perspektiv skal pasienten være den som legger føringer om hvilke tema han ønsker å snakke om og det skal ikke sette begrensninger av oss som terapeut (Haugsgjerd 2009). Ved at han beskriver slike følelser gir det rom for meg som terapeut å gi tilbakemelding på dette. Ved hjelp av ekthet og kongruens svarer jeg blant annet «Jeg forstår veldig godt at du var sint og frustrert, det hadde sikkert jeg vært også. Du var langt hjemmefra og det er ikke unaturlig at du hadde abstinenser». Arne ser undrende på meg, samtidig som at han sier «ja, sier du det ja». Han forteller videre at han hadde forventet at jeg skulle komme med hva som er riktig og galt, ikke at jeg faktisk forstod (Haugsgjerd 2009).

Jeg spør Arne hva han ønsker å snakke om eller om det er noe han mener vi burde snakke om. Arne tar opp måten han ble lagt inn, og jeg lar han komme med de negative opplevelsene og uttrykke meg med at jeg godtar at han har disse følelsene. Ved at jeg gir rom for Arne å fortelle om sine negative opplevelser viser jeg ovenfor Arne at jeg er ekte og ønsker å få innblikk i hans følelser. Ved hjelp av dette har jeg et ønske om at Arne oppfatter meg som empatisk. Det er viktig at Arne føler at jeg er empatisk, slik at han kan få en følelse på at jeg ønsker å være der for han (Haugsgjerd 2009).

Arne forteller at han egentlig ikke ville at jeg skulle komme i dag, fordi han er redd for at jeg skulle bruke makten min igjen til å eventuelt legge han inn igjen. Ved hjelp av ekthet forklarer jeg da Arne hvordan prosessen fungerer, for å ufarliggjøre min rolle per i dag og hva jeg kan bidra med i veien mot at han skal få det bedre framover. Min jobb omhandler ikke å jobbe alene, men at jeg ønsker å jobbe sammen med Arne, og at vi begge skal sette oss et felles mål, samtidig som at vi fokuserer på hva Arne ønsker. Ved å bruke en slik tilnærming håper jeg at Arne selv opplever at det han føler og mener betyr noe, og at han ikke er alene om dette.

Arne er mer mottakelig for slik type informasjon nå sammenlignet med tidligere. Han erkjenner at han hadde det litt trøblete tidligere, noe han ikke gjorde for 3 måneder siden. I personsentrert terapi fokuseres det på vekst og stagnasjon. I den form av at Arne erkjenner at han har et problem bidrar til at han har dannet seg ei tolkning av sitt eget liv, og innenfor personsentrert terapi er dette selvaktualisering. Det må derfor jobbes mot å styrke Arne slik at han får kjenne på trygghetsfølelse, selvrespekt og selvforståelse. Med et slikt utgangspunkt kan dette bidra til et friere menneske som kan bruke sine egne evner og interesser i jobben mot ei god helse (Haugsgjerd 2009).

Jeg snakker med Arne rolig, følger hans tempo, samtidig som at jeg bruker meg selv i kommunikasjonen. I følge Eide og Eide (2012) skaper god kommunikasjon et springbrett for relasjon. Jeg styrer ikke samtalen, men lar den ha en flyt for å gjøre opplevelsen til Arne bedre, selv om han har dårlige assosiasjoner med meg fra før av. Jeg prøver å opptre som meg selv, og ikke som en profesjon. I personsentrert terapi handler det om å bruke seg selv i terapien, og jeg ønsker derfor ikke å opptre kunstig. Jeg ønsker at samtalen skal flyte på en slik måte at det oppleves naturlig. Mitt fokus det første møtet er å forsøke å

gjenopprette relasjon, tillitt, samt forsøke å ufarliggjøre meg og jobben min (Haugsgjerd 2009).

Jeg forklarer Arne at jeg ønsker ikke å se på mangelbehovene hans, men heller hvilke styrker han har. Arne er noe lystigere i tonen etter denne samtalen, og vi avtaler at vi allerede kan møtes uken etterpå (Haugsgjerd 2009).

5.2 «Videre oppfølging - Rom ble ikke bygget på en dag»

For å danne en god relasjon krever det tid. Som overskriften nevner, Rom ble ikke bygget på en dag, og jeg belager meg på at det vil ta tid å skape en god terapeutisk relasjon, slik at vi sammen kan bygge på noe videre. Ved hjelp av dette kan det være muligheter for han å klare å mestre det han strever med i dag. Jeg møter Arne som avtalt. Han forteller om ei uke som har vært vanskelig. Han har tydd til litt alkohol de dagene der det har vært vanskeligst. Han forteller at han egentlig ikke ville møte meg i dag fordi han tenkte at jeg ikke kom til å godta at han hadde drukket litt og ville «arrestere» han for det. Jeg lar Arne prate, og spør han hva som gjorde at han valgte å drikke framfor å ringe meg. Jeg spør han om dette fordi jeg ønsker å sette meg inn i hvordan Arne har det. Klarer jeg å forstå handlingene til Arne, er det også lettere å hjelpe han i den vanskelige situasjonen. Arne forteller at han hadde vært i sentrum og møtt på noen gamle kjente. Han følte på en del skam og at hele byen kjente til hans problem. Han dro derfor på polet og kjøpte seg rødvin. Jeg spør Arne om jeg kan komme med litt egne tanker rundt dette, noe han aksepterer. «Jeg har hatt egne refleksjoner rundt det med alkohol. Det som gjør alkohol så vanskelig, er blant annet fordi alkohol er så lett tilgjengelig for alle, det brukes av mange uten at det blir oppfattet som at det er et alkoholproblem. Det er sosialt akseptert og jeg skjønner at det er vanskelig å stå i slike situasjoner når det butter imot». Samtidig er det heller ikke uvanlig at mennesker får et «sug» etter å bruke substansen som gjør at de føler seg bedre når ting føles tungt. Arne nikker, og tar til seg at jeg ikke dømmer han, men forstår han. Arnes reaksjon når han følte på motgang er ifølge personsentrert terapi et varsel, og han tar et valg som han ikke ønsker å ta, dermed å kjøpe seg alkohol. I stedet for å fokusere på det negative i denne hendelsen, ønsker jeg sammen med Arne å fokusere på å bygge han opp igjen slik at han føler han kommer i kontakt med seg selv og sine omgivelser igjen (Haugsgjerd 2009).

Som Carl Rogers fokuserte i sitt terapeutiske arbeid, må det jobbes innenfor empati, ekthet, ubetinget forståelse og frigjøring av vekst. Sammen med Arne ønsker jeg at han skal få frigjøring av vekst og oppnå selvaktualisering. Ved at jeg kommer med egne refleksjoner uten at jeg skal kritisere Arne gjør at jeg som terapeut prøver å identifisere og forstå følelsene til Arne, samtidig forstå hva disse følelsene gjør med Arne i sin helhet. Ved hjelp av både empati og ekthet forsøker jeg som terapeut å gjenkjenne følelsene til Arne i form av at jeg anerkjenner hans følelser, og ved at Arne opplever meg som ekte bidrar dette til at et samarbeid kan bli godt (Haugsgjerd 2009).

Sammen med Arne ønsker jeg å vise at det finnes også andre muligheter, og hvis han ønsker hjelp til dette skal jeg stå sammen med han og få han opp igjen, noe som står sentralt i personsentrert terapi (Haugsgjerd 2009).

For at Arne skal bli trygg på meg som terapeut må jeg også være trygg på meg selv og jobben jeg gjør. Det betyr nødvendigvis ikke at jeg er plettfri, og hvis noe er vanskelig kan jeg heller ta det opp med Arne. I løpet av oppfølgingen har Arne og jeg snakket om sinnet hans omkring meg når han var innlagt. Jeg forteller Arne at jeg ble redd når han kom med de verbale truslene, samtidig som at jeg ble fortvilet på hans vegne over at han hadde det slik. Dette anser jeg ikke som et svakhetstegn hos meg som terapeut, men det kan være til hjelp for Arne slik at han også kan lære å kjenne meg. Uansett perspektiv, så er det opplevelsen av ekthet og følelse av respekt som danner grunnlag for en god allianse (Tingleff et al 2017). Vi mennesker er satt sammen på en sådan måte at det vises ganske fort hvis en person bare sier de ønsker å hjelpe eller om de oppriktig har et stort ønske om å hjelpe. Hvis jeg viser Arne at jeg ønsker å møte han i det han synes er vanskelig, kan det bidra til at man lettere kan få til noe sammen. Arne forteller en del om abstinenser, og jeg hører med Arne om han ønsker at vi skal se nærmere på dette for å kunne håndtere en eventuell ny situasjon der abstinensene og sug tar overhånd. Arne er veldig interessert i dette og sammen prøver vi å danne en strategi for hvordan Arne kan håndtere dette. I stedet for å komme med belærende ord om hvorfor han ikke må drikke, spør jeg Arne om det er noe han ønsker vi kan gjøre slik at det ikke skjer igjen. Han vet ikke hva han skal svare, og jeg spør han da om lov til å komme med et forslag, og dette aksepterer Arne. Jeg kommer med forslag om at han kan ta kontakt med meg hvis det blir tungt igjen. Svarer jeg ikke på jobbtelefonen, så er jeg mest sannsynlig opptatt, da går det an å sende en tekstmelding og jeg kan ringe opp når jeg har tid igjen. Hvis han ikke ønsker å ringe og

synes dette er vanskelig, går det også an å sende en tekstmelding om at han ønsker at jeg skal ta en tur. Det er naturligvis ikke alle som synes det er like lett å snakke om vanskelige ting, og dette forteller jeg til Arne for å ufarliggjøre å få hjelp. Jeg ønsker i tillegg å være på tilbudssiden slik at han vil få en opplevelse av at jeg ønsker å være der for han, og hjelpe han når han har det vanskelig. Arne synes det er en god ide, og han gir uttrykk for at han ønsker ikke å ty til alkohol hver gang det blir tungt.

5.3 «Den gode relasjonen»

En forutsetning for å skape en god relasjon mellom terapeut og pasient er at pasienten oppriktig føler på gjensidighet, en følelse av at terapeuten bryr seg og ønsker å hjelpe. Jeg valgte i situasjonen med Arne å ta meg den friheten og spørre hva han ønsker eller forlanger av meg, både som person og sykepleier. Hva ønsker han at jeg skal gjøre, og hva er viktig for han slik at det blir et godt samarbeid mellom oss to. Arne sa at det som er viktig for han er at føler han blir sett og hørt, og at jeg er der for han. Ved å opptre empatisk, vise at man bryr seg og ønsker å hjelpe ovenfor Arne ses i denne sammenhengen å være en byggestein til å danne en terapeutisk allianse og en relasjon (Haugsgjerd 2009).

Som Joyce Travelbee også fokuserte på, er den kontakten som dannes via et menneske-til-menneskeforhold en forutsetning for at det skal la seg gjøre å hjelpe (Travelbee 2005). Jeg anser det som naturlig å bruke seg selv terapeutisk, og personlig, spesielt i den jobben som blir gjort i kommunen vår. Oppfølgingen er sådan at hver enkelt pasient har sine primær- og sekundærkontakter. Forutsetning for et godt samarbeid gjør at det blir opprettholdt god relasjon og god kommunikasjon mellom partene, samtidig som de profesjonelle grensene opprettholdes (Unhjem 2018).

Hva anses som et «sunt» forhold til pasienten og hvor mye en skal bruke seg selv i jobben med å hjelpe andre mennesker, er svært aktuelle spørsmål i møte med mennesker med rusutfordringer som har vært utsatt for tvang. Personlig synes jeg at dette er en hårfin balanse, og det kan også være individuelle forskjeller hvor grensene går. Jeg tenker det er nødvendig og høyst interessant med mer forskningsbasert kunnskap innenfor dette området da mennesker med rusutfordringer har et kjent problem med ivaretagelse av relasjoner og

har som regel tidligere erfaringer med brutte relasjoner. Hva er det de forventer av oss som helsepersonell og hva de anser som viktig i bygging av relasjon.

Min erfaring er at i møte med Arne går det an å bruke seg selv. Ved å være meg selv bidrar det til å normalisere både meg som person og jobben min. Ved å være meg selv kan det være et hjelpemiddel hos Arne der jeg viser at jeg oppriktig bryr meg om han og ønsker å hjelpe, og hvis Arne klarer å kjenne på optimismen jeg prøver å overføre til han, kan det være et hjelpemiddel mot å vise at det finnes håp i enden av tunnelen.

I denne sammenhengen hjalp det å bruke seg selv hos Arne, men det kommer selvfølgelig helt an på hvilket problem pasienten har og hvor mye hensikt det har i å bruke seg selv personlig og hvor mottakelig pasienten er for at du bruker deg selv i jobben. Allikevel anser jeg det som viktig å bruke seg selv i jobben mot å hjelpe andre, slik at den som mottar hjelp ikke oppfatter deg som mekanisk og kald, men heller som empatisk og ekte (Unhjem 2018 og Haugsgjerd 2009).

6.0 Konklusjon

Jeg har i denne oppgaven tatt for meg hvordan å bruke kommunikasjon basert på personsentrert perspektiv i jobben med å danne god relasjon etter bruk av tvang knyttet til rusutfordringer. Gjennom mitt narrativ om Arne har jeg forsøkt å bruke elementer fra personsentrert perspektiv, der betydningen av å bli oppfattet som empatisk og ekte som terapeut dannet et grunnlag for videre samarbeid.

I møte med Arne ble god kommunikasjon helt avgjørende. Det skal sies at kommunikasjon mellom meg som terapeut og Arne fungerte godt når vi begge ble godt kjente med hverandre. Selv om det var litt trådt i begynnelsen, løsnet det etter hvert som at Arne forstod at jeg var der for å hjelpe, ikke for å «arrestere» han og sette han rett inn i behandling igjen når ting ble tungt. Sammen laget vi oss et felles mål, og dette var en viktig brikke i jobben mot en god relasjon.

Denne oppgaven belyser ikke utfordringene knyttet til situasjoner der det er total motstand mellom pasient og terapeut, samt utfordringene hvis Arne ikke var interessert i å motta hjelp eller å danne en relasjon med meg. Sett fra et personsentrert perspektiv, der jeg i denne oppgaven har ønsket å fremheve viktigheten av empati, ekthet/kongruens og ubetinget positiv forståelse så handler det ikke om å enten være det ene eller det andre. Innenfor dette perspektivet handler det enkelte er en del av en helhet, og det trengs empati for å skape ekthet og ubetinget positiv forståelse og frigjøring av vekst og motsatt. Om man er født empatisk eller kan bli empatisk kan også diskuteres. En ting er sikkert, pasienter merker fort når terapeuter er ekte og empatisk. For å skape en god relasjon er det derfor viktig å være der for pasienten, og gi de den følelsen de søker etter – følelse av at du som terapeut og menneske ønsker å være der for de ved oppturer og nedturer, og være et medmenneske og en trygg klippe. Allikevel har jeg gjennom narrativet fått et godt innblikk i hvordan og hvilken betydning personsentrert tilnærming har i jobben med å hjelpe den andre. Jeg har også sett på hvordan man skal få fram det menneskelige i oss, og bevisstgjøringen rundt dette da det har en betydning for det å hjelpe andre mennesker i kriser. Å hjelpe andre ligger latent i min ryggmarg og faller meg naturlig i jobben som (psykiatrisk)sykepleier, og hvis det innebærer at jeg må bruke hele meg selv i den jobben, er jeg villig til det – så langt det kjennes riktig ut for meg.

Referanseliste

Buus, Niels (red.) 2009. Psykiatrisk sygepleje, s.23-41. København: Dansk Sygeplejeråd: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Eide, Hilde og Tom Eide. 2011. Kommunikasjon i relasjoner - samhandling, konfliktløsning og etikk. 2.utgave. Oslo: Gyldendal akademiske.

Folkehelseinstituttet.no (2014). *Rusbrukslidelser i Norge. Forekomst og utvikling av alkoholavhengighet og andre rusbrukslidelser i Norge, samt risikofaktorer og konsekvenser.* <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/ruslidelser/> (Lest 03.04.20).

Haugsgjerd, Svein. Per Jensen, Bengt Karlsson og Jon A. Løkke. 2009. *Perspektiver på psykiske lidelser – å forstå, beskrive og behandle.* 3.utgave, 4.opplag 2015. Gyldendal Norsk Forlag AS

Helsebiblioteket.no. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser.

<https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/rop/2-definisjoner-metode/2.1-definisjoner>
(Lest 03.04.20)

Helsedirektoratet (2016). *Veileder om tvangstiltak overfor personer med rusmiddelproblemer etter helse og omsorgstjenesteloven kapittel 10.*

https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/tvang-overfor-personer-med-rusmiddelproblemer/Tvangstiltak%20overfor%20personer%20med%20rusmiddelproblemer%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/_/attachment/inline/c399c1b7-d0ef-44a9-af9a-80c018385021:2e78c8bfe086d5bf644ee8fcc7e2990c048b6787/Tvangstiltak%20overfor%20personer%20med%20rusmiddelproblemer%20%E2%80%93%20Veileder.pdf

(Lest 03.04.20)

Helse - og omsorgsdepartementet. (2011). Helse - og omsorgstjenesteloven. Lov av 24. juni 2011 kapittel 10 om tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige.

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_10#§10-7 (Lest 22.04.20)

Hummelvoll, Jan Kåre. 2012. Helsefremmende og forebyggende aspekter i psykisk helsearbeid. Helt – ikke stykkevis og delt – psykiatrisk sykepleie og psykisk helse. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lossius, Kari (2012). Håndbok i rusbehandling. Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet. 2.utgave. Gyldendal Norsk Forlag AS

Nyttingnes, O., Ruud, T., & Rugkåsa, J. (2016). *'It's unbelievably humiliating'—Patients' expressions of negative effects of coercion in mental health care*. International journal of law and psychiatry, 49, 147-153. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.08.009>

Røkenes, Odd Harald og Per-Halvard Hanssen (2012). *Bære eller Briste. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. 2. utgave. Fagbokforlaget.

Tingleff, Elisabeth, S.K Bradley, F.A Gildberg, G Munksgaard, L. Hounsgaard. (2017) «Treat me with respect». A systematic review and thematic analysis of psychiatric patients' reported perceptions of the situations associated with the process of coercion. Journal of psychiatric and mental health nursing/volume 24, Issue 9-10. <https://doi.org/10.1111/jpm.12410>

Travelbee, Joyce. 2005. Mellommenneskelige forhold i sykepleie. 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Unhjem, Jeanette Varpen. 2018. Nurses' experiences of professional boundaries in mental health care – a multisite qualitative study using source triangulation. ISBN: 978-82-8377-414-6.