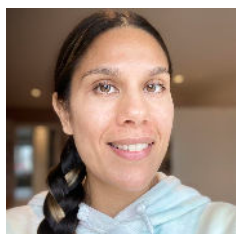




ESSAY

Flukten til et bedre liv (+)

September 26, 2024

[Last ned som PDF](#)

Carima Ahamath
imaahamath@gmail.com



Trine S. Jenssen
trine_91_7@hotmail.com



Christian Morvik
pluto.morvik@gmail.com

Forord

Dette essayet er levert som eksamensoppgave ved VID Vitenskapelige Høgskole, våren 2024. Vi blir kjent med personen Jamal som er blitt anonymisert. Detaljer og navn er blitt endret for å ivareta personvern og taushetsplikt.

Flukten til et bedre liv

Nok en dag våkner jeg til de dystre nyhetene som flommer gjennom min mobilskjerm. Scenene av ødeleggelsene i Gaza, med barn som ligger livløse eller skjelver av sjokk, er hjerteskjærende. Jeg blir fysisk uvel, og jeg kjenner tårene tvinger seg frem. Til slutt må jeg tørke meg på ermet på genseren. Mens jeg venter på at kaffen skal bli klar, tenker jeg på de daglige rapportene om tapte liv, spesielt barnas. Over tretti tusen nå, en tragisk påminnelse om konfliktens brutale realitet. Hvordan er det å overleve et bombeangrep, bare for å stå overfor en usikker fremtid, skadet, kanskje uten familie, og uten tilgang på grunnleggende nødvendigheter som mat og medisinsk hjelp? Sinnet og sorgen over denne urettferdigheten fyller meg. Jeg legger fra meg telefonen og går ut på kjøkkenet. Jeg ser i sidesynet et vakkert sollys som skinner inn vinduet. Jeg går mot lyset og åpner vinduet og puster en deilig kald vårluft inn i lungene. Jeg sjekker klokken, trettifem minutter til jeg begynner på jobb. Jeg vet at jeg ikke kan ta med meg følelsene jeg kjenner på i møte med pasientene. På jobb må jeg være selvregulert og rolig. Men akkurat nå kjenner jeg meg maktesløs, sint og lei meg. Jeg bestemmer meg for å ta med meg kaffen på en termos og gå til jobb. Litt frisk luft på en fin vårdag kan kanskje hjelpe?

Jeg tar på meg jakken, sko og luen. Jeg nyter det fine været en stund helt til tankene raser tilbake til det jeg nettopp har sett. På vei til jobben tenker jeg på kontrasten mellom livet her i Norge og de som lever under konstant trussel. Vi har sikkerheten, hjemmene våre og overfloden, mens andre kjemper for sin eksistens. Vi vet om mange som flykter fra hjemlandet sitt fordi de ikke ser noen annen mulighet til å overleve enn å rømme fra hjemmet sitt. De må flytte til et tryggere sted, mange av dem kommer til Norge. De risikerer mye når de er på flukt.

På flukten risikerer de både livet og helsen sin. Reisen kan ta flere måneder. Noen reiser gjennom kalde ørkener på natten, for hvis de reiser på dagtid risikerer de å bli skutt eller drept. Svært få av dem har ikke tilgang på mat eller drikke på reisen. Jeg har hørt at flere av dem opplever tortur og flere av dem sliter med en dårlig psykisk helse i etterkant. Vi har sett at mange flykter i båter og ender opp med å drukne. Hvis de er av de heldige og overlever, kan de bli fengslet, truet på livet og tvunget til å måtte betale dyre priser for å få friheten sin tilbake. Alt dette for å komme til et bedre sted. Det er vanskelig å forestille seg hvordan et menneske klarer å mentalt overleve dette.

Jeg tar meg en slurk av kaffekoppen. Jeg er halvveis til jobben nå, tankene avbrytes av en turgåer med hund. Hunden bjeffer mot et ekorn som sitter oppi et tre. Det er ikke lenge til før jeg kan se taket til bygningen jeg jobber i. Tankene mine vender tilbake til jobben ved den psykiatriske avdelingen, hvor flere av pasientene har flyktet fra krig og konflikt i håp om et bedre liv. Mange av dem jeg har møtt har fortalt at de ønsker å hjelpe familien økonomisk. Flere sier de synes det er vanskelig å bo i Norge. De føler seg ikke ordentlig integrert eller har ikke lært seg å snakke godt norsk. Jeg har opplevd at flere av dem har lite nettverk, få venner og problemer med å få seg en jobb. Nå står jeg utenfor døren. Jeg sjekker om jeg har husket nøkkelkortet, det hadde jeg. Jeg prøver å skifte til jobbfokus. Jeg møter en kollega i inngangen, som smiler bredt til meg og sier “hei, kjekt å se deg”. Jeg smiler tilbake. Jeg kjenner at tankene mine stilner. Nå er jeg på jobben.

Vi får rapport av ansvarsvakt om hvordan helgen har vært, mye er det samme slik det har vært de siste ukene. På slutten av rapporten får vi høre om en ny pasient som er kommet. Det er en ung mann, med navnet Jamal. Han er her for å bli utredet for om han har psykose. I rapporten får jeg vite at han ikke snakker godt norsk og at det må brukes tolk i samtale med han. Det formidles at han er en asylsøker, med mye traumer og PTSD. Jeg kjenner et sug i magen. Jeg spør spontant om jeg kan være kontaktpersonen til Jamal. Jeg får mange tanker om hvem Jamal er, hva han har opplevd og hva slags liv han har levd før han kom til Norge. Jeg tenker på min egen erfaring med å møte pasienter som lider av psykoseproblematikk. Jamal kan vel ikke være så annerledes?

Når jeg møter han kjenner jeg på en forpliktelse til å forstå, for å tilby den hjelpen han trenger, til tross for språkbarrieren som ligger mellom oss. Vår første interaksjon er preget av forsiktighet, et forsøk på å bygge tillit i en verden som har vist ham så lite barmhjertighet. Et skjevt smil, en utveksling av blikk. Disse små øyeblikkene av menneskelig forbindelse blir plutselig avbrutt av den skarpe lyden av en alarm. Jamal reagerer med panikk, han blir anspent i kroppen. Han løfter armene og holder dem over hodet. Jeg er på vei til å løpe, da en kollega sier “falsk alarm”. Jeg snur blikket mitt mot Jamal. Resten av vekten ligger han i sengen, lyset er avslått og jeg får ikke kontakt med han.

Kontekst

Jamal er en mann i tjuårene som er født og oppvokst i Kongo. Oppveksten hans har vært preget av fattigdom og krig. Jamal vokste opp med en stor familie rundt seg. Han har opplevd mye traumer i barndommen og ungdomsår knyttet til krig i hjemlandet. For fem år siden flyktet han, alene uten familien sin. Familien hans hadde skaffet penger til å sende Jamal på flukt. Flukten varte i mange måneder. Han har vært igjennom en uforståelig, svært krevende og traumatisk reise gjennom mange land for å komme til Norge. Når han først kommer til Norge, kjenner han svært få. Jamal ble boende på et asylmottak i mange måneder før han fikk bolig i Bergen. Jamal har et sterkt ønske om å få seg en utdanning i Norge, slik at han kan få seg jobb og hjelpe familien sin økonomisk. Før innleggelsen hadde han isolert seg. Bekjente ble bekymret og hadde merket at han forandret seg. De fortalte at Jamal ble mistenksom overfor dem, at han ytret paranoide tanker. I avdelingen er han mye på rommet sitt og er preget av flere psykotiske symptomer. Han opplever å bli forfulgt, han føler seg overvåket. Han vandrer mye på rommet sitt og fremstår rastløs. I journalen står det at Jamal har sporadisk bruk av cannabis. Jamal har oppgitt sitt siste inntak for noen uker siden.

I møte med Jamal oppdaget vi flere utfordrende momenter: psykoseproblematikk, hans rusmiddellidelse, språkbarrieren, traumer fra oppvekstforhold og fra tiden på flukt. I denne oppgaven har vi valgt å avgrense tematikken til to hoveddeler: 1) utfordringene i møte med Jamal på grunn av kultur- og språkbarrieren og 2) utfordringer i møte med personer som Jamal med ROP-lidelse.

Kultur- og språkbarrierer

Det var utfordrende å bygge relasjon og hjelpe Jamal i avdelingen, på grunn av våre kulturelle forskjeller og språkbarrieren. Jamal snakker ikke godt norsk, og har gjerne behov for tolk. Med utgangspunktet i språkbarriere og kulturelle forskjeller, kan det være vanskelig å bygge relasjoner og hjelpe pasienter som Jamal. Språkbarrieren utgjør en utfordring i vårt arbeid med pasienter, ved at den kompliserer både forståelsen og formidlingen av informasjon om helsetilstander. Selv om bruk av tolk ofte er en effektiv løsning, er det dessverre sjeldent mulig å ha tilgang til tolk i all daglig kontakt med pasienter. I situasjoner hvor språkbarrieren står i veien blir nonverbal kommunikasjon, som kroppsspråk og ansiktsuttrykk, et viktig verktøy. Denne formen for kommunikasjon hjelper oss å overkomme språklige barrierer, og gjennom vår oppførsel og gestikulasjoner kan vi formidle nødvendig omsorg og forståelse for våre pasienter.

Sørli (2015) poengterer at det er like viktig å ta med seg pasientens personlige, kontekstuelle og kulturelle bakgrunn, samtidig som symptomer og funksjoner til pasienten når vi møter pasienter med annen kulturell bakgrunn (s. 171). Videre skriver Sørli (2015) at helsepersonell som møter mennesker med annen kulturell bakgrunn enn oss selv, må være særlig bevisst på vårt eget ståsted (s. 167). Ved å være bevisst på språkbarrieren kan man forsøke i den daglige kontakten å være tydelig og kort i samtalen, og bruke kroppsspråk i kommunikasjonen. Man kan bruke tid til å lære mer om pasienters kultur, kulturelle referanser og informasjon om hjemlandet og kanskje finne noen felles referanser. I avdelingen prioriterte vi å lære mer om kulturen fra hjemlandet hans, slik at dialogen kunne handle om noe han var kjent med. På den måten ble det lettere å få i gang en samtale, og Jamal engasjerte seg mer i samtalen. Ulike kulturer har gjerne ulike tradisjoner for kommunikasjon og samvær mellom mann og kvinne. Det er viktig å kartlegge slike kulturelle forskjeller. I tilfellet med Jamal kunne det for eksempel være at han lettere ville få kontakt med menn enn med kvinner, siden kommunikasjonen mellom menn og kvinner gjerne er annerledes i hjemlandet hans. Her kan helsepersonell gjerne legge til rette for oppfølging av mannlige kontakter.

Helsepersonell kan bruke egne følelser og reaksjoner som virkemiddel til å forstå både pasientens kulturelle og personlige ståsted (Sørli, 2015, s. 177). I refleksjonssamtaler som omhandlet Jamal, var temaet ofte om ulikheten mellom kulturen vår og hans. Samtalene handlet om å være villig til å se ting på forskjellige måter, være åpen for fortolkning og være nysgjerrig. I løpet av innleggelsen klarte Jamal å forstå mer norsk, men han hadde fortsatt en tendens til å nikke og svare ja til de fleste henvendelsene fra personalet. Det vi oppdaget var at Jamal oftere gav ærlige svar på vanskelige spørsmål hvis det kom fra en person som han hadde

en bedre relasjon med. Personene var gjerne personell med en annen kulturell bakgrunn enn norsk. Vi valgte å være åpen for betydningen av at personell med ikke-norsk kulturell bakgrunn fikk bedre relasjon med Jamal. Kanskje det var grunn til å tro at Jamal opplevde bedre forståelse fra dem? Kunne dette ha vært med på å bidra til at Jamal opplevde å bli forstått og sett på en bedre måte? I vårt tilfelle opplevde vi at å tilrettelegge for dette, hadde en positiv effekt for Jamal. Jeg mener det kan ha stor betydning for pasienter med annen kulturell bakgrunn, som Jamal, å møte helsepersonell med liknende kulturell bakgrunn i den daglige kontakten. Ut ifra det jeg erfarte i møte med Jamal, tenker jeg at det kan være nyttig at helseinstitusjoner kan med fordel ha personell som er sammensatt av kvinner og menn med ulike kulturelle bakgrunn og som er flerspråklige. Det kan bidra til enklere kommunikasjon og relasjonsbygging fra starten, samt økt kompetanse innenfor kulturelle forskjeller og kultursensitivitet.

Jamal var ofte mimikkfattig i samtale. I stedet for å tolke dette som et negativt symptom på grunn av hans psykoselidelse, valgte vi å undre oss over det. I mange kulturer kan man fremstå alvorlig og med lite ansiktsmimikk, uten at dette har sammenheng med sykdom. I møte med Jamal måtte vi som helsepersonell utøve forsiktighet ved overtolkning, da atferd som kan fremstå "rar" for oss, kan være helt naturlig i en annen kulturell kontekst. Avdelingen valgte å ha samtaler med personer som kjente Jamal, som hadde lik etnisk bakgrunn som ham, for å utvide vår forståelse for hans væremåte og kommunikasjon. Berg (2015) skriver at å inkludere familie og nære relasjoner i behandlingen er en viktig og god måte å få informasjon om deres oppfatninger og meninger (s. 83). Videre skriver Berg (2015) at å prate med pasienter og pårørende fra samme etniske bakgrunn, gir muligheten til å skaffe informasjon om kulturelle holdninger og årsaksforklaringer om dagliglivet i deres kultur (s. 83.) Betydningen av å lære mer om kongolesisk kultur fra hans nære relasjoner ble svært fruktbar for personalet i møte med Jamal. Det hjalp å forstå Jamal på en bedre måte og gav muligheten til å bygge relasjon og ikke minst starte med behandling for hans plager.

Hovedfokuset i starten ble å bygge en relasjon med Jamal. Det ble viktig for oss at han hadde følelsen av å bli møtt på en god måte og at han fikk opplevelsen av å bli forstått. Det var tidkrevende for personalgruppen å sette seg mer inn i hans kulturelle bakgrunn og å få til dialog, på grunn av språkbarrieren. Men, uten en god relasjon blir det ofte utfordrende når det kommer til oppstart av riktig behandling og medisinerings. Etter hvert begynte det viktige arbeidet med utredning. I Jamal sitt tilfelle var det utfordrende, blant annet som nevnt, på grunn av språkbarrieren og kulturforskjellen mellom oss. Berg (2015) poengterer viktigheten av å samarbeide med tolk og pårørende i en krysskulturell utredningssituasjon. Videre skriver Berg (2015) at det krever tid av både helsepersonell og pasienten. Målet er å skape en ny felles forståelse (s.74-75). Personalgruppen var enig i at vi måtte bruke tid på å fange opp kulturelle forskjeller når det kommer til Jamals forståelse av psykose og psykoselidelser. Berg (2015) trekker frem et eksempel, at i Norge er det uvanlig å tro at man er besatt av onde ånder, dette

blir sett på som en vrangforestilling (s. 74). Men kanskje i Jamals kultur er dette mer akseptert som en reell mulighet? I hans kultur kan det være at dette ikke blir regnet som et tegn på psykisk sykdom. Man kan ikke gå ut ifra at psykiske plager forstås på lik måte i alle kulturer (Berg, 2015, s. 82).

I møte med Jamal og hans komplekse lidelse står vi overfor et mangefasettert behandlingslandskap. Jamal, hvis liv har vært preget av flukt og overlevelse, bærer med seg ikke bare minnene om fortidens traumer, men også en pågående kamp med psykose og schizofreni. Disse psykiske lidelsene er forsterket av hans sporadiske rusmisbruk, en virkelighet som kompliserer vår tilnærming og forståelse av hans tilstand betydelig.

Etter tre måneder med utredning er det enighet hos behandlerne at han oppfyller kravene til å få diagnosen paranoid schizofreni. På vei hjem fra jobb ble jeg gående og gruble over hvor vanskelig det måtte være for Jamal å ta innover seg hva det vil si å ha schizofreni og psykoselidelse. Særlig når man kommer fra et land som kanskje ikke har et språk og begreper som rammer inn disse tilstandene. På tross av alle våre bestrebelser for at Jamal skulle forstå oss, var dette noe helt annet, tenkte jeg.

“Psykosefenomener er forvirrende og smertefulle opplevelser, som kan overta og nesten stanse et helt liv. Når slike opplevelser forekommer stabilt i et menneskes liv, blir de forgrunn, og preger det meste. I en slik situasjon styrer opplevelsen individer, ikke omvendt”

(Møller, 2018, s. 95).

Videre slo det meg at det ville bli mye vanskeligere å gjennomføre den pasientsamtalen som Møller anbefaler tidlig i utredningen og behandlingen av psykose og schizofreni (Møller, 2018 s. 88). Jamal hadde ikke samme mulighet som andre pasienter til å «[...] forstå og sette ord på disse fenomenene [...]» og gjøre dem til mer «[...] direkte gjenstand for undersøkelse, sortering, benevnelse – og derigjennom endring [...]» (Møller, 2018, s. 88).

Det slo meg at møtet med Jamal hadde satt livet mitt i perspektiv. Å møte lidelse hos andre gjør noe med oss som jobber med mennesker. Selv hadde jeg et nettverk av familie og venner rundt meg, mens Jamal var med sine lidelser alene i en fremmed verden og langt fra familien. Bjørklyhaugen (2018) minner oss på at «sosial støtte er særlig viktig ved langvarige psykiske problem» og at «[...] sosial støtte i form av vennskap og det å bli verdsatt som person er grunnleggende» (s. 77). Helsedirektoratet (2012) skriver at «pårørende kan være en viktig ressurs i utredning og behandling». “Undersøkelser viser at involvering av pårørende kan medvirke til å redusere faren for tilbakefall[...]» (s. 42). Grunnen til at alle disse tankene kvernet rundt i hodet mitt nå, var at vi tidligere på vekten min hadde hatt et møte med Jamal sammen med behandler og tolk. Jamal hadde nå vært innlagt i tre måneder, og det var viktig å gi Jamal innsikt i hvilke diagnoser som hadde blitt avdekket, og hvordan medisinerer hadde hjulpet. Behandleren hadde snakket rolig og med behagelig stemme.

I vår samtale med Jamal, og tolken som brobygger, observerte vi at Jamal virket distansert og nølte med å møte blikket vårt. Tolken, i sin profesjonelle kapasitet, hjalp oss med å navigere i språk- og kulturforskjellene, og tilbød verdifull innsikt i hvordan psykisk uhelse kan oppfattes i Jamals kulturelle bakgrunn. Etter møtet, delte tolken med forsiktighet og respekt for sin rolle, at skam ofte er assosiert med psykiske lidelser i mange kulturer, inkludert Jamals. Denne forståelsen er avgjørende for vårt videre arbeid med Jamal, og understreker betydningen av sensitivitet og empati i vår tilnærming. I personalgruppen etter samtalen diskuterte vi at tolken spilte en vesentlig rolle i vår forståelse av Jamals situasjon og hans reaksjoner. Erfaringsmessig er det vanlig i terapeutiske eller medisinske samtaler der pasienter og helsepersonell ikke deler samme språk. Tolken fungerer ikke bare som en brobygger for språket, men også for kulturell forståelse og emosjonell kontekst. Tolken kan bidra med verdifull innsikt som går utover det rent oversettende arbeidet, noe som kan oppfattes som både en styrke og en utfordring. Samtidig diskuterte vi utfordringer som kan oppstå hvis tolkens personlige tolkninger og observasjoner oppfattes som for subjektive eller hvis de går utover tolkens profesjonelle rolle. Det er viktig å balansere tolkens bidrag med behovet for objektivitet og profesjonalitet i behandlingsprosessen. Tolken bør fungere som en nøytral formidler, men samtidig gi nødvendig kontekstuell informasjon som kan påvirke behandlingen. Vi snakket videre om betydningen av at Jamal ikke hadde maktet å sende nok penger til familien hjemme, var svært stressende og fortvilende for Jamal. Hele familien til Jamal hadde bidratt økonomisk til å sende ham til det store utland. Dermed hadde Jamal et stadig stress og press på seg om å hjelpe familien hjemme. Vi forstår at Jamal trolig underrapporterer symptomene fordi han vil

finne jobb slik at han kan sende penger hjem til familien. Jamals situasjon, hvor han underrapporterer sine symptomer i håp om raskere utskrivelse for å kunne arbeide og sende penger til sin familie, understreker det komplekse samspillet mellom skam, kulturelle forventninger og personlig ansvar. Denne skammen og det presserende behovet for å forsørge familien, reflekterer de dyptgående utfordringer innvandrere og flyktninger med psykiske lidelser møter. De står i krysspresset mellom å ivareta sin egen helse og det å oppfylle forpliktelsene overfor familien i hjemlandet.

På vaktrommet diskuteres det, slik Grønningsæter (2022) skriver, hvordan pasienter med «[...]paranoide symptomer kan ha vansker med å dele sine opplevelser og symptomer på lidelsene[...]» (s. 187). På grunn av det mangelfulle språket hos Jamal har det vært krevende for oss på posten å kommunisere og bygge relasjon til ham. Samtidig vet vi at en forutsetning for utredning, behandling og oppfølging, er å ha en god relasjon mellom bruker og hjelper. “En rekke studier viser at en god terapeutisk relasjon har betydning for utfallet av behandlingen, både poliklinisk og i institusjon” (Helsedirektoratet, 2012, s. 59). Flere av oss i personalgruppen trakk fram hvordan pasientene som medvirket i serien *SE HELE MEG* (Asting, 2017), vektla relasjonens betydning i tilhelingsprosessen. Personene snakket om viktigheten av å bli sett og hørt som et likeverdig menneske og ikke bli redusert til en diagnose. For dem var opplevelsen av relasjoner like viktig som medisiner og terapi. Hvordan ville det bli for Jamal? Ville han kunne bli sett på som et likeverdig menneske i vår del av verden? Jeg tenkte at han ville møte mange utfordringer som ville være vanskeligere for ham enn om det var meg som hadde vært syk. Jeg begynte å innse dybden av utfordringene Jamal stod ovenfor. Møller skriver: “Dersom et menneskes grunnleggende måte å oppleve verden på er fordreid, vil dette raskt nedfelles i og prege alle relasjoner. En særlig utfordring i psykosebehandling er at nettopp sviktende mestring av relasjoner er så uttalt, og dessuten usædvanlig vanskelig for hovedpersonen selv å forstå, og formidle til andre (Møller, 2018, s. 42).

Mine tanker gikk i retning av et sitat jeg hadde lest hos Kari Martinsen (2020) som sier «at det å være en håpsbærer er å kunne gi den andre et glimt av liv og verdighet, og at det glimt bærer på en forunderlig måte det suverene håps lys inn i situasjonen» (s. 178).

Rusavhengigheten og ROP-lidelse

Tidligere i oppgaven ble det nevnt at Jamal har et sporadisk bruk av cannabis. Jeg og kollegaer observerer over flere dager at Jamal er rastløs og har dårlig appetitt. Han sier flere ganger at han ønsker seg ut av avdelingen. Han vandrer mye frem og tilbake i avdelingen, spesielt på kveldstid. Han sitter seg ned i fellesstuen, reiser seg kort tid etter, og slik fortsetter det. Når jeg spør Jamal om det går bra, nikker han. Jeg lurte på om Jamal har underrapportert bruken av cannabis. En dag har jeg samtale med Jamal og tolk. Jeg spør han da om han har brukt

rusmidler før. Jamal har tidligere svart nei, men jeg velger å spørre igjen. Jamal blir sittende å se ut av vinduet uten å svare. Jeg ramser opp ulike rusmidler til han. Når jeg nevner cannabis, får jeg øyekontakt med Jamal. Han gir et lite nikk. Etter dette åpner Jamal seg mer opp og forteller at han fikk tilbud om å selge cannabis da han var på asylmottaket. Han blir etter hvert også avhengig av cannabis. Han selger cannabis gjennom flere år, og bruker det også selv daglig. Etter denne samtalen ble jeg sittende på vaktrommet og undre på hvorfor han ikke har sagt noe om dette før? Kanskje vi ikke har stilt de rette spørsmålene til rett tid? Jeg har tenkt mye på hvor viktig det er for oss som helsepersonell å ha et helhetlig syn på pasientene vi møter. For Jamal er det viktig at hans rusavhengighet er kjent for hjelpeapparatet slik at han kan få best mulig hjelp med sine utfordringer. Etter samtalen ble det tydelig for meg at språkbarrieren ikke bør være et hinder for viktig informasjon som helsepersonell trenger å vite.

Hvis man skal forsøke å forstå hvorfor Jamal er blitt avhengig av cannabis, må vi se på hvilken påvirkning og funksjon cannabis kan ha. Hvorfor blir noen avhengig av rusmidler og andre ikke? Hvorfor har nettopp Jamal havnet i denne situasjonen? Avhengighet er et begrep vi bruker mye i dagligtalen. Men hva betyr det egentlig? Avhengighet handler om å miste kontrollen over egen atferd. "Avhengighet defineres gjerne som: gjentatt, tvangsmessig inntak eller bruk på tross av negative konsekvenser for brukerens helse, yrke og sosiale liv" (Jellestad, 2011, s 66). Jamal fortsetter å ruse seg hver eneste dag til tross for at dette resulterer i at han ikke klarer å skaffe seg en jobb, slik han hadde ønsket. Jamal har lite nettverk i Norge, han havner i et miljø hvor mange bruker rusmidler. Bramness (2022) trekker frem at rusen kan gi positive sosiale opplevelser, gjennom fellesskap og tilhørighet (s.124). Rusen kan dermed gi positiv forsterkning. Dersom man prøver å slutte, kan dette gi en dårlig opplevelse. En negativ forsterkning (Bramness, 2022, s.124). Det kan tenkes at Jamal hadde behov for å oppleve en tilhørighet til noen her i Norge og dermed fortsetter han med rusen og blir avhengig.

Rusavhengighet er komplekse tilstander. Det er mange ulike faktorer som spiller inn når det gjelder utvikling av rusavhengighet. Jamal har en barndom preget av traumer fra krig i hjemlandet sitt. Barn og ungdom som har opplevd traumer slik som Jamal, kan være mer sårbare for å utvikle rusavhengighet. Rusen kan dempe angsten, dempe symptomer på psykisk sykdom, dempe fysisk smerte og i øyeblikket hjelpe å «glemme» de vonde tankene. (Lossius, 2011, s. 22). Vi kan forestille oss at Jamal strever med traumene fra hjemlandet og opplevelsene han hadde på flukten til Norge. I mine møter med Jamal blir jeg helt overveldet av å høre om alt det brutale Jamal har opplevd. Det kan virke som rusen gir Jamal en pause fra virkeligheten, en pause fra alt det vonde han har gått gjennom.

I møte med Jamal tenker jeg på hvorfor han ikke søkte hjelp tidligere. Det handler kanskje om at han ikke er kjent med hvordan helsevesenet i Norge er, samtidig kan det også tenkes at det kan handle om skam. Det kan også gi mening at Jamal fortsetter å selge Cannabis for å tjene

penger til familien sin, og for å finansiere til eget bruk. Jeg tenker at det blir viktig i den videre behandlingen å utforske rusens funksjon sammen med Jamal. Slik at han selv kan få hjelp til å forstå hvorfor han velger å ruse seg.

For Jamal er situasjonen kompleks. Han har en ruslidelse og psykisk lidelse. Han er en såkalt ROP pasient. "ROP angår personer med alle kombinasjoner av alvorlige og mindre alvorlige psykiske lidelser og samtidig alvorlig og mindre alvorlig rusmiddellidelse" (Gråwe, 2017, s. 199). Gråwe (2017) trekker også frem at flere studier viser at risikoen for å ha en rusmiddellidelse øker med alvorligheten av den psykiske lidelsen (s. 202).

Kan Jamal ha valgt å ruse seg for å skjule symptomer på psykose? For å gi Jamal en best mulig behandling og for å forstå Jamal på en god måte blir vi på avdelingen nysgjerrig på om det faktisk er de psykiske problemene som gjør at Jamal blir avhengig av rusmidler. Eller kan det være omvendt? Kan Jamal ha vært sårbar for utvikling av psykisk sykdom, startet med rusmidler og dermed fått psykiske problemer? Dette opplevde vi som vanskelig å kartlegge på grunn av språkutfordringer. Grønningsæter (2022) skriver at det er mange personer med lidelser i schizofrenispekteret som utvikler rusmiddelproblem, særlig i startfasen av sykdommen. Hun legger til at noen bruker rusmidler for å dempe psykotiske symptomer (s.180). Dette kan være en forståelse av sammenhengen av rus og psykisk lidelse for Jamal. Det kan tenkes at Jamal bruker cannabis som selvmedisinering. Selvmedisineringsteorien trekker blant annet frem at rusmidler kan dempe symptomer på psykisk lidelse (Bramness, 2022, s. 130). Bramness (2022) poengterer at bruken av cannabis øker risikoen for psykose/schizofreni. Samtidig er det vanskelig å si når en schizofreni starter (s.115). Det er dermed vanskelig å si hva sammenhengen er for Jamal, men det kan gi oss hjelpere en bedre forståelse i møte med ham. Jeg tenker at det blir viktig for hjelpere å ha kunnskap om rus og psykisk lidelser og hvordan disse lidelsene kan ha en sammenheng.

Avsluttende refleksjoner

I det det nærmer seg utskrivingsdato til Jamal sitter jeg på vaktrommet og tenker over hans historie, fra scenene i Gaza til mitt møte med ham på avdelingen. Sammen har vi utforsket et landskap fylt av kontraster og utfordringer. Jamal, som står i sentrum av denne fortellingen, belyser enkeltpersoners kamp mot overveldende odds i søken etter overlevelse og tilhørighet i en ny verden. Gjennom forsøk på å forstå Jamals kamp med psykose og rusavhengighet, har vi lært om viktigheten av å se personen bak diagnosen. Dette krever en helhetlig tilnærming som anerkjenner traumer, tap og søken etter normalitet. Ved hjelp av tolken har vi begynt å bygge broer over kulturelle og språklige kløfter, en prosess som har vært utfordrende, men givende, og som har bidratt til vår profesjonelle og personlige vekst. Jamal har vist oss at veien til helbredelse er lang og usikker, men også at den bygger på forbindelser mellom språk og kultur.

Disse forbindelsene gir løfter om nytt håp. Jamals motstandskraft i møte med store utfordringer minner oss om den menneskelige åndens kraft og inspirerer oss til å fortsette vårt arbeid med fornyet motivasjon. I kjernen av vår innsats ligger en enkel sannhet: Vår største gave som helsepersonell og som medmennesker er evnen til å tilby håp og forståelse. I dette fellesrommet av menneskelighet, finner vi kanskje veien fremover sammen, drevet av felles håp og forpliktelse.

Litteraturliste:

Asting, G. (2017). *Se hele meg: Film 4: Miljøterapi som gir mening og mestring*. Stiftelsen SEPREP. Hentet fra <https://sehelemeg.no>

Berg, A. O. (2015). "Migrasjon og etnisk minoritetsstatus som risiko for psykoselidelser", i Aminoff, S.R., Berg, A.O., Lagerberg, T.V., Melle, I., Simonsen, C., Ueland, T. & Aas, M. (2015) *Psykose & samfunn* (s. 63-85). Universitetsforlaget.

Bjørklykhaug, K.I. (2018). *Perspektiver på psykisk helse- og rusarbeid*. Fagbokforlaget.

Bramness, J. G. (2022). Rusmidler: bruk og avhengighet. I L. Lien & T. W. Lie (Red.), *Sammensatte problemer, sammenvevde tiltak: Integrert behandling av rus og psykiske lidelser* (s. 109-133). Fagbokforlaget.

Grønningsæter, A. S. (2022). Psykoselidelser og rus. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling* (3. utg.). (s. 172-192). Gyldendal.

Gråwe, R.W (2017). Forståelse og behandling av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse. I Almvik, A & Borge, L (Red.) *Å sette farger på livet* (S. 197-216). Fagbokforlaget.

Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonalfaglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse- ROP-lidelser*. Sammensatte tjenester – samtidig behandling- (IS-1948). [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lgning%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20%E2%80%93%20Nasjonalfaglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf/_attachment/inline/c3cf6958-227f-499a-8f0b-0055dca9fc2c:286222117d81c9f269cddb85a495a47bf9df29/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lgning%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20%E2%80%93%20Nasjonalfaglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lgning%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20%E2%80%93%20Nasjonalfaglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/_attachment/inline/c3cf6958-227f-499a-8f0b-0055dca9fc2c:286222117d81c9f269cddb85a495a47bf9df29/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lgning%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20%E2%80%93%20Nasjonalfaglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf)

Jellestad, F.K (2011). Hjernen og rusavhengighet. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling* (1.utg., s.66-78). Gyldendal.

Lossius, K (2011) Om å ruse seg. I K.Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling* (1.utg. ,s.22-39) Gyldendal.

Martinsen, K. (2020). *Langsomme pulsslag*. Fagbokforlaget.

Møller, P. (2018). *Schizofreni – en forstyrrelse av selvet*. Forståelsens betydning for klinisk virksomhet. Universitetsforlaget.

Sørli, T. (2015). *Mening og mestring ved psykoselidelser*. Universitetsforlaget. (1. utg.).