



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: Emne 5

Emnekode:

SYKSB/SYKHB 3001 - Bacheloroppgave

Eksamensform: Hjemmeeksamen

Leveringsfrist: 11.10.12

Kandidatnr.: 1

Antall ord: 8115

Sammendrag:

Bakgrunn: Vår tids voksende bruk av alkohol og narkotiske stoffer fører med seg en rekke negative konsekvenser, som relasjonelle og strukturelle problemer, for mennesker med psykisk lidelse som samtidig ruser seg. Dette er en pasientgruppe med store sjanser for tilbakefall og frafall fra behandlingen. Om lag 4000 mennesker med dobbeltdiagnose har et utilstrekkelig behandlingstilbud, og må ofte pendle mellom behandlingssystemene. Kunnskapen om hvordan ansatte i spesialhelsetjenesten og i norsk helse- og sosialvesen skal forholde seg til mennesker med dobbeltdiagnose blir sett på som mangelfull.

Hensikt: Studien har som hensikt å utrede hvilken betydning relasjonen har mellom sykepleier og pasient med dobbeltdiagnose for behandlingsforløpet.

Problemstilling: ”Hvilken betydning har relasjonen mellom sykepleier og pasient for behandlingsforløpet til pasienter med dobbeltdiagnose?”

Metode: Oppgaven er bygget på en systematisk litteraturstudie hvor relevant forskning og litteratur i henhold til tema er anvendt.

Resultater: Funnene i denne studien viser at en tillitsfull relasjon er av stor betydning for behandlingsforløpet og kan også være en avgjørende faktor for behandlingsresultatet til pasienter med dobbeltdiagnose. Pasientgruppen blir oppfattet som skjør og selvdestruktiv og sykepleierne opplever det som vanskelig å få pasientene til å engasjere seg. Det kan i tillegg ta opp til flere måneder å etablere relasjoner med denne gruppen pasienter. Det kommer frem at sykepleierne ønsker utvidet opplæring både vedrørende kunnskaper, ferdigheter og holdninger i arbeid med pasienter med dobbeltdiagnose. Et integrert behandlingstilbud hvor begge lidelsene blir behandlet samtidig av samme behandlingsspersonell vil kunne gi bedre resultater for pasientene sammenlignet med et ikke-integrert behandlingstilbud.

Abstract:

Background: Today's growing use of alcohol and narcotic substances brings along a series of negative consequences. Among these are relational and structural problems for people with psychiatric diseases who at the same time have a drug addiction. This is a group of patients who presents with a great risk of relapse and dropout from the treatment. Approximately 4000 people with a dual diagnosis have inadequate options in concern to treatment and often have to commute between the different treatment systems.

Purpose: To increase the knowledge and understanding regarding the significance of the relationship between a nurse and a patient with dual diagnosis.

Approach: "What does the relationship between nurse and patient mean for the course of treatment for patients with dual diagnosis?"

Method: A systematic study of applied research and literature relevant to the topic.

Results: A trusting relationship is of great importance for the course of treatment and can also be essential to the outcome for patients with dual diagnosis. The patient group is perceived as fragile and self-destructive, and nurses find it difficult to get patients to engage. In addition, it can take up to several months to establish a relationship with this group of patients. It is evident that nurses express a growing need for training in terms of knowledge, skills and attitudes in working with patients with dual diagnosis. An integrated treatment where both disorders are treated simultaneously using the same personnel could provide better results for the patient compared with a non-integrated treatment.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Valg av tema	1
1.2 Hensikt	1
1.3 Problemstilling	1
1.4 Avgrensing og presisering	2
1.5 Oppgavens disposisjon	3
2.0 Metode	4
2.1 Litteraturstudie	4
2.1.1 Forskning	4
2.1.2 Metodens sterke og svake sider	4
2.2 Søk av litteratur	5
2.3 Kvalitetsvurdering av forskningslitteratur	5
2.4 Kildekritikk og forskningsetiske aspekter	5
2.5 Presentasjon av forskningsartikler	6
3.0 Presentasjon av teoretisk perspektiv	9
3.1 Joyce Travelbee`s sykepleieteori	9
3.2 Dobbeltdiagnose	10
3.2.1 Behandling	11
3.3 Relasjon: sykepleier-pasient	12
3.3.1 Tillit	13
4.0 Presentasjon av funn og drøfting	14
4.1 Gode relasjoner	14
4.2 Relasjonens betydning for behandlingsforløpet	15
4.3 Relasjonelle utfordringer i forhold til pasienter med dobbeltdiagnose	18
4.4 Påvirker behandlingssystemet relasjonen og behandlingsforløpet til pasienter med dobbeltdiagnose?	19
4.5 Implikasjoner for fremtidig forskning	21
4.6 Implikasjoner for fremtidig praksis	21
5.0 Avslutning	23
6.0 Litteraturliste	I

1.0 Innledning

1.1 Valg av tema

Valg av tema og problemstilling kommer av en interesse jeg fikk etter jeg hadde min psykiatriske praksisperiode ved en institusjon med behandling til mennesker med rusavhengighet. Dette var en praksis jeg gruet meg til, da jeg hadde lite erfaringer innenfor fagområdet fra tidligere. Etersom dagene i praksis gikk oppdaget jeg en nyvunnet interesse og nysgjerrighet ovenfor pasientene, og tilegnet meg nyttig og berikende kunnskap gjennom praksisperioden. Flere av pasientene hadde det som som kalles dobbeltdiagnose. Dobbeldiagnose innebærer at de plages av psykisk lidelse samtidig som de lider av rusavhengighet.

Under min praksisperiode bet jeg meg merke i utfordringer knyttet til relasjonsbygging og etablering av tillitt i forholdet mellom sykepleier og pasient. Jeg opplevde selv episoder som gjorde det krevende og vanskelig å etablere dette forholdet med enkelte pasienter. Jeg la også merke til at det forekom en del tilbakefall og frafall fra behandlingen, da spesielt fra pasienter med dobbeltdiagnose. jeg vil på bakgrunn av disse opplevelsene se nærmere på hvilken betydning relasjonen har for behandlingsforløpet til pasienter med dobbeltdiagnose.

Pasientregistreringen i psykisk helsevern viser at pasienter med et middels til stort rusproblem utgjør hele 29% av alle døgnpasienter. Pasienter som bruker flere rusmidler er den gruppen som har høyere forekomst av alvorlig psykisk lidelser (Lossius, 2010, I: Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke). I følge Mueser, Noordsy, Drake & Fox (2006) vokser rusmisbruket stadig, spesielt blant mennesker med psykisk lidelser. Kunnskapen om hvordan ansatte i norsk helse- og sosialvesen, samt spesialhelsetjenesten, skal forholde seg til mennesker med dobbeltdiagnose blir sett på som mangelfull.

1.2 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å kunne tilegne seg mer kunnskap om relasjonen mellom sykepleier og pasient med dobbeltdiagnose og kartlegge betydningen den har for behandlingsforløpet ved en døgnbasert institusjon.

1.3 Problemstilling

”Hvilken betydning har relasjonen mellom sykepleier og pasient for behandlingsforløpet til pasienter med dobbeltdiagnose?”

1.4 Avgrensning og presisering

I denne oppgaven vil jeg rette fokuset mot pasienter som er innlagt på døgnbasert institusjon for behandling for rusavhengighet og som også har en tilleggsdiagnose innenfor psykisk lidelse. Innenfor rusavhengighet har jeg valgt å inkludere pasienter som har problematikk i forhold til alkohol og/eller narkotika. Når det kommer til psykisk lidelse har jeg valgt å inkludere alle former, og legger hovedvekten på hva det vil innebære å ha en kombinasjon av rusavhengighet og psykisk lidelse. Jeg har valgt å bruke begrepet ”pasienter” da denne oppgaven inngår som et ledd i et bachelorstudium i sykepleie og har som hovedfokus det sykepleiefaglige. I en annen ramme hadde det kunnet egnet seg å bruke begrepet ”klienter” da det har blitt gjort undersøkelser blant personer som har benyttet seg av psykiske helsetjenester som viser til at de foretrakk denne begrepsformen (Mueser, Noordsy, Drake & Fox, 2006).

Jeg har valgt et kjønnsnøytralt studie, dette til tross for at litteraturen tilsier at menn har jevnt over større sannsynlighet for å utvikle lidelser knyttet til rusmidler enn kvinner (Mueser et al., 2006). Jeg velger også ikke å innskrenke aldersgruppen, da selve forskningen og litteraturen omkring dobbeltdiagnose er knapp og mangelfull. Dette vil ha mindre betydning i sammenheng med dannelse av relasjonsforhold som jeg vil fokusere på.

I henhold til ”Helsedirektoratets nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser (2011)”, finnes det ulike definisjoner for kombinasjonen rusavhengighet og psykisk lidelse.

Kromorbiditet er en generell betegnelse på to eller flere lidelser samtidig, mens ROP-lidelse blir sett på som en samlebetegnelse for samtidig ruslidelse og psykisk lidelse, uten at det nødvendigvis er diagnostisert en avhengighet i henhold til rus. Jeg har valgt å vektlegge begrepet dobbeltdiagnose i min oppgave på bakgrunn av at det ikke sier noe om hvilke sykdommer som blir omtalt, og jeg kan dermed avgrense oppgaven min og holde fokus på relasjonens betydning for behandlingsforløpet, uten spesifikke sykdommer som utgangspunkt.

I St.meld. nr. 3 (2003-2004) fra Helse og omsorgsdepartementet står det definert at dobbeltdiagnose er når en pasient har rusavhengighet samtidig som en lider av psykisk lidelse. Begrepet beskriver en stor gruppe hvor problematikken og diagnosene kan variere og ha sammensatte behov. Kari Lossius (2010, I: Skårderud et al.) opplyser om at rusavhengighet kan utløse psykiske lidelser på lik linje som psykisk lidelse kan forårsake rusproblematikk.

Eide og Eide (2007) forklarer at begrepet ”relasjon” kommer av det latinske *relatio*, som tar utgangspunkt i at en gjenstand står i forbindelse til en annen. I dagligtale brukes begrepet

relasjon om forhold, kontakt eller forbindelser mellom mennesker. I det sykepleiefaglige brukes begrepet om den enkelte hjelpers forhold til pasienter, pårørende, kolleger og samfunn.

Begrepet behandling kan uttrykkes som en interaksjon mellom behandler og pasient både verbalt eller på andre måter som skal hjelpe pasienten med å redusere hans/hennes symptomer og styrke mestringen. Opphold i døgnbehandlingssenheter vil kunne være aktuelt når pasienten er i en situasjon hvor han/hun har behov for omsorg, nettverk, kvalifisert hjelp og/eller klarere grenser. (Evjen, Kielland & Øiern, 2012). Gitt oppgavens tema vil fokus også være på det miljøterapeutiske behandlingsforløpet som finner sted ved behandling i institusjon. Dette vil jeg utdype nærmere i teoridelen.

1.5 Oppgavens disposisjon

Oppgaven min er delt inn i fem hovedkapitler. Jeg starter med et innledningskapittel hvor jeg beskriver valg av tema, hensikt med oppgaven, problemstilling og avgrensing og presisering. Videre kommer det et metodekapittel hvor litteraturstudie, forskning, valg av metode, litteratursøk og kvalitetsvurdering av forskningsartiklene blir presentert. Deretter vil jeg også ta med noen etiske overveielser vedrørende temaet. Følgende kommer et teorikapittel hvor jeg belyser relevant litteratur i forhold til min problemstilling hvor jeg også tar med sykepleiefaglig perspektiv. Deretter kommer det et kapittel hvor jeg søker å drøfte funn fra de vitenskapelige artiklene sett opp mot faglitteratur, egne erfaringer og problemstilling. Avslutningsvis vil jeg oppsummere funnene i selve oppgaven.

2.0 Metode

2.1 Litteraturstudie

I et litteraturstudie ser man på forskning som foreligger omkring et gitt tema og sammenligner dette med relevant faglig litteratur og selvgjorte erfaringer, for så å finne svar på en problemstilling. En litteraturstudie skal alltid inneholde bakgrunn, formål, spørsmålsstillinger og innsamlingsmetoder på lik linje med andre oppgaver (Olsson & Sörensen, 2003). For å kunne gjøre et litteraturstudie stilles det krav om at det foreligger tilstrekkelig med studier av god kvalitet, slik at det er mulig å bruke dette som grunnlag for å gjøre vurderinger og trekke konklusjoner (Forsberg & Wengstöm, 2008).

Før jeg tok i bruk litteraturstudie som metode var det hensiktsmessig at jeg på forhånd hadde tanker om hvilken litteratur jeg var ute etter. Deretter oppsøkte jeg bøker og artikler, samt henvendte meg i ulike søkedatabaser, slik at jeg kunne finne informasjon som var aktuell for mitt tema.

2.1.1 Forskning

Forskning kan bli tolket som en kreativ virksomhet som utføres systematisk for å oppnå økt kunnskap, og deles ofte inn i grunnforskning og anvendt forskning. Kjennetegnet ved grunnforskning er observasjoner gjort av fenomener eller fakta uten sikte på spesielt bruk, mens anvendt forskning tar sikte på bestemte praktiske mål eller anvendelser (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt & Reinar, 2007).

Det finnes ulike metoder å utøve forskning på, og Forsberg og Wengstöm (2008) definerer kvantitativ metode som forskning basert på aksepterte teorier og prinsipper hvor objektivitet og nøytralitet blir brukt som referanse. Det kvantitative studiets tilnærming er basert på historiske idealer om at virkeligheten kan studeres objektivt og uten forutsetninger. Den kvalitative metode tar utgangspunkt i forskning som er basert på å tolke og skape mening og forståelse av menneskets subjektive opplevelse av verden utenfor. Innenfor kvalitativ forskning legges hovedvekten på forståelsen av menneskelige erfaringer og deres synspunkter.

2.1.2 Metodens sterke og svake sider

Det finnes både sterke og svake sider ved et litteraturstudie. De sterke sidene ved litteraturstudie som metode er at det gir mye informasjon på liten tid slik at en får god innsikt

i selve temaet som det skrives om, på denne måten holder en seg oppdatert innenfor de ulike temaene. De svake sidene ved litteraturstudie som metode er at det kun foreligger begrensede mengder av relevant forskning. Ulik forskning innenfor det samme området kan føre til ulike resultater, som igjen kan resultere i at en tolker resultatene annerledes (Forsberg & Wengström, 2008).

2.2 Søk av litteratur

Jeg startet med å finne tema, som ble relasjonens betydning for behandlingsforløpet til pasienter med dobbeltdiagnose. Videre lagde jeg meg ulike problemstillinger som jeg formulerte på forskjellige vis, for så velge den endelige problemstillingen. Når den var klar startet jeg med å finne litteratur på skolens biblioteket, fagbøker og pensumbøker som kunne belyse de ulike begrepene jeg valgte i min problemstilling. Deretter startet jeg å lete etter forskningsartikler i ulike søkedatabaser som ligger ute på HSH sitt biblioteknettsted under kategorien helsefag. SveMed +, Ovid, Pubmed, og CINAHL ble mye brukt. Søkeord som jeg brukte i letingen etter forskningsartikler var: Dual diagnosis, nurse-patient, relationship, social care, psychiatric-nursing, mental health og nursing.

2.3 Kvalitetsvurdering av forskningslitteratur

Når jeg har kvalitetsvurdert forskningslitteraturen har jeg tatt utgangspunkt i kvalitets sjekklisten for databaser og søkeveiledning som viser ulike kunnskapskilder satt i system. Desto høyere opp på tabellen du kommer jo bedre er den forskningsbaserte kunnskapen. Når en velger kilder er det hensiktsmessig å starte så høyt opppe en kan på tabellen (Nordvedt et al., 2007). Jeg startet med å søke etter forskningslitteratur i Chochrane Library uten at jeg kunne finne noen artikler der som kunne belyse mitt tema og min problemstilling. Jeg landet på Cinahl som også omtales i tabellen. Jeg har tatt utgangspunkt i sjekklistene til Nordvedt et al., (2007) når jeg har vurdert forskningslitteraturen som kvalitativ metode, se vedlegg 1.

2.4 Kildekritikk og forskningsetiske aspekter

Kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann i følge Dalland (2007). Dette betyr at en vurderer og karakteriserer de kildene som en tar i bruk. Med kildekritikk som metode kan en skille opplysninger fra spekulasjoner. Hensikten med kildekritikk er å gi leseren del i de refleksjonene jeg har gjort meg om hvilken gyldighet og relevans litteraturen har når det kommer til å belyse problemstillingen (Dalland, 2007).

Videre skal kildekritikk vise at man er i stand til å forholde seg kritisk til kildematerialet som blir benyttet i oppgaven, og hvilke kriterier man benytter seg av i utvelgelsen. Ved mine litteratursøk har jeg benyttet meg av søkemotorer anbefalt av HSH bibliotekets ressursider, og forskningsartikler fra anerkjente tidsskrift. Når jeg har søkt etter artikler har jeg gjort et bevisst valg ved å bruke nordiske studier, grunnet kulturelle forskjeller i land utenfor Norden, og sjansene for at disse behandlingstilbudene blir rettet mot andre verdigrunnlag.

Så sant det er mulig bør en benytte seg av primærkilde, slik at en sikrer seg mot å videreføre andres feiltolkninger og unøyaktigheter. Utfordringer en møter underveis er sjanser for at både fagstoff og pensum ofte er sekundærlitteratur, noe som tilsier at teksten er fortolket og oversatt før en tar i bruk den. Dette kan medføre endring av det opprinnelige perspektivet (Dalland, 2007). Jeg har prøvd å tilstrebe mest mulig til primærlitteratur, men har også tatt i bruk sekundærlitteratur der hvor det ikke var mulighet for å benytte primærlitteratur av ulike årsaker. Videre har jeg også hatt fokus på å følge HSH's retningslinjer for kildehenvisning og referanseliste, slik at kildene blir behandlet på riktig måte og får å unnlate plagiering.

2.5 Presentasjon av forskningsartikler

På bakgrunn av søk etter forskningsartikler lyktes jeg ikke med å finne forskning som tar utgangspunkt i pasientens synspunkter og perspektiv gjennom relasjonsdannelse og behandling ved dobbeltdiagnose. Som litteraturen tilsier (Mueser et al., 2006) er det mangelfull kunnskap om hvordan ansatte i norsk helse- og sosialvesen skal forholde seg til mennesker med dobbeltdiagnose. Jeg vil nå ta for meg tre kvalitative studier som tar for seg sykepleierens perspektiv, og se nærmere på dette i drøftingskapittelet sammen med annen bakgrunns litteratur og problemstilling.

Coombes & Wratten. (2007). The lived experience of community mental health nurse working with people who have dual diagnosis: a phenomenological study:

Bakgrunn: Kommune-baserte studier gjort i Storbritannia rapporterte om høy forekomst av dobbeltdiagnose. Rapport basert på data samlet i Storbritannia med bakgrunn i den nasjonale husholdningen viser en prevalens for psykisk lidelser med henholdsvis 30% innen alkoholavhengighet og 45% innen narkotikaavhengighet.

Hensikt: Å undersøke hvilke erfaringer psykiatriske sykepleiere i kommunen har i arbeid med mennesker med dobbeltdiagnose.

Metode: Det ble gjort en engelsk_kvalitativt studie med en fenomenologisk tilnærming. Det ble gjennomført intervju av syv psykiatriske sykepleiere, hvorav tre var menn og fire var kvinner. Deltakerne varierte fra nyutdannet til 15 års praktisk erfaring bak seg innenfor pasienter med dobbeltdiagnose.

Resultater: Påpeker at sykepleierne opplever mange utfordringer i arbeidet med pasienter som har en dobbeltdiagnose. De synes det er vanskelig å forstå begrepet dobbeltdiagnose og de føler seg ufaglærte i arbeid med denne pasientgruppen. Sykepleierne finner det dermed vanskelig å jobbe i en helse- og sosialomsorg som prøver å unngå pasienter med dobbeltdiagnose.

Konklusjon: Studiet konkluderer med at det er behov for videre kvalitative studier for å kunne fange de bredere aspektene ved å jobbe med pasienter som har dobbeltdiagnose innenfor psykisk helsevern.

Wadell & Skärsäter. (2007). Nurses' experiences of caring for patients with a dual diagnosis of depression and alcohol abuse in a general psychiatric setting.

Bakgrunn: Det finnes kun et fåtall etablerte avdelinger for pasienter med dobbeltdiagnose i Sverige, og psykiatriske sykepleiere har rapportert at de mangler kunnskap og ferdigheter for denne type behandling.

Hensikt: Beskrive psykiatriske sykepleieres opplevelse av omsorg for pasienter med dobbeltdiagnose som omfattet alvorlig depresjon og alkoholmisbruk.

Metode: Svensk kvalitativt studie på tre psykiatriske avdelinger på to forskjellige sykehus i Sverige. Kriteriene for å inkludere i studiet var å ha erfaring med pasienter med dobbeltdiagnose. 11 sykepleiere ble plukket ut som deltakere, hvorav ni var kvinner og to var menn, og sykepleierfaringene varierte mellom 1-38 år. For uten om dette var tre av sykepleierne utdannet psykiatrisk sykepleiere.

Resultater: Funnene kommer frem til at det er viktig å aktivere et godt samarbeid med pasientene, legge til rette for fortsatt god omsorg og behandling samt forståelse av barrierene som fører til samarbeid med pasientene.

Konklusjon: Det kom frem at grunnlaget for å gi god omsorg og behandling bygget på en tillitsfull relasjon for å kunne styrke samarbeidsforholdet mellom sykepleier og pasient.

Hoxmark & Wynn. (2010). Health Providers' Descriptions of the Significance of the Therapeutic Relationship in Treatment of Patients with Dual Diagnosis.

Bakgrunn: Det er høy forekomst av rusproblemer blant psykisk lidelse og en høy forekomst av psykisk lidelse blant personer med rusmisbruk og bygging av terapeutisk relasjoner i denne pasientgruppen synes å være både viktig og vanskelig. Dobbeltdiagnose krever behandling av både psykisk lidelse og rusproblem og tradisjonelt har dette blitt tilbudt på separerte behandlingssteder.

Hensikt: Å undersøke hvordan helsepersonell i en integrert behandlingsmodell og i en rusbehandlingsmodell med mindre vekt på psykiatrisk lidelser, håndterer relasjonsdannelse.

Metode: Det ble gjennomført en norsk kvalitativt studie i to boliger anlegget for rusbehandling ved Universitetssykehuset i Nord-Norge. Det ene anlegget tilbydde langsiktig behandling for pasienter med rusproblemer, mens det andre tilbydde utredning og behandling for pasienter med dobbeltdiagnose. Det ble brukt fokusgrupper som metode for å utforske erfaringer og ideer til de ansatte som arbeidet tett med pasientene ved de to anleggene.

Resultater: Fremhever at ansatte fra begge plasser verdsatte byggingen av et godt forhold mellom helsepersonell og pasienter i møte med nye pasienter og som viktig verdigrunnlag for behandlingsforløpet til pasienter.

Konklusjon: Helsepersonell som fra begge plassene er enige om at god terapeutisk relasjon er viktig for behandling. De hadde ulike oppfatninger om hvordan sentrale forhold ble oppfattet å være i behandling og til å skap endring.

3.0 Presentasjon av teoretisk perspektiv

For å kunne besvare problemstillingen har jeg tatt i bruk relevant faglitteratur, forskningsartikler og pensumlitteratur. Jeg vil starte med Joyce Travelbee sin sykepleieteori på bakgrunn av hennes fokus på forholdene omkring oppbyggingen av et menneske-til-menneske forhold. Dette fremgår som viktig i dannelsen av relasjon til pasienter med rusavhengighet og psykisk lidelse.

3.1 Joyce Travelbee`s sykepleieteori

Travelbee sin definisjon på sykepleie er (Travelbee, 1999, s. 29):

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene.

For å kunne oppfylle sykepleierens mål og hensikt tydeliggjør Travelbee behovet for etableringen av et menneske-til-menneske-forhold. Hun definerer menneske-til-menneske-forhold slik (Travelbee, 1999, s. 177):

Et menneske-til-menneske-forhold er primært en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom en sykepleier og de(n) hun har omsorg for. Hovedkjennetegnet ved disse erfaringene er at den syke (eller familien hans) får sine behov ivaretatt. Menneske-til-menneske-forhold blir målrettet bygd opp og opprettholdt av den profesjonelle sykepleieren.

For å kunne oppnå et slikt forhold må fasadene som ”sykepleier” og ”pasient” overskrides, det er først da sykepleieren og den syke kan ha mulighet for å forholde seg til hverandre som unike menneskelige individer (Travelbee, 1999).

Dannelse av menneske-til-menneske relasjon bygges opp gradvis, alt ettersom hvor mye sykepleieren samhandler med den syke. Det er dermed avgjørende om sykepleieren ved hvert møte går bevisst inn for å lære å kjenne den syke, samtidig som en finner fram til og ivaretar behovene til den det gjelder (Travelbee, 1999).

Det er hensiktsmessig å skille et menneske-til-menneske-forhold fra et venneforhold. Det finnes både likheter og forskjeller mellom de to kategoriene. I et venneforhold har begge behov en betydning, mens i et menneske-til-menneske-forhold vektlegges behovene hos den

syke eller hos den som er mottaker av sykepleierens omsorg. Det finnes ulike teorier om hvor nært et forhold mellom sykepleieren og pasient bør være. Travelbee (1999) utdyper dette med å definere flere nivåer av nærhet, men at det minimale må være at den syke får ivaretatt sine sykepleiebehov. Det kommer også frem at graden av nærhet kan variere fra gjensidig respekt til den sykes erkjennelse av å bety noe for sykepleieren som person (Travelbee, 1999).

3.2 Dobbeltdiagnose

Teorier tilknyttet sammenhengen mellom rusmidler og psykisk lidelser oppsummeres i St.meld. nr. 3 (2003-2004) fra Helse og omsorgsdepartementet konkluderes det med at rusmidler kan ha en betydelig årsak til psykisk lidelser og det nevnes eksempler hvor langvarig alkoholmisbruk fører til paranoiditet og abstinenser ledsaget av hallusinasjoner. En annen teori tar utgangspunkt i hvordan rusmidler brukes til selvmedisinering i den form at personer med alvorlige psykiske lidelser bruker disse for å dempe symptomer og følelser, samtidig som de vil motvirke de negative bivirkninger antipsykotika kan føre meg seg. I en annen teori påpekes det at det kan være en tredje bakenforliggende årsak som har avgjørende effekt for psykisk lidelse og misbruk av rusmidler. Dette kan være alt fra traumatiske livshendelser som seksuelt misbruk til total sosial isolasjon, fattigdom eller andre utfordringer en møter på i livet. Det blir dermed utfordrende og vanskelig å finne best egnet behandling for pasienter med dobbeltdiagnoseproblematikk uten først å ha inngående kjennskap til pasienten og hans/hennes behov.

Psykisk lidelse kombinert med alvorlige rusproblemer medfører ofte store problemer for de det gjelder, og det er stor sjanse for tilbakefall og frafall fra behandlingen mens den pågår. Årsakene kan være mange, men det er ingen tvil om at pasientgruppen har store relasjonelle og strukturelle problemer som kan være ligge til grunn for at mange har vansker med å ivareta sin fysiske helse, familie, økonomi og arbeidssituasjon (Lossius, 2010, I: Skårderud et al.). Mueser et al., (2006) fremhevet at det vil kunne forsterke en rekke negative konsekvenser herunder svekke mellommenneskelige relasjoner, pasientens egen psykisk tilstand, og den generelle helsetilstanden. Mueser et al., (2006) tydeliggjør betydningen av å redusere rusmisbruket for å kunne bedre pasientenes langsiktige prognose.

Helsedirektoratet (Samtidig rus og psykisk lidelse, 2011) refererer til Stortingsmelding 25 (1996-1997) hvor det ble gjennomført en utredning av omfanget av grupper med alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmiddelbruk. Der fremgår det at det var omlag 4000

mennesker med dobbeltdiagnose som hadde et utilstrekkelig behandlingstilbud. Disse pendlet ofte mellom forskjellige behandlingssystemer og hadde vansker med å klare seg på egenhånd.

3.2.1 Behandling

Institusjonsopphold medfører en mer skjermet tilværelse, hvor terskelen for rusmiddelbruk er klart høyere, og pasientene kontrolleres jevnlig med alkometer og urinprøver. Mange opplever de sosiale rammene som betryggende, hvilket kan resultere i mindre tilbaketrukkethet som en positiv konsekvens. Sosial samhandling er preget av klare rammer i forhold til aktivitet og fritid, og den aktive behandlingen fremtrer både individuelt, i grupper og gjennom arbeidsfellesskap (Evjen et al., 2012).

Pasientenes målsetting med behandling vil kunne variere med omfanget av psykiske lidelse, misbruk og ressurser. Pasientens utgangspunkt og motivasjon for endring vil kunne variere over tid. Det er stor mulighet for at motivasjonen blir påvirket av pasientens gjeldende situasjon, stemning og pågangsmot underveis i behandlingen. Målsettingen med behandlingen for hvert enkelt individ vil kunne variere fra kontrollert alkoholbruk, til et rusfritt og selvstendig liv uten offentlige bidrag. For andre vil de kunne være gunstig å ha et langsiktig perspektiv på behandlingen, hvor målsettingen sikter mot bedre livskvaliteten til tross for de eksisterende problemene som for mange vil omfatte et kronisk, residiverende preg (Evjen et al., 2012).

Behandling innenfor psykiatri og rus omfatter ofte det som kalles miljøterapi. I Hummelvoll (2012, s. 471) defineres miljøterapi som:

En virksomhet som går ut på å legge til rette betingelsene for terapeutisk virkende erfaringer på en koordinert og systematisk måte i, og ved hjelp av, det sosiale og materielle miljø i en institusjon.

Miljøterapi blir sett på som en orientering for terapeutiske måter å kunne utnytte tilfeldige dagligdagse episoder, planlagte programmer og avdelingssystemet som helhet. Dette går ut på å gripe fatt i aktiviteter og samværssituasjoner som foregår i avdelingens daglige liv. For å kunne benytte seg av miljøets terapeutiske muligheter, er det viktig at det er tilrettelagt og organisert etter pasientgruppens behov og situasjon (Hummelvoll, 2012).

Avdelingsmiljøet og atmosfæren har stor påvirkningskraft i en institusjonssituasjon. Miljøet dreier seg om den opplevde atmosfæren på institusjonsstedet, kulturen, omgivelsene, personalets holdninger og kompetanse innenfor det faglige. For ikke å glemme selve

opplevelsen av trivsel og felleskap mellom pasientene. Hvis personalet mangler oppmerksomhet mot disse virksomme faktorene i miljøet, kan det utarte seg til emosjonelle og atferdsmessige problemer hos pasientene som videre kan føre til et negativt miljø (Hummelvoll, 2012).

Mennesker med psykisk lidelser har ofte sammensatte vansker som får følger for relasjoner, sosiale og yrkesmessige funksjoner, selvfølelse og lignende. For å kunne hjelpe pasientene med disse vanskene vektlegges et tverrfaglig samarbeid i arbeid med pasienten. I tverrfaglig samarbeid innenfor psykiatri møtes profesjoner som sykepleiere, sosionomer, vernepleiere, barnevernspedagoger, psykologer og leger, for å nevne noen. De ulike yrkesgruppene har sine egne tilnærminger, som utfyller hverandre ved at de vektlegger ulike aspekter ved pasientens liv. I henhold til det sykepleiefaglige, har det ut i fra de historiske forutsetninger, vært arbeidet med begreper som danner utgangspunkt for felles forutsetninger, som for eksempel omsorg (Skårderud, et al., 2010).

3.3 Relasjon: sykepleier-pasient

I møte med andre mennesker er det viktig å være klar over det grunnleggende forhold at den andre er forskjellig fra deg, særlig er dette viktig i møte med pasienter. I følge Hendriksen og Aarflot (2004) er de ofte overgitt i sin sårbarhet, og pasientene er utlevert til omstendigheter som de ikke har kontroll over og som de trenger hjelp til å mestre.

Å kunne etablere relasjoner i sykepleie blir sett på som et verdigrunnlaget for medmenneskelighet. Dette kan videre forklares ved at sykepleie som virksomhet bygger på et menneskesyn som er humanistisk og som har fokus på nestekjærlighet, barmhjertighet og omsorg som verdier. I en sykepleiers utøvelse av sykepleie er det viktig at pasient, så vel som pårørende opplever tillit til de faglige vurderinger og de handlinger som sykepleieren utfører, og til sykepleieren som person (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2006).

Eide og Eide (2007) henviser til nyere teoretiske og kliniske studier, som er blitt utført både nasjonalt og internasjonalt, der det kommer frem at relasjonen kan være en avgjørende faktor for behandlingsresultatet til pasientene. Røkenes og Hanssen (2012) påpeker at dårlig kommunikasjon og manglende vektlegging av relasjonelle faktorer mellom helsepersonell og pasient vil kunne være til hindre for et effektivt behandlingsforløp. Det å være en god lytter og vise forståelse for pasientens situasjon, og på denne måten skape en god relasjon mellom sykepleier og pasient, vil kunne være avgjørende for å motivere pasienten til endring og utvikling. Lossius (2010, I: Skårderud et al.) påpeker at det er pasientens opplevelse av den

relasjonelle kvaliteten i behandlingen som vil ha den avgjørende betydningen for resultatet. Relasjonen bør være preget av grunnleggende varme, empati og sympati, samtidig som man også jobber mot et felles mål, som i et arbeidsfellesskap.

3.3.1 Tillit

Tillitsforhold anses som viktig i etablering av relasjon mellom sykepleier og pasient. Tillit kan defineres som en ”spontan livsytring”, ved at den oppstår spontant uten vektlegging basert på beslutninger og vilje. For å kunne oppnå tillit i et forhold mellom to mennesker, gjelder det ikke bare å gi den andre personen tillit, det handler også om å vinne den. Oppnå det ikke gjensidig tillit, vil det kunne føre med seg alvorlig forstyrrelser i relasjonsforholdet som videre kan virke inn på behandlingsforløpet til pasienten (Henriksen & Aarflot, 2004).

Eide og Eide (2007) tar sikte på grunnleggende og situasjonsbetinget tillit. Begrepet grunnleggende tillit innebærer at tilværelsen skal oppleves som trygg - at verden er et godt sted å befinne seg i, og at hjelpen blir tilbudt til de som måtte ha behov for den. For en personer som er i krise og opplever verden som truende og kaotisk, blir håpet, og forventningene om at noe positivt er i vente, betydelig svekket. Det er da behovet for en person som kan vise vei og styrke optimismen oppstår. Situasjonsbetinget tillit oppfattes som en situasjon hvor det er hjelperens oppgave å skape en relasjon som kan bidra til å gi styrke og håp. Ofte har personens grunnleggende tillit blitt svekket eller ødelagt gjennom situasjoner som overgrep, relasjonsbrudd og andre traumatiske livshendelser. Hjelperen kan skape styrke og håp ved å gi god omsorg, holde avtaler, hjelpe til med sosialt nettverk der anledningen byr seg, og generelt vise tilstedeværelse, lytte og gi den hjelpen personen har behov for.

4.0 Presentasjon av funn og drøfting

I det følgende tar jeg sikte på å drøfte problemstillingen basert på funn fra forskningen for så å sette det opp mot faglitteraturen og egne erfaringer.

4.1 Gode relasjoner

Hoxmark og Wynn (2010) kommer frem til at både de ansatte ved en terapeutisk rusbehandlingsavdeling og de ansatte ved en integrert avdeling for pasienter med dobbeltdiagnose opplevde byggingen og opprettholdelsen av et godt forhold til pasientene som viktig. Gruppene hadde samme beskrivelse på hva de oppfattet som et godt forhold, og aspekter som kontakt, forståelse og tillit ble sterkt verdsatt av alle i fokusgruppene. I studien til Wadell og Skärsäter (2007) konkluderes det med at sykepleierne mente at etableringen av et tillitsfullt forhold til pasientene var viktig grunnlag for å skape gode relasjoner.

Sykepleierne oppfattet det som viktigst å sørge for at pasientene opplevde tillit i selve omsorgen som ble utøvd av sykepleiere. En av informantene i studiet forklarte at det å ta seg tid til å sette seg ned med pasienten, snakke og lytte er viktig for å vinne deres tillit og dermed gjøre det lettere for dem å åpne seg for sykepleieren. Informanten opplyste også om at det var gunstig at pasienten føler at han/hun blir sett og viet tid til. Travelbee (1999) tar utgangspunkt i at dannelsen av menneske-til-menneske-forhold er noe som bygges opp gradvis, alt ettersom hvor mye sykepleieren samhandler med pasienten. Den avgjørende faktoren belager seg dermed på om sykepleieren går bevisst inn for å lære pasienten å kjenne ved ethvert møte.

I følge Kristoffersen et al., (2006) blir relasjoner i sykepleie sett på som verdigrunnlag for medmenneskelighet, og verdier som spesielt vektlegges er nestekjærlighet, barmhjertighet og omsorg. Hendriksen og Aarflot (2004) anser tillitsforhold som viktig i etableringen av relasjon mellom sykepleier og pasient. Hendriksen og Aarflot (2004) understreker hvor viktig det er å vinne tilliten til pasienten. Videre tar Hendriksen og Aarflot (2004) for seg at det kan utvikle seg alvorlige forstyrrelser i relasjonsforholdet om det ikke oppnås gjensidig tillit. Både forskning og faglitteratur gir uttrykk for at relasjonens betydning er viktig. Da jeg kun har forskning som tar utgangspunkt i sykepleiernes ståsted, er det vanskelig å vurdere hva pasientene opplever som viktig i relasjon med sykepleier (se også pkt. 3.5 i metode). Fra egne erfaringer har jeg opplevd at pasienter ser på relasjonsdannelse som et viktig grunnlag for hjelpen de trenger og har behov for. Enkelte pasienter gav uttrykk for at de hadde ”brente broer” i det sosiale nettverket sitt utenfor institusjonen, mens andre pasienter valgte å holde institusjonsoppholdet skjult for familie og venner fordi de opplevde skam og skyldfølelse.

Som Travelbee (1999) tydeliggjør er det et stort behovet for etablering av et menneske-til-menneske-forhold når hun skal utfylle hva som er sykepleierens mål og hensikt ved den sykepleierfaglige yrkesutøvelsen.

4.2 Relasjonens betydning for behandlingsforløpet

I Hoxmark og Wynn (2010) kommer det frem at både ansatte ved en terapeutisk rusbehandlingsavdeling og en integrert avdeling for pasienter med dobbeltdiagnose konkluderte med at gode relasjonelle forhold til pasientene sto sentralt i behandlingen som ble tilbudt. Selv om begge gruppene ser på god relasjon som sentralt for behandlingen som blir gitt, hadde de ulike synspunkter på hvorfor de mente at det var viktig og hvordan et slikt forhold fungerte i praksis.

Den terapeutiske rusbehandlingsavdelingen understrekte to aspekter som særlig viktig i det relasjonelle forholdet. Det ene aspektet gjaldt muligheten for pasienten å lytte til hva ansatte fortalte, da de uttrykket at et godt forhold gir rom for å lytte. Den ene informanten utdypet dette med å fortelle at om man har et godt forhold til pasienten kan det føre til at han lytter mer til hva du har å si enn hva andre mennesker utenfor behandlingen. Det andre aspektet gjaldt muligheten for pasienten å snakke om temaer som er følelsesmessig vanskelige, som for eksempel misbruk. Her kom informantene frem til at et godt forhold gir rom for å snakke, ettersom de erfarte at hvis det ikke var en god relasjonell kontakt kunne det gjøre det vanskelig for pasienten å tørre å åpne seg og gi av seg selv. De ansatte ved en integrert avdeling for pasienter med dobbeltdiagnose på den andre siden, understreket hvordan et godt forhold kunne tilby gode og nye relasjonelle erfaringer til pasienter som hadde opplevd mange vanskelige forhold i fortiden. De påpekte at et godt relasjonelt behandlingsforhold kunne bidra til å reparere tidligere dårlige erfaringer, og dermed hjelpe pasienten til å innse relasjonsbygging som noe positivt (Hoxmark & Wynn, 2010).

Det kan imidlertid være rimelig å tenke seg at det vil ta lengre tid å etablere nye forhold om man har mange negative opplevelser med seg i bagasjen, dette bør man som sykepleier vise forståelse for og vise mye tålmodighet ovenfor sine pasienter.

Det kommer også frem i studiet til Hoxmark og Wynn (2010) at de to gruppene skilte seg tydelig i hvordan de verdsatte nærhet og avstand som viktige dimensjoner i relasjonelle forhold. De ansatte ved en terapeutisk rusbehandlingsavdeling mente at å holde en viss avstand kan være viktig for å hindre at relasjonene ble for pågående. Dette viser seg å kunne føre til at pasientene følte det kunne bli for mye, og at det kunne resultere i at de valgte å bryte

opp relasjonene. Derimot opplevde de ansatte ved en integrert behandling for pasienter med dobbeltdiagnose at nærhet var en nødvendig del av behandlingen ved avdelingen. Den ene informanten anså det som viktig å være mye tilstede, og heller spørre for mye enn for lite.

Disse studiene viser altså to sider av samme sak vedrørende hvor mye man skal involvere seg i pasient-sykepleier-forholdet. Som presisert tidligere er altså mennesker fundamentalt forskjellige, dette vil også medføre at man må føle seg frem med hver enkelt pasient, og finne ut hvor mye man skal involvere seg i hver enkelt tilfelle. Det som er akseptabelt og godt for en pasient, kan fremstå som kveldene eller skremmende for en annen, og skape avstand heller enn å bygge relasjoner. Her er det viktig at man som sykepleier viser tålmodighet ovenfor pasienten og lærer ham/henne å kjenne og ikke går på for hardt fra første øyeblikk.

I studiet utført av Coombes og Wratten (2007) har de sett på utfordringene psykiatriske sykepleiere møter i endringsprosessen til pasienter med dobbeltdiagnose. Her kommer det frem at sykepleierne opplevde at de brydde seg mer om pasientene, enn hva pasientene gjorde om seg selv. Sykepleierne uttrykket at de var opprørt over den destruktive oppførselen til pasientene med dobbeltdiagnose. Mangel på motivasjon, innsikt og endringsvilje hos pasientene ble sett på som de største utfordringene ved å jobbe med denne typen pasientgruppe. Lossius (2010, I: Skårderud et al.) tar sikte på at psykisk lidelse kombinert med alvorlige rusproblemer ofte kan medføre store sjanser for tilbakefall og frafall fra behandlingen. Sykepleierne i studien til Wadell og Skärsäter (2007) erfarte at pasienter med dobbeltdiagnose har stort behov for å bli støttet, og de mente også at utvisning ikke burde bli brukt som straff for manglende etterlevelse av behandlingsprogrammet. Sykepleierne følte at utvisning kunne føre til svekket og ødeleggelse av relasjonen de hadde klart å bygge opp.

Eide og Eide (2007) påpeker at relasjonen er av avgjørende faktor for behandlingsresultatet til pasienter med dobbeltdiagnose, og Røkenes og Hanssen (2012) betydelig gjør dette og påpeker at dårlig kommunikasjon og mangelfull vektlegging av de relasjonelle forholdene mellom helsepersonell og pasient vil kunne være et hinder for effektivt behandlingsforløp. Det kommer også frem at evne til å lytte og forstå pasienten samt skape gode relasjoner vil ha positivt innvirkning for pasientenes motivasjon for endring og utvikling. Lossius (2010, I: Skårderud et al.) tydeliggjør at det er pasientens opplevelse av den relasjonelle kvaliteten i behandlingen som til slutt vil ha den avgjørende betydningen for behandlingen. Som Eide og Eide (2007) påpeker er den grunnleggende tilliten til denne pasientgruppen ofte blitt svekket eller ødelagt gjennom forskjellige krevende og vanskelige hendelser underveis i livet. Evjen et

al., (2012) skriver at i et institusjonsopphold lever pasientene i en skjermet tilværelse hvor terskelen for rusmisbruk er klart høyere, da pasientene kontrolleres jevnlig for bruk av rusmidler under oppholdet. Motivasjon for endring vil variere fra pasient til pasient og det er store muligheter for at motivasjonen vil bli påvirket av pasientens situasjon, stemning og pågangsmot i behandlingen.

I Hummelvoll (2012) fokuseres det på miljøterapi i behandling innenfor psykiatri og rus. Miljøets terapeutiske muligheter blir styrket om det er tilrettelagt og organisert etter pasientgruppens behov og situasjon. Avdelingsmiljøet og atmosfæren har stor påvirkningskraft i en institusjon, og hvis ansatte mangler oppmerksomhet mot disse områdene vil det kunne utarte seg følelsesmessige og atferdsmessige problemer hos pasientene som igjen kan gå ut over behandlingsforløpet til pasientene og samtidig skape negativt miljø i institusjonen. Travelbee (1999) tar sikte på at det finnes ulike teorier om hvor nært et forhold mellom sykepleier og pasient bør være. Videre utdyper hun dette med å belyse om at det finnes flere nivåer av nærhet, men at det minimale bør være at pasient får ivaretatt sine sykepleiebehov. Hun påpeker også at graden av nærhet kan variere fra gjensidig respekt til den sykes erkjennelse av å bety noe for sykepleieren som person.

Det kommer frem i både studiene og teorien at relasjonen er av betydning for selve behandlingen til pasientene med dobbeltdiagnose. Men i studiene tas det sikte på at sykepleierne synes det krevende og vanskelig å nå frem til pasientene da de ofte har mangel på motivasjon, innsikt og endring (Coombes & Wratten, 2007). Mye tyder også på at sykepleiere ved en integrert avdeling for pasienter med dobbeltdiagnose har et større fokus på det relasjonelle forholdene og tettere oppfølging av pasientene enn hva sykepleiere ved en vanlig rusavdelingen har (Hoxmark & Wynn, 2010). I teorien tydeliggjøres det at pasientenes opplevelse av den relasjonelle kvaliteten i behandlingen har avgjørende betydning for behandlingen (Eide & Eide, 2007), men det viser seg i studiene at sykepleierne strever med å få til gode relasjonsforhold til pasienter med dobbeltdiagnose (Coombes & Wratten, 2007).

I forhold til Travelbee (1999) utdyper hun at det finnes forskjellige teorier om hvor nært et forhold mellom sykepleier og pasient bør være, og studier viser at ansatte ved en integrert avdeling for pasienter med dobbeltdiagnose vektla et nærmere og tettere relasjonsforhold enn hva ansatte ved en vanlig rusavdeling gjorde (Hoxmark & Wynn, 2010). Hvorfor det er slik, er ikke godt å si, men mye tyder på at sykepleiere føler seg usikre i forhold til hvor grensene skal gå når det gjelder nærhet og avstand til pasientene med dobbeltdiagnose. Fra

egne erfaringer har jeg opplevd at behovet for nærhet varierer fra pasient til pasient, og det er vår oppgave som sykepleiere å kunne se hver pasient som et individ og som Travelbee (1999) understreker, gi den hjelpen hver enkelt trenger for å få dekket sine sykepleiebehov.

Dette er en pasientgruppe hvor det er store sjanser for tilbakefall og frafall fra behandlingen (Lossius, 2010, I: Skårderud et al.) og i teorien tas det sikte på at pasientene blir kontrollert jevnlig for bruk av rusmidler under oppholdet ved hjelp av alkoholmåler og urinprøver (Evjen et al., 2012). I studiet til Wadell og Skärsäter (2007) kommer det frem at sykepleierne mente at utvisning som konsekvens av bruk av rusmidler ikke burde bli brukt som straff.

Erfaringsvis har jeg opplevd at pasientene har ulike meninger om denne ordningen. Ved å utføre kontroller følte noen pasienter at sykepleierne mistenkte dem for bruk av rusmidler og dermed opplevde pasientene at sykepleierne ikke stolte på dem. Andre pasienter følte kontrollene var et nyttig hjelpemiddel for å bevise ovenfor sykepleierne at de ikke hadde ruset seg, og opplevde det som mestring og motivasjon for behandlingsforløpet.

Dette er nok et eksempel på hvordan pasientene må tilnærmes forskjellig, og hvilken effekt straff kan ha på den enkelte. Dette tyder på at hvilke sanksjoner man treffer for de enkelte pasientene bør være basert på erfaringer man har gjort seg om pasientene tidligere i behandlingsforløpet. Man skal heller ikke se bort i fra at å inkludere pasientene i slike avgjørelser allerede når man legger opp behandlingsforløpet kan være nyttig å skape mer forpliktelser fra pasienten sin side. Når pasienten selv også har vært med på å beslutte konsekvensene er det nærliggende å anta at han også vil akseptere disse når de blir presentert ved et eventuelt brudd. Dette kan også være en god måte å bygge relasjoner mellom pasient og sykepleier.

4.3 Relasjonelle utfordringer i forhold til pasienter med dobbeltdiagnose

I Wadell og Skärsäter (2007) kommer det tydelig frem at pasienter med dobbeltdiagnose blir oppfattet som en skjør og seldestruktiv pasientgruppe, da disse pasientene er veldig utsatt for psykososiale problemer forbundet med rusmisbruk, ødelagte relasjoner, økonomiske og juridiske vanskeligheter. Frykt for å krenke og støte pasientene ved mistanke om alkoholinntak ble oppfattet som vanlig blant helsepersonell, og de gav utrykk for at de var redde for at pasientene ville føle seg anklaget og fornærmet ved slike spørsmål- hvilket på sin side kan komme til å skade pasientens utvikling, og i verste fall føre til tilbakefall. Det kom frem i studiet at sykepleierne følte de trengte mer opplæring i hvordan å nærme seg og håndtere pasienter med dobbeltdiagnose. I Coombes og Wratten (2007) gir sykepleierne

utrykk for at det er vanskelig å få denne pasientgruppen til å engasjere seg, og de rapporterte at det kunne ta opp til flere måneder å etablere relasjoner med dem. Også i dette studiet kommer det tydelig frem at sykepleierne uttrykker et økende behov for opplæring i form av kunnskaper, ferdigheter og holdninger i arbeid med pasienter som har en dobbeltdiagnose.

I st.meld. nr. 3 (2003-2004) fra Helse og omsorgsdepartementet tydeliggjøres det at det finnes mange ulike teorier tilknyttet sammenhengen mellom rusmidler og psykisk lidelse som fører til dobbeltdiagnosen. Både i Lossius (2010, I: Skårderud et al.) og i Mueser et al., (2006) forklares det at pasienter med dobbeltdiagnose omfatter en voksende pasientgruppe hvor det oppleves store relasjonelle og strukturelle problemer. Hendriksen og Aarflot (2004) understreker at mennesker er forskjellige, og i møte med pasienter er det særskilt viktig å være klar over disse grunnleggende forholdene. Pasientene oppleves som sårbare og de utleveres til omstendigheter hvor de ikke har skikkelig kontroll og som de trenger hjelp til å mestre. Som Travelbee (1999) fremlegger er det sykepleiernes oppgave å hjelpe et individ med å forebygge og mestre erfaringer med sykdom og lidelse og bidra til å finne meningen med disse erfaringene. Travelbee (1999) sin målsetting blir i denne sammenheng vanskeligstilt i følge forskning basert på sykepleiernes erfaring og ståsted. Mye tyder på at sykepleierne føler seg usikre på hvordan de skal forholde seg til pasienter med dobbeltdiagnose, da disse pasientene ofte har en omfattende bakgrunn som kan belage seg på mange ulike teorier knyttet til sammenhengen mellom rusmidler og psykisk lidelse.

4.4 Påvirker behandlingssystemet relasjonen og behandlingsforløpet til pasienter med dobbeltdiagnose?

I Wadell og Skårsäter (2007) kommer det frem at pasienter med dobbeltdiagnose føler seg fanget mellom grener i psykisk helsevern. Videre påpekes det at denne pasientgruppen ikke får adekvat behandling og den støtten som de har behov for. Det kommer også frem at de ansatte hadde en underliggende forventning til at "noen andre" ville ta ansvar. Studiet tydeliggjør i det følgende at konsekvensene av en slik arbeidsstrategi vil kunne medføre dårlig prognose og "karuselldører" i henhold til innleggelse og behandling for pasienter med dobbeltdiagnose. Det påpekes også at denne situasjonen ikke bare skyldes at sykepleierne er dårlig forberedt, men også av mangler i helsevesenets organisasjon som følge av mindre resurser, press på avdelingene, korte innleggelse og få sengeplasser. I studiet synliggjøres behovet for at de ulike instansene og tjenestene arbeider sammen for å få koordinert

behandlingsrutiner for å møte de spesielle kliniske behovene hos pasienter med dobbeltdiagnose.

Også i Coombes og Wratten (2007) kommer det frem at det forekommer vanskeligheter med å koordinere omsorgen til pasienter med dobbeltdiagnose. Helsepersonell følte at de brukte mye tid og ressurser på å lete etter informasjon og tjenester som kan møte behovene til pasientene med dobbeltdiagnose. Sykepleierne kjemper for å jobbe i et helse-og sosialsystem som prøver å unngå pasienter med dobbeltdiagnose. At sykepleierne føler seg usikre i arbeid med denne pasientgruppen og prøver å unngå dem vil ikke kunne virke positivt for pasienters behandlingsforløp, og nok en gang understreker det behovet for økt kunnskap og tilnærming blant helsepersonell til pasienter med dobbeltdiagnose.

De siste årene har det vært mye diskusjoner i forhold til at personer med sammensatt diagnose er blitt kasterbatter mellom instanser. Ulike behandlingsstrategier fører med seg nye utfordringer underveis. Behandling i russektoren har blir vanskeliggjort når det angår pasienter som også har psykiske lidelser. Det samme gjelder for pasienter som har et rusmiddelmissbruk og er i behandling innenfor psykiatrien. Behandlingsforløpet belager seg da på å behandle en lidelse om gangen, og det oppleves som et stridstema mellom sektorene når det kommer til hva som burde behandles først. En annen tilnærming kan være å forsøke å gi behandling samtidig, og at det da forutsetter et samarbeid over tid hvor en blir enig om oppgavefordelingen mellom de ulike instansene. En tredje mulig strategi er den integrerte, som innebærer at samme behandler eller team har kompetanse og ferdigheter i forhold til behandling av både rusmiddelmissbruk og psykisk lidelse, og at behandlingen gis av de samme personene. En viktig fordel med integrert behandlingsmodell er at pasientene ikke trenger å forholde seg til to parallelle behandlingssystemer og dermed får lettere hjelp som er tilpasset behovene til den enkelte (Evjen et al., 2012).

I følge det Nasjonale kunnskapssenterets oppsummering kommer det frem at finnes den del randomiserte kontrollerte studier som viser at et integrert behandlingstilbud hvor begge lidelser blir behandlet samtidig av samme behandlingsspersonell vil kunne gi bedre behandlingsresultater enn ikke-integrerte tiltak (Nasjonal faglig retningslinje (...) – ROP-lidelser, Helsedirektoratet, 2011).

Mye tyder på at et integrert behandlingstilbud hvor begge lidelser blir behandlet samtidig vil kunne gi bedre behandlingsresultater for pasienter med dobbeltdiagnose (Mueser et al., 2006), og de vil også kunne slippe å forholde seg til flere behandlingssystemer og dermed lettere få

hjelp som er tilpasset hver enkelt pasient (Evjen et al., 2012). Det tar lang tid for å etablere tillitsbaserte relasjoner med pasienter med dobbeltdiagnose, og det er tydelig at det vil hjelpe pasienten å ha mindre mennesker å forholde seg til (Combees & Wratten, 2007). Dette kan skape følelsen av en tryggere hverdag for pasienten og skape en ryddigere og mindre kaotisk tilværelse hvor det enkelte i hverdagen ofte er en kamp.

I de beskrevne studiene kommer det frem at sykepleiernes mangel på kunnskap og ferdigheter i møte med pasienter med dobbeltdiagnose i en ikke-integrert behandling, gir dårlig arbeidsstrategi som vil kunne medføre dårlig prognose og karusellfører ved institusjoner. Det kan da være fristende å spørre seg om hva som vil være lønnsomt i lengden både for sykepleiere og pasienter. Skal en bruke ekstra ressurser og penger til å satse på flere integrerte behandlingstilbud for å kunne gi en best mulig egnet behandling til hver enkelt, eller skal en gå for ett ikke-integrert behandlingstilbud hvor pasientene mest sannsynlig blir kasteball mellom instanser og med sykepleiere som føler seg lite kvalifisert og usikre på hvordan de skal forholde seg til denne pasientgruppen. I lengden vil dette kunne føre til økte utgifter da pasientene ofte må gå gjennom flere behandlingsforløp, grunnet tilbakefall og frafall fra behandlingen.

4.5 Implikasjoner for fremtidig forskning

Det er mye som tyder på at pasienter med dobbeltdiagnose blir sett på som en vanskelig og krevende pasientgruppe blant ansatte i norsk helse- og sosialvesen, hvor det er et økende behov for mer kunnskap om hvordan en skal forholde seg til pasienter med dobbeltdiagnose. Både forskning og faglitteratur gir uttrykk for at relasjonens betydning er stor. Det oppleves som et hull forskning hva angår pasientenes synspunkter og opplevelser, og dette bør det fokuseres mer på i fremtidig forskning. Slik kan vi danne et mer helhetlig og nyansert bilde av relasjonens betydning for pasienter med dobbeltdiagnose. Det er lite utvikling av integrerte behandlingstilbud til pasienten med dobbeltdiagnose i Norge, og både forskning og teori tydeliggjør at denne type behandling vil kunne gi et bedre behandlingsresultat for pasientene, da de slipper å måtte forholde seg til forskjellige behandlingssystemer samtidig. Kanskje blir dette fremtidens ledende behandlingstilbud til pasienter med dobbeltdiagnose i Norge.

4.6 Implikasjoner for fremtidig praksis

Sykepleierne bør være oppmerksom på at et godt relasjonelt forhold vil kunne være av stor betydning for behandlingsforløpet til pasienter med dobbeltdiagnose. Det er gunstig å ha i baktanke at dette vil kunne bidra til å reparere pasientens tidligere dårlige erfaringer, og

dermed hjelpe pasienten til å innse relasjonsbygging som noe positivt. I Norge, hvor det er flest ikke-integrerte behandlingstilbud, bør sykepleiere ha større fokus på god kommunikasjon og mer vektlegging rundt de relasjonelle forholdene i miljøarbeid slik at det kan bidra til et mer effektivt behandlingsforløp i fremtiden.

5.0 Avslutning

Hensikten med denne studien var å finne ut hvilken betydning relasjonen mellom sykepleier og pasient hadde for behandlingsforløpet til pasienter med dobbeltdiagnose. Etter å ha arbeidet med studien, sitter jeg igjen med en økt forståelse av nødvendigheten av å skape et menneske-til menneske-forhold med pasienter med dobbeltdiagnose. I studien kommer det frem at dannelsen av relasjonelle forhold til pasientene ikke alltid kan være like lett, på bakgrunn av pasientenes omfattende problematikk og forskjellige diagnoser som kan variere og ha sammensatte behov. Mangel på kunnskap om denne lidelsen fører til mye usikkerhet om hvordan vi skal møte disse menneskene for å nå frem til dem.

Å ha evne til å forstå samt være lyttende og skape gode relasjoner vil kunne utgjøre en avgjørende del for å motivere pasienten til endring og utvikling. Det kommer frem at relasjonen bør være preget av varme, empati og sympati, samtidig som en også jobber mot et felles mål, som et arbeidsfellesskap. I forhold til teorien kommer det også frem at pasientens opplevelse av den relasjonelle kvaliteten i behandlingen vil kunne ha en avgjørende betydning for behandlingsresultatet. Da jeg ikke har lyktes med å finne forskning som kan si noe om pasientenes perspektiv, tyder dette på at det trengs mer forskning for å danne et helhetlig og nyansert bilde av viktigheten av en god relasjon mellom sykepleier og pasient, og betydningen denne har for pasientenes behandlingsforløp.

Ansatte i norsk helse- og sosialvesen, samt spesialhelsetjenesten har vanskeligheter med å forholde seg til mennesker med dobbeltdiagnose, og forskningen tydeliggjør det økende behovet sykepleierne har for opplæring i form av kunnskaper, ferdigheter og holdninger i arbeid med denne pasientgruppen. Pasienter med dobbeltdiagnose oppleves som skjøre og selvdestruktive, og dette er en pasientgruppe som det kan være utfordrende å engasjere, og det kan ta lang tid for å etablere en relasjon basert på tillit. Tillitsfulle relasjoner kan oppnås ved at en lytter aktivt til pasienten, samtidig som en viser pasienten at vi er til å stole på, ved å vise respekt og akseptere pasienten som et unikt individ.

I Norge er det lite utviklet integrerte behandlingstilbud for pasienter med dobbeltdiagnose. Det kommer frem i teori og forskning at denne pasientgruppen vil kunne oppnå bedre resultater i behandlingsforløp hvor begge lidelsene blir behandlet samtidig, hvor en slipper å forholde seg til flere behandlingssystemer som vil gjøre det lettere for sykepleiere å gi den hjelp som er tilpasset hver enkelt pasient.

6.0 Litteraturliste

Coombes, L. & Wratten, A. (2007). The lived experience of community mental health nurses working with people who have dual diagnosis: a phenomenological study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 14, 382-392. Hentet: 28.08.12

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

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk, 2 utgave*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Evjen, R., Kielland, K. B. & Øiern, T. (2012). *Dobbelt opp – om psykisk lidelser og rusmisbruk*. Oslo: Universitetsforlaget.

Forsberg, C. & Wengstöm, Y. (2008). *At göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentasjon av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur.

Helsedirektoratet (2011). *Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser*. Hentet 11. September 2012 fra <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/rop/forside>

Helsedirektoratet (2011). *Samtidig rus og psykisk lidelser*. Hentet 12. September 2012 fra <http://www.helsedirektoratet.no/psykisk-helse-og-rus/rusmiddelarbeid-i-kommunen/samtidige-rus-og-psykiske-lidelser/Sider/default.aspx>

Henriksen, J. O. & Aarflot, H. M. (2004). Å møte med en annen. I: Bjørk, I. T., Helseth, S. & Nortvedt, F. (red.). *Møte mellom pasient og sykepleier*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Hoxmark, E. K. & Wynn, R. (2010). Health Providers' Descriptions of the Significance of the Therapeutic Relationship in Treatment of Patients with Dual Duagnosis. *Journal of Addictions Nursing*, 21, 187-193. Hentet 10. September 2012 fra

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

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E. A. (2005). *Grunnleggende sykepleie – bind 4*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Lossius, K. (2012). *Håndbok i rusbehandling- til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lossius, K. (2010). *Rusmidler . I: Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. Psykiatriboken: sinn – kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Mueser, K. T., Noordsy, D. L., Drake, R. E. & Fox, L. (2006). *Integrert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Reinar, L. M. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert- en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen – kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Røkenes, O. H. & Hanssen, R. H. (2012). *Bære eller briste: Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke
- St.meld. nr. 3 (2003-2004). (2010). *Dobbeltdiagnose: samtidig rusmiddelproblem og annen psykisk lidelse: dobbeltdiagnoser*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Wadell, K. & Skärsäter, I. (2007). Nurses' experiences of caring for patients with a dual diagnosis of depression and alcohol abuse in a general psychiatric setting. *Issues In Mental Health Nursing*. 28, 1125-1140. Hentet 31.08.12.

Vedlegg 1: Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning

SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

*Kan vi stole på resultatene?
Hva forteller resultatene?
Kan resultatene være til hjelp i min praksis?*

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanser:

1. Critical Appraisal Skills Programme. www.phru.org.uk/~casp
2. Greenhalgh T, Taylor R. Papers that go beyond numbers. *BMJ* 1997; 7110 (315)
3. Seers K. *Qualitative research. In Evidence- Based Practice. A Primer for Health Care Professionals.* Churchill Livingstone, Edinburgh 1999
4. Malterud K. *Qualitative research: standards, challenges, and guidelines.* *Lancet* 2001; 358: 483-88.

INNLEDENDE SPØRSMÅL

<p>1. Er formålet med studien tydelig?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Går det klart fram hva som blir studert? • Er dette en interessant eller relevant problemstilling? 	<p>Ja</p> <p>O</p>	<p>Uklart</p> <p>O</p>	<p>Nei</p> <p>O</p>
<p>2. Er en kvalitativ tilnærming hensiktsmessig?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Har problemstillingen som mål å forstå og fortolke, eller beskrive fenomen eller subjektive erfaringer eller synspunkter? 	<p>Ja</p> <p>O</p>	<p>Uklart</p> <p>O</p>	<p>Nei</p> <p>O</p>

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

<p>3. Er det tilfredsstillende beskrevet hvordan og hvorfor utvalget ble valgt?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <p><i>I strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Finnes det en beskrivelse og en overbevisende legitimering av utvalget som blir gjort? • Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor? • Er det gjort rede for hvor mange som ble valgt og hvorfor? • Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta? 	<p>Kommentar:</p>
<p>4. Var datainnsamlingen tilstrekkelig for å gi et helhetlig bilde av fenomenet?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <p><i>Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), dokumentanalyse. • Er metoden som ble valgt den beste for å belyse problemstillingen? 	<p>Kommentar:</p>

<p>5. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</p> <p><i>TIPS:</i> <i>Forskningsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor påvirke resultatene.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor?</i> • <i>Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn?</i> 	<p>Kommentar:</p>
<p>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</p> <p><i>TIPS:</i> <i>En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data og kategoriene som forskeren har kommet fram til?</i> 	<p>Kommentar:</p>
<p>7. Er det blitt gjort forsøk på å underbygge data (funnene)?</p> <p><i>TIPS:</i> <i>Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller å få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilde gir helt likt uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller forklares tilfredsstillende.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge data?</i> 	<p>Kommentar:</p>
<p>8. Er etiske forhold vurdert ?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Ble studien forklart for deltagerne?</i> • <i>Ble studien forelagt Etisk komite?</i> 	<p>Kommentar:</p>

HVA ER RESULTATENE?

<p>8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Kan du oppsummere hovedfunnene?</i>• <i>Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien?</i>	<p>Kommentar:</p>
---	--------------------------

KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

<p>9. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</p> <p><i>TIPS:</i> <i>Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.</i></p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i?</i>• <i>Drøft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse?</i>	<p>Kommentar:</p>
--	--------------------------