



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

# VURDERINGSINNLEVERING

---

Emnekode: SYKSB3001

Emnenavn: Sjukepleie, forskning og fagutvikling

Vurdering: (Bacheloroppgave)

Kandidatnummer: 59

Leveringsfrist: 23.02.09 kl.14.00 Studenttorget

Vurderingstype: ordinær

Fagansvarlig: Benny Huser

Veileder: Aina Skorpen

# **Pårørende har en viktig rolle**



## **Bacheloroppgave i sykepleien En litteraturstudie om sykepleiers møte med pårørende til en dobbeltdiagnose pasient.**

*Problemstilling: Hvordan kan sykepleier møte pårørende til en dobbeltdiagnose pasient på  
best mulig måte?*

**Kandidat nr: 59**

**Antall ord: 7520**

**Veileder: Aina Skorpen**

**Høgskolen stord/haugesund avd stord**

**Våren 2009**

# Sammendrag

## Norsk

Pårørende har en viktig rolle.

Jeg har i denne oppgaven valgt å fokusere på sykepleiers møte med pårørende til en dobbeltdiagnose pasient.

Og har valgt problemstillingen: *Hvordan kan sykepleier møte pårørende til en dobbeltdiagnose pasient på best mulig måte?*

Dobeltdiagnose er kanskje den mest utfordrende pasientgruppen innen psykisk helsevern og rusbehandling, og de kan være en belastning for sine pårørende. Disse pårørende ønsker er å vite mer om lidelsen, og ønsker å bli trukket mer inn i behandlingen. Gjennom økt kunnskapsnivå vil pårørende føle seg sterkere i møtet med sykepleier og pasienten. Samtidig som jeg vil trekke pårørende inn i behandlingen, må jeg høre hva pasienten ønsker, og følge de lover og retningslinjer som er for sykepleiere.

## Engelsk

Relatives have an important role.

I have in this paper chosen to focus on the meeting between the nurses and the relatives of a dual diagnosis patient.

And I have chosen this way of presenting the problem: "How can a nurse meet relatives of a dual diagnosis patient in the best possible way?"

Dual diagnosis is perhaps the most challenging patient group in the mental health system and substance abuse treatment, and they can be very stressful for their relatives. These relatives want to know more about the disease, and want to be drawn more into the treatment. Through increased knowledge levels, the relatives will feel stronger in the meeting with the nurse and patients. At the same time that I will draw family members into treatment, I have to hear what the patient wants, and follow the laws and policies which are for nurses.

# Innholdsfortegnelse

<b>SAMMENDRAG .....</b>	<b>3</b>
<b>1.0 INNLEDNING .....</b>	<b>5</b>
1.1 PROBLEMSTILLING .....	5
1.1.1 Avgrensings og presisering av problemstilling.....	5
1.1.2 Begrunnelse for valg av problemstilling .....	6
1.2 TEORETISKE PERSPEKTIVER .....	6
1.3 FORMÅLET MED OPPGAVEN.....	7
1.4 OPPGAVENS DISPOSISJON .....	7
<b>2.0 METODE.....</b>	<b>8</b>
2.1 VALG AV METODE .....	8
2.2. LITTERATUR SØKEPROSESS .....	9
2.3 KILDEKRITIKK .....	10
2.4 ETISKE ASPEKTER .....	10
<b>3.0 TEORETISK RAMMEVERK.....</b>	<b>12</b>
3.1 DOBBELTDIAGNOSE.....	12
3.2 PÅRØRENDE .....	14
3.3 STRESS OG MESTRING .....	15
3.4 JOYCE TRAVELBEE .....	16
3.5 KOMMUNIKASJON.....	17
3.6 INFORMASJON .....	18
<b>4.0 PRESENTASJON AV UTVALGTE FORSKNINGSARTIKLER .....</b>	<b>21</b>
<b>5.0 DRØFTING.....</b>	<b>23</b>
<i>Relasjon og kommunikasjon</i> .....	23
<i>Informasjon</i> .....	25
<i>Informasjon vs. Loven</i> .....	27
<i>Mestringsstrategier</i> .....	27
<b>6.0 KONKLUSJON .....</b>	<b>31</b>
<b>7.0 LITTERATURLISTE.....</b>	<b>32</b>
<i>Bøker</i> .....	32
<i>Artikler</i> .....	33
<i>Annet/Internett</i> .....	33

# 1.0 Innledning

Psykisk lidelse og rusmisbruk er en sammensatt diagnose, og det er ofte vanskelig for både pasienten, sykepleieren og pårørende å vite hvordan man skal takle denne lidelsen. Gjennom forskningen jeg har lest på dette feltet, så kom det frem hvor viktige pårørende er for pasientene. Jeg hadde lite fokus på dette i praksis, på grunn av at pasientene på avdelingen min hadde generelt lite kontakt med sine pårørende. Da begynte jeg å tenke over hva som kunne ligge til grunn for at de hadde så lite kontakt med sine pårørende. Det kunne være et turbulent forhold dem i mellom, pårørende kunne være i samme miljø som pasienten, eller kanskje pårørende ble for lite involvert i behandlingen?

Fokuset mitt ligger på hvordan sykepleier bør møte den pårørende på best mulig måte. Pårørende er en viktig ressurs i behandlingen, og derfor er det viktig at de får ta del i behandlingen, og ikke bli satt på sidelinjen.

## 1.1 Problemstilling

*Hvordan kan sykepleier møte pårørende til en dobbeltdiagnose pasient på best mulig måte?*

### 1.1.1 Avgrensning og presisering av problemstilling

Jeg vil avgrense problemstillingen min til å gjelde pasienter som legger seg frivillig inn på psykiatrisk institusjon. Jeg tar utgangspunkt i unge mennesker med diagnosen psykisk lidelse og rusmisbruk, som har foreldre eller andre nære familiemedlemmer som pårørende. Med unge mener jeg i alderen 18-30 år. Jeg tar utgangspunkt i pasienter som samtykker at pårørende skal få informasjon. De innlagte pasientene har ofte barn, og det er en vanskelig situasjon. Jeg velger å ikke inkludere barn som pårørende i denne sammenhengen, fordi oppgaven ikke skal bli for omfattende.

Jeg vil presisere at i oppgaven bruker jeg begrepet ”pasienten” om personen med dobbeltdiagnose. De pårørende kan være mange, og ikke alltid den nærmeste familien. Men ettersom familien ofte er pårørende, har jeg i denne oppgaven gått ut i fra dette. Så jeg bruker begrepene familie og pårørende om hverandre.

Jeg velger å ikke definere begrepene i problemstillingen i innledningen, ettersom begrepene kommer tydelig frem i teoridelen.

### **1.1.2 Begrunnelse for valg av problemstilling**

Jeg har nettopp vært i psykiatrisk praksis, der var jeg på en avdeling for pasienter med dobbeltdiagnose. Gjennom de 8 ukene jeg var der så hadde jeg lite kontakt med pårørende. Men jeg så hvor god støtte det var for de pasientene som hadde jevnlig kontakt med sine pårørende. Derfor ønsket jeg å undersøke nærmere om pårørendes situasjon innen psykiatrien.

Det har stor betydning å ha en god relasjon med sine pårørende, det kan spille en stor rolle på bedringen hos personer med dobbeltdiagnose (Mueser, 2006). Men det å være pårørende til personer som har psykisk lidelse og samtidig rusproblem kan være en stor belastning. Derfor er det viktig å ivareta pårørendes behov for å bli sett, få informasjon, råd og veiledning, praktisk bistand og få egne behov for hjelp ivaretatt (Statens helsetilsyn, 2000).

Dette temaet er også relevant i forhold til læreplanen i sykepleier utdanningen, der det står at en skal ha kunnskap om undervisning til pasient og pårørende. Og det er informasjon fra helsevesenet de pårørende ønsker mer av. Og derfor er det viktig med økt kunnskap hos sykepleier, om hvordan en bør formidle informasjon.

## **1.2 Teoretiske perspektiver**

Jeg har tenkt å jobbe ut i fra sykepleierens perspektiv, hvordan de kan møte den pårørende på best mulig måte. Derfor fokuserer jeg i teorien på pasienter med samtidig psykisk lidelse og rusmisbruk, mestring hos pårørende gjennom god kommunikasjon og informasjon fra sykepleier til pårørende.

Jeg velger å bruke Joyce Travelbee sin sykepleier teori. Fordi hun tar med i sin teori at familien skal få hjelp til å forebygge og mestre erfaringer med lidelse. Hun mener at

sykepleier hjelper pasienten å mestre gjennom å finne mening i erfaringene fra sykdommen (Kirkevold, 1998).

### **1.3 Formålet med oppgaven**

Jeg føler at det har vært lite fokus på pårørende, både gjennom undervisningen og praksis. Derfor ønsker jeg å øke min kunnskap på dette området, slik at jeg etter endt utdanning er mer forberedt på å møte pårørende på en best mulig måte. Selv om jeg i denne oppgaven har rettet oppmerksomheten mot en spesifikk gruppe, som ca er en promille av befolkningen (Mueser, 2006). Så tror jeg at dette innholdet er overførbart til andre grupper av pårørende også.

### **1.4 Oppgavens disposisjon**

Jeg har delt oppgaven opp i kapitler. Først kommer metodedelen, der jeg skriver om hvilken metode jeg har valgt, hvordan jeg har gått frem i valget av litteratur og kildekritikk. I andre delen kommer teorien. Der jeg har med begrepsforklaringer og innføring i de emner som jeg tar opp i denne oppgaven for å svare på problemstillingen min. Så presentere jeg kort de forskningsartiklene som jeg bygger oppgaven min på. Videre kommer drøftingen av teorien og forskningsartiklene i forhold til problemstillingen. Oppgaven blir avsluttet med en konklusjon.

## 2.0 Metode

Vilhelm Aubert blir ofte sitert når det gjelder hva metode er, og han sier det slik:

En metode er en framgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder (Sisert i Dalland, 2000, s. 71).

Når vi skal undersøke noe, så bruker vi metode som et redskap. Metode hjelper oss med å samle inn den informasjonen vi trenger til undersøkelsen våres. Det blir problemstillingen som blir styrende i hvilken metode en skal bruke.

### 2.1 Valg av metode

I denne oppgaven har jeg med en kvalitativ forskningsartikkel, fordi jeg vil ha litteratur som sier noe mer enn bare målbare enheter. Jeg har bruk for å fange opp meninger og gå i dybden av de. Fokuset er på hvordan pårørende og sykepleier samhandler, og hvordan sykepleier gjennom å videreformidle informasjon og kunnskap kan hjelpe pårørende til å forstå situasjonen og pasienten bedre.

Men jeg har også brukt kvantitativ forskningslitteratur, fordi da får jeg frem målbare enheter om den informasjonen jeg ønsker å hente inn. For eksempel for å vite hvor mange pårørende som stiller opp for dobbeltdiagnose pasientene, og hvor mange pårørende som synes de får for lite informasjon om sykdommen (Dalland, 2000).

Denne oppgaven er en litteraturstudie. Hensikten med en litteraturstudie er at en skal beskrive kunnskap som er innenfor et tema. I en systematisk litteraturstudie bør det finnes en del gode studier som er gjort fra før av, som kan bygge et underlag for drøftning og resultat i litteraturstudien som skal gjøres. En har da en problemstilling som en ønsker å få svar på, og



så må en systematisk gå igjennom den litteraturen som allerede er gjort på dette feltet. En må identifisere, velge, vurdere og analysere den relevante forskningen (Forsberg, 2008).

Fordelen med litteraturstudie er at en får lest mye litteratur, og får en bred forståelse av emnet. Ulempen kan være at jeg bruker forskning som er gjort av andre, og jeg er avhengig av at de holder kravene til reliabilitet<sup>1</sup> og validitet<sup>2</sup> (Dalland, 2000).

## **2.2. Litteratur søkeprosess**

Søkeprosessen begynte med at jeg avgrenset meg til et tema: sykepleiers møte med pårørende til en dobbeltdiagnose pasient. Og ut i fra det så valgte jeg å bruke disse søkeordene: Psykisk lidelse, rusmisbruk, dobbeltdiagnose, pårørende, sykepleier, informasjon, mestring. På engelsk ble det: dual diagnosis, substance abuse, mentally ill, family, nursing, information and coping.

Jeg satte som kriterier at litteraturen skulle være på norsk, svensk, dansk eller engelsk. Litteraturen som jeg bruker skal ikke være eldre enn 10 år, det vil si ikke utgitt senere enn år 1999. Dette er for at jeg ønsker å bruke den mest oppdaterte forskningen på dette feltet, for å få et relevant svar på problemstillingen. Men med unntak av Kirkevold sin bok fra 1998 – *sykepleieteorier – analyse og evaluering*.

Jeg ville søke på både kvantitativ og kvalitativ forskning, fordi jeg tenkte at begge metodene er aktuelle å ta med i forhold til min problemstilling.

Jeg søkte etter bøker gjennom bibliotekets database, BIBSYS og pensum bøker. Videre så søkte jeg på forskningsartikler gjennom søkemotoren PubMed, og på sidene til Tidsskriftet Schizophrenia Bulletin.

Jeg måtte se over en del titler, og lese en del sammendrag før jeg fant noen artikler som gikk på det jeg lette etter.

---

<sup>1</sup> Pålitelighet, og handler om at målinger må utføres korrekt, og at eventuelle feilmarginer må angis.

<sup>2</sup> Dette står for relevans og gyldighet.

## **2.3 Kildekritikk**

Det som menes med kvalitetskriterier er at jeg må se etter om litteraturen er relevant for det jeg skal undersøke (Jacobsen, 2003).

Jeg har gjort litteratur søkene mine gjennom søkemotorer som er anbefalt av HSH bibliotekets ressursider. Og benytter meg kun av litteratur som er fra anerkjente tidsskrifter og forfattere.

Jeg har måttet benytte meg av både primær og sekundær litteratur. Primærkildene er oftere mer troverdige enn sekundærkildene. Fordi denne vet vi er rett referert, mens sekundærkilden kan ha referert primærkilden feil (Forsberg, 2008). Men på grunn av at mange av primærkildene var lite tilgjengelige, så har jeg måttet benytte meg av sekundærkildene.

Det Forsberg skriver om kvalitet i forskning er at en må se over hva forskeren har tatt med i sin undersøkelse. For eksempel om de beskriver miljøet der undersøkelsen er gjort, om utvalget er troverdig og tydelig beskrevet, er det informasjonsrike informanter. Ble det beskrevet godt hvordan feltarbeidet ble gjennomført, kan metoden og analysen koples tilbake til forskningsspørsmålet? Beskriver han temaet og begrepene godt i undersøkelsen? Og er det tatt med forskning som viser motstridene resultater (2008).

Når det gjelder kildekritikk så synes jeg det var vanskelig å finne litteratur, særlig på norsk. Jeg fant en del på engelsk, men det er lett for at en kan mistolke teksten når en leser engelsk. Og det var veldig lite forskning som gikk på pårørende til dobbeltdiagnose pasienter. Men jeg fant en del om pårørende til pasienter med psykisk lidelse, og det er relevant for oppgaven.

## **2.4 Ethiske aspekter**

I en litteraturstudie så må en se om litteraturen holder seg innen for de etiske aspektene. For eksempel om artikkelen har vært oppe i etikk-komiteen. De ulike etiske aspektene for en som skal gjøre en forskning er at det er informert samtykke, krav til privatliv og krav til å bli korrekt gjengitt. En er nødt til å være kritisk til valg av litteratur, og en må gå ut i fra at den litteraturen en bruker overholder forskningsetiske normer og regler (Jacobsen, 2003 ).

Jeg må også tenke på de etiske aspektene når jeg gjennomfører oppgaven min. For eksempel at jeg gjengir kildene mine korrekt. Det er også uetisk av meg å ikke representere funn som jeg ikke er enig med selv. Resultatene som jeg kommer frem til skal være uavhengig av hvilken rolle eller holdning jeg har ovenfor temaet (Dalland, 2000).

Jacobsen skriver at en forsker skal ikke ta noe parti eller prøve bevisst å få frem et ønsket resultat. Men det er lett for at det skjer, for vi har alle våre verdier vi tror på, og det er vanskelig å legge de helt til siden og være nøytral når en skal forske på noe. Derfor er det viktig at det kommer frem hvilken forforståelse jeg har for temaet, siden det kan virke inn på hvor objektiv oppgaven blir (2003).

## 3.0 Teoretisk rammeverk

### 3.1 Dobbeltdiagnose

Ordet dobbeltdiagnose er et begrep som viser til to lidelser som vanligvis blir behandlet i to ulike systemer. Dette blir oftest brukt i litteraturen om kombinasjonen av psykisk lidelse og rusmisbruk (Bratteteig, 2008).

I følge Sosial og helsedepartementet (1996-97) er definisjonen på dobbeltdiagnose:

*”Vedvarende alvorlig rusmisbruk med samtidig psykisk lidelse, som schizofreni, affektiv sinnslidelse og personlighetsforstyrrelse”.*

Det er personer i denne gruppen som ofte faller utenfor behandlingstilbudene. Deres sammensatte problemstillinger fører til at behandlerne føler seg hjelpeløse. Men at ansvaret for dobbeltdiagnose pasientene bør være forankret i psykisk helsevern, da de har en psykiatrisk grunnlidelse (Sosial og helsedepartementet, 1996-97).

Statens helsetilsyns utredning om behov for spesialisert behandlingstiltak for dem med alvorlig psykisk lidelse som misbrukte rusmidler, anslo at det i 1999 var 4000 personer i denne gruppen med behov for behandlingstiltak utover eksisterende tilbud (Statens helsetilsyn 2000).

Det som ofte preger livssituasjonen til dobbeltdiagnosepasientene er at de har store sosiale problem, som med bolig, økonomi og arbeid. De er også en stor belastning for pårørende, noe jeg skal komme nærmere innpå i neste kapittel. Det er ofte behov for langvarige og omfattende behandlingstiltak, men de avvises også ofte i tiltaksapparatet (Evjen, 2003).

Alle som har behov for langvarige og koordinerte sosial- og helsetjeneseter tjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan dersom personen selv ønsker det. Planen skal vise pasientens situasjon og behovene for tiltak og tjenester (Lidal, 2000).



### 3.2 Pårørende

I pasientrettighetsloven (1999) § 1-3 beskrives pårørende som den personen pasienten oppgir som pårørende og nærmeste pårørende. Det kan være familie, eller det kan være noen utenfor familien. Hvis pasienten ikke er i stand til å oppgi pårørende, så skal det være den personen som har hatt mest og varig kontakt med pasienten<sup>3</sup>.

Mueser (2006, s.205) skriver ”*Familien spiller en viktig rolle for alle mennesker med alvorlig psykisk lidelse, men spesielt for personer med dobbeltdiagnose*”. Er ikke støtten fra pårørende der, eller støtten ikke er god nok så kan det ha store konsekvenser. En konsekvens kan være at familien uten vite og vilje bidrar til å opprettholde rusmisbruket til pasienten. Derfor er det av stor betydning at sykepleier jobber tett med pårørende, slik at vi sikrer den støtten og engasjementet som trengs for å oppnå bedring av lidelsen (2006).

Livet til de pårørende blir påvirket på mange områder. De blir engstelige for hvordan det går med sitt familiemedlem, de er redde for hva fremtiden bringer, de har skyldfølelse og er generelt stresset. Familien må ofte gå igjennom uutholdelige situasjoner der pasienten er sinte på dem, hverdagen blir ødelagt, og ofte fornekte pasienten at det er noe galt med dem og de gjør ting som er fortvilende, ubegripelig, ulovlig og farlig (Rassool, 2006).

Et viktig mål med å arbeide tett med familien er å redusere pasientens rusmisbruk. Men også å redusere rusmisbrukets innvikning på resten av familien. Familien kan ha store påkjenninger og høyere nivå av stress ved at pasienten bruker rusmidler. Familiene opplever ofte trusler, voldsbruk, økte utgifter på grunn av rettssaker, tyveri eller pasienten presser dem for penger på grunn av pasientens rusmisbruk (Mueser, 2006).

Pårørende føler ofte at de ikke får noe kontakt med behandlerne og blir avvist når de kommer med ønske om å delta i behandlingen. Det er viktig at sykepleier møter pårørende på en god måte, ettersom pårørende er en viktig ressurs for pasienten. Dette fordi pårørende ofte har mer kontakt med pasienten, og vet mer om sykdomshistorien. De er ofte bevisste på tidlige tegn på

---

<sup>3</sup> Det tas utgangspunkt i følgende rekkefølge: ektefelle, registrert partner, personer som lever i ekteskaplignende eller partnerskaplignende samboerskap med pasienten, myndige barn, foreldre eller andre med foreldreansvaret, myndige søsken, besteforeldre, andre familiemedlemmer som står pasienten nær, verge eller hjelpeverge.

tilbakefall, og ser når det skjer små forandringer med pasienten gjennom behandlingen. (Mueser, 2006).

Familien til dobbeltdiagnose pasienter kan ofte finne livet vanskelig å mestre når de har omsorgen for denne personen. Det viser seg at familien vet veldig lite om psykisk lidelse og rusmisbruk, og særlig interaksjonen mellom disse to lidelsene. De har ofte mange ubesvarte spørsmål (Rassool, 2006).

Gjennom økt kunnskap om psykisk lidelse og rusmisbruk så kan pårørende følge med på utviklingen av dobbeltdiagnosen, og fortære sette i gang tiltak i forhold til problemene som dukker opp. Og de kan bedre forstå hvordan den psykisk lidelsen påvirker rusmisbruket og omvendt (Mueser, 2006).

### **3.3 Stress og mestring**

Lazarus og Folkmans definerer psykologisk stress som:

*Psykologisk stress er derfor et forhold mellom personen og omgivelsene som ut fra personens oppfatning tærer på eller overskrider hans ressurser og setter hans velbefinnende i fare (Sitert i Kristoffersen, 2005, 3, s. 212).*

For de fleste personer er vurderingen av stress knyttet til om personen føler situasjonen som farlig eller belastende. Graden av stress blir sterkere jo nærmere verdiene eller behovene som blir truet er for personen (Kristoffersen, 2005, 3).

Mueser (2006) skriver at pasienter med psykisk lidelse som utsettes for familiestress får oftere tilbakefall enn pasienter med mindre stressende familierelasjoner. Og stresset kan føre til økt rusmisbruk.

Lazarus og Folkman definerer mestring som:

*Kontinuerlig skiftende kognitive og atferdsmessige bestrebelse på å mestre spesifikke indre og/eller ytre krav, som etter personens oppfatning tærer på eller overstiger hans ressurser (Sitert i Kristoffersen, 2005, 3, s. 212).*

Lazarus og Folkman (Kristoffersen, 2005, 3) skiller mellom to strategier for mestring: *Problemorientert mestring* – Aktive og direkte strategier for å løse et problem eller en situasjon. Strategien velges når personen selv mener han klarer å mestre situasjonen. *Emosjonelt orientert mestring* – Tar sikte på å endre opplevelsen av en situasjon fremfor å endre selve situasjonen. Det kan i noen situasjoner betraktes som et forsøk på å unngå, unngå eller flykte fra ubehag og problemer. Denne strategien vil på sikt være ineffektiv med hensyn på å dempe de ubehagelige følelsene.

Om problemorientert mestring eller emosjonelt orientert mestring er hensiktsmessig eller ikke, bestemmes av hvordan resultatene blir i situasjonen. En strategi som er effektiv i den ene situasjonen kan være ineffektiv i den andre (s. 216).

### **3.4 Joyce Travelbee**

Joyce Travelbees teori om sykepleiens mellommenneskelige aspekter har stor innflytelse på norsk sykepleierutdanning. Travelbee definerer sykepleie som:

*Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktiker hjelper et individ, en familie, eller et samfunn i å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og, om nødvendig å finne mening i disse erfaringene (Sitert i Kirkevold, 1998, s. 113).*

Her ser man at hun legger også vekt på at familien skal få hjelp til å forebygge og mestre erfaringer med lidelse. De viktige begrepene i denne teorien er mennesket som individ, lidelse, mening, menneske-til-menneske-forhold og kommunikasjon (s.114).

Travelbee mener at sykepleierens hensikt er å hjelpe pasienten til å mestre sykdom og lidelse og å finne mening i disse erfaringene. Og det oppnås ved å etablere et menneske-til-menneske-forhold. Dette forholdet er:



*en erfaring eller serie erfaringer mellom mennesket som er sykepleier, og en syk person eller et individ som har behov for sykepleierens tjenester. Det viktigste karaktertrekket ved dette forholdet er at sykepleierbehovene til individet, familien eller samfunnet blir oppfylt (Sitert i Kirkevold, 1998, s. 116).*

Dette menneske-til-menneske-forholdet etableres etter gjennomgåtte interaksjonsfaser. Det innledende møtet, fremvekst av identitet, empati, sympati og gjensidig forståelse og kontakt (s. 117).

### **3.5 Kommunikasjon**

Travelbee mener kommunikasjon er en gjensidig prosess der man deler eller overfører tanker og følelser. Gjennom kommunikasjon kan man etablere et menneske-til-menneske-forhold. Sykepleieren må bruke sine fagkunnskaper og sin innsikt i å finne frem til hva som er pasientens behov, og hvordan en kan oppfylle dem (Kirkevold, 1998).

God kommunikasjon mellom sykepleier og pårørende kan bidra til at pårørende føler seg trygg i relasjonen. Kommunikasjon kan deles inn i verbal og nonverbal. Med verbal menes det formidling av språk enten gjennom skrift eller tale. Med nonverbal er det kroppsspråket en uttrykker seg med. Derfor er det ikke alltid godt nok at sykepleier lytter til pårørende, de må også se etter kroppsspråket er i samsvar med det som blir formidlet (Eide, 2007).

Eide (2007) har tatt med flere gode kommunikasjonsferdigheter:

- Lytte til den andre
- Skape gode relasjoner
- Strukturert samtale
- Gi informasjon
- Forholde seg åpent til vanskelige spørsmål
- Stimulere den andres ressurser og muligheter
- Samarbeide om å finne gode løsninger

Forutsetningen for en god kommunikasjon er at sykepleieren også har empati, fagkunnskaper og er målorientert. Travelbee har også empati og fagkunnskaper som noen av fasene for å opprette et menneske-til-menneske-forhold. Med empati menes det som evne til å lytte og forstå den andres reaksjoner og følelser. Gjennom kommunikasjon skjer det ved at den verbale, nonverbale kommunikasjonen og handlingen, er preget av medfølelse og forståelse. Men også høy sykepleierfaglig kompetanse er viktig for god kommunikasjon. Det kan hjelpe sykepleieren i å analysere situasjonen og gjennomføre nødvendige tiltak. Målorientering vil si å skaffe seg en felles problemforståelse og en realistisk målsetning. Og det skjer gjennom god kommunikasjon mellom sykepleier og pårørende (Eide, 2007).

### **3.6 Informasjon**

I følge pasientrettighetsloven (1999) § 3-3 skal pårørende få informasjon om pasientens helsetilstand og helsehjelpen som ytes, dersom pasienten har samtykket til det, eller forholdene tilsier det.

Som hovedregel er opplysninger om pasienten og hans sykdomstilstand og andre personlige opplysninger underlagt taushetsplikten (Helsepersonelloven, 1999, § 21). Helsepersonell må derfor kjenne til de unntakene fra taushetsplikten som gjør det rettsmessig å videreformidle slike opplysninger til pårørende (Helsepersonelloven, 1999, § 10). Helsepersonell har et ansvar for at den hjelpen som ytes er faglig forsvarlig. Så hvis en skal gjøre en god nok vurdering av situasjonen, så bør en innhente opplysninger fra andre i tillegg til observasjonen av helsepersonell. Pårørende har ofte den nødvendige informasjonen om sykdomshistorien til pasienten. Hvis helsepersonell ikke har innhentet denne informasjonen, kan helsehjelpen i visse tilfeller vurderes som ikke faglig forsvarlig (Helsepersonelloven, 1999, §§ 4 og 16).

I følge spesialisthelsetjenesteloven (1999) § 3-8 fjerde ledd er en av sykehusenes oppgave å drive med pasient og pårørende opplæring.

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund, 2007) skriver i punkt 1.2 at sykepleier skal sykepleier gi pasienten tilstrekkelig informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått.

I en situasjon der pasienten ikke ønsker å involvere familien, bør helsepersonell ta seg tid til å forklare pasienten viktigheten med å involvere familien. Pasienten ønsker kanskje å ta del i samtalen mellom helsepersonell og pårørende. Og da kan pasienten selv bestemme hva som skal bli tatt opp og ikke. Men dersom ikke pasienten gir samtykke til å involvere de pårørende, bør helsepersonell likevel ta seg tid til å lytte til familiens reaksjoner og følelser. Generelle spørsmål om lidelsen som familien kommer med bør også kunne besvares av helsepersonell (Jordahl, 1999).

Eide skriver at målet for mestring er å føle forutsigbarhet, og egen evne til å påvirke situasjonen. Pårørende vil føle seg utrygge og forvirret når de ikke har tilstrekkelig informasjon om sykdommen og behandlingen til pasienten. God informasjon gir trygghet og hjelper pårørende til å tidlig se endring i sykdommen og nye symptom (Eide, 2007).

Det er viktig å gi tilpasset informasjon. Det kommer an på hvilken fase pårørende er i, når det gjelder hvilken tanker, følelser og spørsmål de har til helsepersonell. Ofte kan pårørende være invadert av tanker og følelser, og evnene til å oppfatte ny informasjon er redusert. Dette må en ta hensyn til når en planlegger møtet med pårørende (s. 122).

Når en møter pårørende som er i første fasen av sykdommen til sitt familiemedlem, så er det nok mange sterke og kaotiske følelser. Derfor er det særlig viktig å lytte til pårørende i denne fasen. De trenger å få utløp for sine følelser, frustrasjon, forventinger og håp. Ved at sykepleieren lytter, trøster og samtidig formidler støtte, omsorg og informasjon, bidrar en til bedre emosjonell kontroll og mestring. Med emosjonell kontroll menes det å sette ord på følelsene, og det fører til at de bearbeider sine følelser og letter det emosjonelle trykket (s. 124).

Kristoffersen (2005, 4) skriver om viktigheten med at sykepleier har pedagogisk kompetanse. Sykepleier må opprette gode relasjoner og ha kunnskap om faktorer som påvirker pårørende i læreprosessen.

Lazarus og Folkman (Sitert i Eide, 2007, s. 123) påpeker at informasjon fremmer mestring. *”Viten om selv det mest negative resultat kan øke opplevelsen av kontroll og redusere stress”*.

Psykoedukativ behandling er en av samarbeidsformene som blir benyttet i psykiatrien i møtet med pårørende. Der får pårørende kunnskap og opplæring i visse ferdigheter, sammen med

behovsorientert støtte. Her blir pårørende trukket inn i samarbeidet, slik at de kan være med å forebygge tilbakefall, øke mestring og ivareta pasienten. Familien blir møtt som personer som trenger informasjon for å mestre en situasjon som er blitt uovervinnelig for dem. Familien blir tatt med som en ressurs i behandlingen av pasienten.

Ett mål med dette samarbeidet er blant annet å hjelpe familien til å mestre dagliglivet bedre og bedre forholdet mellom pasienten, pårørende og helsevesenet (Fjell, 2001).

Det er også viktig å informere pårørende om de ulike organisasjonene som finnes for pårørende. Som for eksempel RIO (Rusmisbrukernes interesseorganisasjon), LPP (Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri), Marborg (Brukerorganisasjon for LARiNord) og Landsforbundet mot stoffmisbruk. Her kan de pårørende få god støtte av andre som er i samme situasjon, og de kan dele erfaringer.

## 4.0 Presentasjon av utvalgte forskningsartikler

**Barrowclough, C., Ward, J., Wearden, A. & Gregg, L. (2005). Expressed emotion and attributions in relatives of schizophrenia patients with and without substance misuse. *Soc Psychiatry Epidemiol.***

Dette er en tverrsnitt undersøkelse, med to utvalg av 42 singel- og dobbeldiagnose omsorgsgivere. Studien undersøkte om pårørende til pasienter med schizofreni (singel diagnose) og schizofreni og rusmisbruk (dobbeltdiagnose) ville ha betydning for uttrykket expressed emotions (EE)<sup>4</sup> og deres egenskaper for pasientens problemer.

Det jeg vil bruke fra denne studien er at stress og byrde er forenelig med det å gi omsorg til en person med psykisk lidelse. Når pårørende har høyt nivå av EE, så øker risikoen for tilbakefall hos pasienten.

**Drapalski, A.L., Marshall, T., Seybolt, D., Medoff, D., Peer, J., Leith, J., Dixon, L.B. et al. (2008). Unmet needs of families of adults with mental illness and preferences regarding family service. *Psychiatric Services.***

Denne studien bruker kvantitativ metode. Studien viser at familien behøver informasjon om deres familiemedlems lidelse, mestringsstrategier, støtte, forståelse for lidelsen og hjelp til problemløsning. De ønsket å motta informasjonen av helsepersonell, de fleste ville ha informasjonen verbalt, mens et mindre tall ønsket den skriftlig.

Det jeg vil bruke fra denne studien er hvordan pårørende ønsket å få informasjon, og hva som kunne påvirke at de ikke fikk informasjon.

**Gasque-Carter, K.O., & Curlee, M.B.(1999). The educational needs of families of mentally ill adults: the South Carolina experience. *Psychiatric service.***

Denne studien bruker kvantitativ metode. Resultatene som kom frem i denne undersøkelsen var at pårørende ønsket mer undervisning om behandling og rehabilitering, effekten og bivirkningen av medisiner, den psykiske lidelsen, identifisering av symptom og tegn og kommunikasjonsferdigheter.

---

<sup>4</sup> Følelsesmessig uttrykk

Det jeg vil bruke fra denne studien er hvorfor det var viktig med informasjon og hva som kunne være grunnen til at de pårørende ikke fikk informasjon.

**Hasle, B. & Risstubben, E. (2005). Selvhjelp for pårørende. Høgskulen i Volda.**

Denne studien bruker kvalitativ metode. 11 kvinner ble intervjuet om sine erfaringer gjennom 3 fokusgruppeintervju og 2 individuelle intervju. Studien viser at pårørende sørger selv for å skaffe seg kunnskap og etterlyser en mer aktiv holdning fra psykisk helsevern i forhold til informasjon og opplæring. Taushetsplikten kan være til hinder i enkelte tilfelle, men er sjelden den avgjørende faktoren for manglende informasjon.

Studien konkluderer med at det trengs godt tilrettelagte tilbud om pasient- og pårørendeopplæring innen psykisk helsevern.

Her vil jeg bruke erfaringene som informantene sitter med. Det er de som har vært gjennom hvordan det er å være pårørende, og det er viktig for meg å også få frem hvordan de har det i denne situasjonen.

## 5.0 Drøfting

Ut i fra litteraturen og forskningsartiklene jeg har med i teoridelen, så skal jeg prøve å svare på problemstillingen min: *Hvordan kan sykepleier møte pårørende til en dobbeltdiagnose pasient på best mulig måte?*

Jeg har delt drøftingen min i fire hoveddeler. Jeg tar først for meg relasjonen og kommunikasjonen mellom sykepleier og pårørende. Videre kommer det en del om viktigheten med å gi god informasjon til pårørende. Så synes jeg det var viktig å fremheve lover i forhold til å gi informasjon til pårørende. Og til slutt hvordan pårørende mestrer situasjonen de er i.

### Relasjon og kommunikasjon

For at jeg som sykepleier skal møte de pårørende på best mulig måte så må jeg bygge opp en god relasjon til dem. Joyce Travelbee bruker begrepet menneske-til-menneske-forhold om det å oppfylle sykepleierbehovet til pasienten, familien eller samfunnet. Travelbee mener at gjennom kommunikasjon kan man opprette en slik relasjon. Menneske-til-menneske-forholdet etableres gjennom fire faser: det innledende møtet, fremvekst av identiteter, empati og sympati, dette for å oppnå målet om gjensidig forståelse og kontakt (Kirkevold, 1998).

Travelbee beskriver dette forholdet mellom sykepleier og pasienten, mens jeg skal beskrive forholdet mellom sykepleier og pårørende. Jeg føler at jeg kan sette pårørende inn i disse interaksjonsfasene, fordi dette er overførbart til sykepleiers møte med pårørende.

Travelbee (Kirkevold, 1998) sier at det første møtet mellom to personer er preget av at de ikke kjenner hverandre og da kan det være lett å sette hverandre i bås. Mueser (2006) tar opp at familien ofte føler de får skylden for pasientens problemer. Dette kan komme av at rusmisbruk fortsatt blir sett på som noe skammelig. Men det er ikke fullt så mange fordommer til en med psykisk lidelse (Evjen, 2003).

Denne stigmatiseringen vil nok ”smitte” over på de pårørende, og derfor er det viktig for meg som sykepleier og unngår å fordele skyld eller ansvar for pasientens lidelse i møtet med pårørende. Som sykepleier må jeg være nøytral i møtet med pårørende og pasienten. Men det er ikke alltid man klarer å være fri fra holdninger. Man danner seg ofte et bilde over hvordan pårørende er, i forhold til hvordan pasienten er eller hva pasienten forteller om sine pårørende. Da er det opp til meg som sykepleier å være bevisst på mine holdninger, og ikke la dem påvirke mitt møte med de pårørende.

Det er også like viktig at jeg er bevisst på mitt kroppsspråk. For eksempel hvis jeg sier: ”Det er ikke deres skyld at sønnen deres er rusmisbruker og har psykiske problemer”. Og så viser jeg noe helt annet med mitt kroppsspråk. Jeg bør ha et kroppsspråk som samsvarer med det jeg sier til de pårørende (jamfør 3.5).

Videre i etableringen av menneske-til-menneske-forholdet vil jeg som sykepleier begynne å bli kjent med de pårørende, og omvendt. Men for å få dette til så sier Travelbee at sykepleier må unngå å sammenligne pårørende med andre pårørende. Sykepleier må se på dem som individer (Kirkevold, 1998).

Som sykepleier kan jeg bruke kommunikasjonsferdigheter for å vise at jeg bryr meg om pårørende, og møter dem som individer. Jeg kan lytte aktivt til dem ved å gjenta utsagn de kommer med, ta opp nøkkelord og komme med bekreftelse og oppmuntring til det de sier (jamfør 3.5).

Både Eide (2007) og Travelbee (Kirkevold, 1998) tar opp at empati er viktig i sykepleiers møte med pasienten og pårørende. Med empati så menes det at en forstår følelsene til den andre, og en føler nærhet til dem.

Når man ser dette i kontrast til Hasle (2005) sin studie kan man spørre seg om empati alltid er i tankene til sykepleier ved møtet med pårørende. For det kommer frem av studien at pårørende ofte føler de ikke blir trodd i møtet med helsevesenet. De må ofte kjempe for at familiemedlemmet deres skal få den hjelpen som trengs.

En kan ikke si at sykepleier har empati med de pårørende, hvis de ikke tror på det dem sier. Som sykepleier må jeg også se pårørende, og deres rolle i behandlingen. Men det er ikke alltid så lett å forstå følelsene pårørende har i forhold til den situasjonen de er i. De har et ganske tøft liv, med mye påkjenning. De kjemper stadig for at pasienten skal få den hjelpen de trenger, og blir skuffet gang på gang av både helsevesenet og pasienten. Hvordan skal jeg som sykepleier klare å sette meg inn i deres situasjon? Jeg klarer ikke forestille meg hvor vondt det må være å stadig bli møtt av stengte dører i helsevesenet, og ha et familiemedlem som ønsker behandling i det ene øyeblikket, og i det neste så er russen for stort og de trosser alt for å ruse seg.

På den andre siden så sier Travelbee at empati bare skjer av og til (Kirkevold, 1998). Så da er det vell ikke feil at man som sykepleier ikke alltid klarer å forstå tankene og følelsene til de pårørende. Men det er allikevel viktig at jeg viser de pårørende at de er betydningsfulle, og det første tiltaket jeg kan gjøre i forhold til det er å tro på dem.



Studien til Gasque-Carter (1999) bygger opp under dette ved å fremheve viktigheten med at tilnæringsmåten til sykepleier må vise at hun har tro på at pårørende vil det beste for pasienten.

Den siste fasen i Travelbees menneske-til-menneske-forhold er sympati. Her skal en vise at pårørende ikke bærer byrden alene (Kirkevold, 1998).

Som sykepleier må jeg vise at jeg er her for de pårørende, og at pasienten er i gode hender. Her er sykepleiers holdning og handling vesentlig i forhold til å bygge en relasjon til pårørende. Jeg må være til stede for de pårørende, og vise interesse for dem gjennom varme, respekt, empati og ektehet vil dette fremme et godt møte med de pårørende.

## **Informasjon**

I læreplanen til sykepleier utdanningen står det at jeg skal ha kunnskap om undervisning til pasient og pårørende. Det å informere pårørende blir på en måte det samme som å undervise dem. Derfor er det viktig at jeg legger vekt på å møte de pårørende på en slik måte at de får tilstrekkelig med informasjon.

Et fellestrekk i studiene til Gasque-Carter (1999) og Drapalski (2008) er at pårørende føler de ikke får tilstrekkelig med informasjon og kunnskap i møtet med psykiatrien. Studien til Gasque-Carter (1999) viser at de ønsker informasjon om lidelsen, mestringsstrategier, støtte, forståelse for lidelsen og hjelp til problemløsning. Mueser (2006) skriver at pårørende til personer med psykisk lidelse og samtidig rusmisbruk ønsker ofte informasjon om interaksjonen mellom disse to lidelsene. Slik at de kan bedre forstå hvordan rusmisbruket påvirker den psykiske lidelsen, og omvendt.

Som sykepleier forstår jeg at pårørende kan ha det svært tungt når de ikke har kunnskaper om lidelsen. Dobbeldiagnose er kanskje den mest utfordrende pasientgruppen innen psykisk helsevern og rusbehandling. Denne pasientgruppen kan også være svært belastende for sine pårørende. Men ved å vite mer om lidelsen, og hvordan den psykiatriske institusjonen ønsker å behandle pasienten, så kan pårørende føle seg sterkere i møtet med sykepleier og pasienten. Derfor er det viktig at jeg som sykepleier trekker pårørende med i behandlingen, og gir dem den informasjonen de ønsker.

Gasque-Carter (1999) skriver at de pårørende som hadde fått informasjon ofte synes den var for vag og urelevant. Dette kan komme av at evnen til å motta ny kunnskap er påvirket av sjokk, skyld, utmattelse eller egen sykdom (Hasle, 2005). Litteraturen støtter også opp med dette, da pårørende ofte kan være invadert av tanker og følelser, og det fører til at evnen til å motta ny informasjon er redusert (Eide, 2007).

Ser man dette opp mot hverandre så kan en jo spørre seg om dette henger sammen. At grunnen til de pårørende føler seg lite informert, er fordi de hadde nedsatt evne til å ta i mot ny kunnskap. Sykepleier har gitt informasjon, men pårørende har rett og slett ikke oppfattet den på grunn av situasjonen de er i. Men som sykepleier bør jeg forsikre meg om at pårørende har forstått informasjonen, og hvis jeg føler at de ikke er mottagelige for informasjon, så bør jeg avtale et nytt møte med dem.

For i følge de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund, 2007) punkt 1.2 skal sykepleier gi pasienten tilstrekkelig informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått.

Dette tenker jeg også gjelde for sykepleier som gir informasjon til pårørende. Som sykepleier må jeg forsikre meg om at pårørende klarer å bearbeide den informasjonen de mottar. Derfor bør jeg være utvelgende når det gjelder informasjon, jeg må se på hva pårørende har behov for å vite i denne første fasen av lidelsen. Informasjonen bør da være tilpasset pårørendes situasjon og være enkel og konkret.

Dette understrekes i studien til Hasle (2005). Informasjonen bør gjentas flere ganger, de bør også få tilbud om skriftlig materiell. Drapalski (2008) skriver at de fleste pårørende ønsket informasjonen verbalt, mens et mindre tall ønsket den skriftlig.

Men en ting jeg har fundert på når det gjelder pårørendes ønske om mer informasjon: er det slik at alle ønsker denne informasjonen? Men kan det være slik at noen pårørende bevisst unngår å skaffe seg informasjon? Fordi de kan føle at informasjon og kunnskap, gjør lidelsen til pasienten mer skremmende.

Men det kommer frem av litteraturen og forskningsartiklene mine at det er viktig for meg som sykepleier å gi pårørende informasjon, og la dem være delaktig i behandlingen, hvis pårørende ønsker det. Men på en annen side så må jeg følge lovene og retningslinjene jeg har som sykepleier.

## **Informasjon vs. Loven**

Det kommer frem av pasientrettighetsloven (jamfør 3.6) at pasienten må samtykke til at pårørende skal få informasjon om helsetilstanden til pasienten, og den helsehjelpen som gis. Derfor er det viktig for meg som sykepleier å snakke med pasienten først. Undersøke om han eller hun ønsker at deres pårørende skal bli involvert i behandlingen.

Litteraturen legger også vekt på at helsepersonell bør forklare pasienten hvor viktig det er at de involverer og informerer pårørende (Rassool, 2006).

Derfor må jeg som sykepleier ta dette opp med pasienten så tidlig som mulig. Jeg bør forklare at pårørende ønsker å hjelpe, og de kan være en god ressurs. Pårørende er kanskje en del av nettverket deres, og derfor er det viktig at de holder denne kontakten ved like, slik at de har noe å komme tilbake til når de reiser fra institusjonen. Dette kan være en del av målene i den individuelle planen til pasienten (jamfør 3.1). Jeg kan avtale med pasienten at han eller hun kan få delta på møtet med de pårørende, og på den måten kan pasienten selv sette grenser for hva som skal bli tatt opp i samtalen.

Man kan se ut i fra studien til Gasque-Carter (1999) at helsepersonell ofte bruker taushetsplikten som en grunn til ikke å involvere familien. Når man ser dette i kontrast til helsepersonelloven (jamfør 3.6), som sier at helsepersonell har ansvar for at den hjelpen som ytes er faglig forsvarlig, kan man spørre seg om behandlingen blir optimal uten at sykepleier hører på hva de pårørende har å si. For eksempel kan det være viktig å få frem hvordan pasienten fungerte tidligere og hva som kan være symptomer som viser seg ved et eventuelt tilbakefall hos pasienten. Og dette er viktig informasjon pårørende sitter på. Det er de som har levd lenge med pasienten og hans lidelse. De har også sett pasienten uten rus og psykisk lidelse. Derfor kan det være viktig at jeg som sykepleier tar meg tid til å lytte til pårørende, og høre hvordan det har vært og levd med denne personens lidelse. Slik at jeg kan hente frem opplysninger som kan være av betydning for behandlingen av pasienten.

## **Mestringsstrategier**

Pårørende til pasienter med rus- og psykiatri problem har en vanskelig rolle, og det er nok ikke alltid like lett å velge en fornuftig mestringsstrategi.

Informantene til Hasle (2005) oppga at de hadde tilegnet seg kunnskap fra internett. Etter å ha lest seg opp om lidelsen til sitt familiemedlem, så følte de seg sterkere i møtet med helsepersonell.

På den ene siden så kan jo denne kunnskapsøkingen kalles for problemorientert mestring. I teorien til Lazarus og Folkman kan man lese at mennesker velger denne type strategi for å løse eller håndtere stresskapende situasjoner, og for å øke deres handlingsmuligheter. Denne strategien velges fortrinnsvis av personer som mener de har gode sjanser for å mestre situasjonen (Kirkevold, 1998).

På den andre siden kan man fremheve det Barrowclough (2005) skriver i sin studie om at pårørende ofte føler de ikke mestrer situasjonen. De føler seg usikre og hjelpeløse. Familien til en med dobbeltdiagnose, har høy forekomst av stress, større konflikter innad i familien og er mindre fornøyde med familieforholdet.

Som sykepleier må jeg involvere de pårørende i den grad det er mulig. De ønsker å mestre situasjonen på en bedre måte ved å tilegne seg mer kunnskap, derfor bør jeg hjelpe dem med å skaffe seg denne kunnskapen.

Ser man dette i lys av litteraturen så fører mangel på kunnskap til at pårørende velger emosjonell mestring. De trekker seg tilbake fordi de opplever høy grad av stress når de ikke har den kunnskapen eller ferdigheten som trengs i den situasjonen de er i (Kristoffersen, 2005, 4).

De fleste informantene i Hasle (2005) sin studie oppga at de hadde perioder der de trakk seg tilbake. De fortalte at de brukte denne tiden da de var tilbaketrasket, til å samle krefter. Og det er nok viktig for de pårørende, slik at de ikke skal slite seg helt ut med omsorgsoppgavene de har.

Dette understrekes i teorien til Lazarus og Folkman at denne mestringsstrategien er nødvendig for å holde ut i ekstreme situasjoner. Men dette er et forsøk på å unngå, unnvike eller flykte fra ubehaget eller problemet, og på sikt vil slike mestringsstrategier være ineffektive (Kirkevold, 1998).

Men de pårørende er i en vanskelig situasjon, og de må få tid til å konsentrere seg litt om seg selv og sine behov også.

Det kommer frem av studien til Hasle (2005) at pårørende føler det er for lite fokus på dem. De har ofte egne helseproblemer, og trenger å snakke om seg selv og sine behov. Derfor er det viktig at sykepleier informerer pårørende om ulike tilbud, som for eksempel psykoedukativ behandling og pårørende organisasjoner.

I litteraturen kan en lese at psykoedukativ behandling er en av de samarbeidsformene som blir benyttet i psykiatrien (Fjell, 2001).

Psykoedukativ behandling kan brukes i møtet med flere familier samtidig. Jeg tror at det er positivt at flere familier møtes samtidig, fordi da føler de seg ikke så alene med problemene sine. De ser at også andre pårørende sitter med de samme spørsmålene, og de kan utveksle erfaringer.

Men i følge litteraturen så kan det være både positive og negative sider med det å møte flere pårørende samtidig. Det som kan være negativt er i følge Hasle (2005) at pårørende som var på gruppene følte ofte sorg, håpløshet, slitenhet og frustrasjon. Det var lite rom for håp og tro på at deres familiemedlem skulle bli frisk. Og det er lett for å bli stigmatisert når du er med i en slik gruppe. Du får et stempel som pårørende til en dobbeltdiagnose pasient.

Men det positive med dette er at de møter pårørende som er likesinnet med dem. Å møte andre som er i samme situasjon som en selv, bidrar til normalisering. Litteraturen til Mueser (2006) støtter opp om at det er viktig at flere familier med samme problem møtes. Det positive er at familiene får sosial støtte og en får gode råd fra andre familier. Det kan særlig være en fordel for familier til personer med rusproblem. For de kan lære av andres erfaringer, se hvordan rusmisbruket har påvirket livene deres, lære hvordan andre håndterer de typiske rusproblemer – som konflikter innad i familien, pengeproblemer og et anspent familieforhold.

Så alt i alt så tror jeg det er en god støtte for de pårørende å vite at de har ulike organisasjoner å støtte seg til (jamfør 3.6). Dette kan sies å være en problemorientert mestringsstrategi; de pårørende møtes og utveksler erfaringer og hvordan de takler ulike situasjoner, dette kan være til hjelp for andre pårørende, ved å styrke deres handlingsmuligheter.

I følge Hasle (2005) så varierer pårørendes mestring og mestringsstrategi mellom problemorientert og emosjonelt orientert mestring. Dette avhenger av situasjonen, egne krefter, tilgang på annen hjelp og relasjonen til den syke

Hvilken av mestringsstrategiene som er mest effektive kommer an på situasjonen. Den problemorienterte kan være positiv med at de pårørende føler de kan mestre situasjonen, og søker informasjon selv. Men de er ingen god ressurs for pasienten hvis de ikke har krefter til å hjelpe dem. Derfor kan det også være viktig med emosjonelt orientert mestring ved å samle krefter for å klare å holde ut i situasjonen (Kirkevold, 1998).

Som sykepleier må jeg vurdere hvordan pårørende mestrer sin situasjon, om de bruker en effektiv måte å komme seg gjennom situasjonen på, eller om de har gitt opp og bruker ineffektive måter for å slippe unna ”maset” til pasienten. For eksempel ved at pårørende kjøper alkohol til pasienten, for å dempe russet og symptomene på det psykiske problemet.

Jeg må gjennom den relasjonen jeg har etablert med de pårørende, prøve å hjelpe dem til å mestre situasjonen på best mulig måte.

## 6.0 Konklusjon

Det er ikke noe fasitsvar på hvordan en kan møte de pårørende på best mulig måte, fordi alle pårørende har sin individuelle situasjon de er i, og en kan ikke sammenligne de pårørende med hverandre. Men gjennom god kommunikasjon kan sykepleier klare å etablere en relasjon til de pårørende. Og når relasjonen er etablert så må sykepleier møte de behovene pårørende har, for eksempel kunnskapsbehovet. Etter den forskningslitteraturen jeg har lest, så har jeg kommet frem til at pårørende føler de får for lite informasjon av helsepersonell om sykdommen til sitt familiemedlem, og dette er noe jeg som sykepleier bør ta tak i. Men før jeg trekker pårørende inn i behandlingen til pasienten, så må jeg huske på at pasienten kommer i første rekke, og ønsker han ikke å involvere pårørende, så må jeg respektere dette. Men det er likevel viktig at jeg som sykepleier forklarer pasienten viktigheten med å involvere pårørende.

Det har vært svært spennende å jobbe med denne oppgaven, fordi jeg ble veldig engasjert i denne pasientgruppen gjennom min praksis i psykiatri. Og det har vært kunnskapsrikt å jobbe videre med denne pasientgruppen ved å trekke de pårørende inn også. Jeg har fått et bilde av hvor viktig de pårørende kan være for pasienten, og synes det er synd at jeg ikke fikk oppleve denne relasjons etableringen med pårørende, da jeg var i praksis.

Ved å ha brukt litteraturstudie som metode har jeg tilegnet meg mye kunnskap innenfor dette temaet. Men det har også vært en omfattende prosess med å søke etter forskningsartikler, men så har jeg gjennom dette arbeidet lært meg å ekskludere de urelevante artiklene.

## 7.0 Litteraturliste

### Bøker

Bratteteig, M., Hove, I. & Aakerholt, A. (2008) *Rusa eller gal? Sammenhengen mellom rusmisbruk og psykiske lidelser*. Stavanger: Stiftelsen av Psykiatrisk Opplysning.

Dalland, O. (2000). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Eide, H. & Eide, T. (2007) *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Evjen, R., Øiern, T., & Kielland, K. B. (2003). *Dobbelt opp* (1. utg.). Oslo: Universitetsforlaget

Fjell, A. & Mohr, M. (2001) *Foreldrearbeid i praksis: Samarbeid og behandling*. Oslo: Cappelen akademiske forlag.

Forsberg, C. (2008) *Att göra systematiska litteraturstudier*. (2. utg.) Stockholm: Natur och Kultur.

Jacobsen, D.I. (2003) *Forståelse, beskrivelse og forklaring: innføring i samfunnsvitenskapelig metode for helse- og sosialfagen*. Kristiansand: Høyskoleforlagene

Jordahl, H. & Repål, A. (1999). *Mestring av psykoser*. Bergen: Fagbokforlaget

Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. (2. utg.) Oslo: Gyldendal akademisk

Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (2005, 3 og 4). *Grunnleggende sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademiske



Lidal, E. (2000). Helhetlig psykiatriplanlegging – et metodeverktøy for dokumentasjon, samhandling og planutvikling. I: A. Almvik og L. Borge (Red.), *Tusenkunstnerne – muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid* (s. 83-88). Bergen: Fagbokforlaget

Mueser, K.T. m.fl. (2006) *Integrert behandling av rusproblemer og psykisk lidelser*. Oslo: Universitetsforlaget.

Rassool, G.H. (2006) *Dual diagnosis, nursing*. Oxford: Blackwell

## Artikler

Barrowclough, C., Ward, J., Wearden, A. & Gregg, L. (2005). Expressed emotion and attributions in relatives of schizophrenia patients with and without substance misuse [Elektronisk utgave]. *Soc Psychiatry Epidemiol*, 40, 884-891

Drapalski, A.L., Marshall, T., Seybolt, D., Medoff, D., Peer, J., Leith, J., Dixon, L.B. et al. (2008). Unmet needs of families of adults with mental illness and preferences regarding family service [Elektronisk utgave]. *Psychiatric Services*, 59 (6) 655-662

Gasque-Carter, K.O., & Curlee, M.B.(1999). The educational needs of families of mentally ill adults: the South Carolina experience [Elektronisk utgave]. *Psychiatric service*, 50 (4), 520-524

Hasle, B. & Risstuppen, E. (2005). *Selvhjelp for pårørende*. Høgskulen i Volda. Hentet 26. januar 2009 fra [http://www.selvhjelp.no/filestore/LPP\\_HiV.pdf](http://www.selvhjelp.no/filestore/LPP_HiV.pdf)

## Annet/Internett

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell av 2. juli 1999 nr. 64*. Hentet 26. januar 2009 fra <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-064.html>.

Pasientrettighetsloven (1999) *Lov om pasientrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63*. Hentet 26. januar 2009 fra <http://lovdatab.no/all/hl-19990702-063.html>.

Spesialisthelsetjenesteloven (1999) *Lov om spesialisthelsetjenesten av 2. juli 1999 nr. 61.*  
Hentet 26. januar 2009 fra <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-061.html#map001>.

Statens helsetilsyn (2000) *Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk.* IK-2727. Oslo.

Sosial og helsedepartementet (1996-97) *Åpenhet og helhet: om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.* Stortingsmelding nr. 25. Oslo: Departementet

Norsk sykepleierforbund (2007) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler.*  
Oslo: Norsk sykepleierforbund