



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: Emne 5

Emnekode:

SYKSB/SYKHB 3001 – Bacheloroppgave

Eksamensform: Hjemmeeksamen

Leveringsfrist: 17.02.11

Kandidatnr.: 52

Antall ord: 8260

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	4
1.1 Bakgrunn for valg av tema.	4
1.2 Problemstilling.....	5
1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling.....	5
1.4 Oppgavens disposisjon.	6
2.0 Teori.	7
2.1 Dobbeldiagnose.	7
2.2 Sykepleie og relasjon.....	8
2.3 Kommunikasjon og relasjon.....	10
2.4 Relasjon og myndiggjøring.	12
3.0 Metode.....	15
3.1 Litteraturstudie.....	15
3.2 Litteratursøk.....	16
3.3 Kildekritikk og forskningsetiske overveielser.....	17
3.4 Presentasjon av forskningsartikler.....	18
4.0 Drøfting.	20
4.1 Å bekrefte pasienten.	20
4.2 Kunnskap for å bidra til en bedre forståelse for mennesker med dobbeldiagnose.	22
4.3 Å være bevisst utfordring omkring myndiggjøring.....	24
5.0 Avslutning.	27
Referanseliste.	28

Sammendrag:

Bakgrunn for valg av tema er at jeg i psykiatri praksis møtte en gruppe sårbare mennesker som gjorde sterkt inntrykk på meg. Jeg har lite kunnskap til denne lidelsen og har derfor valgt å arbeide ut fra problemstillingen: *"Hvordan kan sykepleier bidra for å få en bedre relasjon til unge / voksne med dobbeldiagnose?"*. Hensikten med oppgaven er at jeg ønsker å forstå og lære mer om hvordan jeg kan møte disse menneskene. Jeg ønsker gjennom arbeidet med oppgaven å stå bedre rustet i møte med mennesker som kan trenge mitt bidrag til å komme ut av et destruktivt handlingsmønster. Jeg har valgt en kvalitativ metode med systematisk litteraturstudie. Data er hentet fra pensumliteratur og fagbøker. I tillegg har jeg søkt i databaser for å finne vitenskapelig forskning på området. Resultater av funn er at det er manglende fagkunnskap og store utfordringer i møte med disse menneskene, men at det må starte med å bygge en relasjon basert på gjensidig tillit.

Summary:

Background for choice of topic is that I practice in psychiatry met a group of vulnerable people who made a strong impression on me. I have little knowledge about this disorder and I have chosen to work on the basis of the problem: *"How can a nurse contribute to a better relationship with young people / adults with dual diagnosis?"* The purpose of this study is that I want to understand and learn more about how I can meet these people. I want to be better prepared to meet people who need my contribution to come out of a destructive behavior. I have chosen a qualitative method with systematic study of literature. Data are from course literature and professional books. I searches in databases to find scientific articles and journals. Results of the findings are that there are a lacks of knowledge and there are major challenges in meeting these people, but that it must start to build up a relationship based on mutual trust.

1.0 Innledning.

1.1 Bakgrunn for valg av tema.

På en av mine praksisperioder var jeg utplassert ved et distriktspsykiatrisk senter. Dette var en tverrfaglig spesialisert avdeling for unge / voksne med rusproblematikk. Her fikk de tilbud om behandling for psykisk lidelse og rusmisbruk av moderat til høy grad. Tema vil omhandle dobbeldiagnose og hvordan vi kan få til en god relasjon gjennom kommunikasjon. Grunnen til at jeg valgte denne problemstillingen var at jeg var lite kjent med denne brukergruppen fra før av og var usikker på hvordan jeg skulle gå frem. Dette er en gruppe mennesker som vi gjennom media blir litt skremt og usikre på og dermed gjerne tar noe avstand fra. I mitt møte med dem ble jeg godt tatt imot. I og med at jeg som student ikke hadde adgang til å få være med på samtaler, var jeg mye inne i miljøet, samt deltok i deres aktiviteter. Stresset en del med meg selv i starten på hvordan jeg skulle få kontakt og gjøre meg tilliten verdig og samtidig beskytte mine egne og meg selv. En annen grunn for at jeg valgte dette tema er at jeg ønsker å lære mer om denne bruker gruppen som jeg trivdes å være i sammen med, og som jeg følte stor trang for å hjelpe.

I St.prp. 1, Opptrappingsplan for rusfeltet (2007- 2008) satser regjeringen på rusproblematikken. Gjennom en helhetlig politikk ønsker de å tilrettelegge for gode hjelpetilbud og tjenester, der brukerne er i sentrum. Et av områdene det legges vekt på er å løfte frem brukerperspektivet for å sikre bedre tjenester. I 2009 lanserte WHO / Europa(2010) en co – finansiert samarbeidsprosjekt med EU – kommisjon om å myndiggjøre mennesker med psykiske problemer og deres pårørende. Dette er identifisert som sentrale prioriteringer i de neste tiår. Gjennom direkte engasjement kan brukerne av psykiske helsetjenester gi verdifulle bidrag og innsikt. De kan bidra med å forme tjenester for å møte deres behov. Samarbeid mellom nasjonale myndigheter og det sivile samfunn bidrar til politiske initiativer som kan møte behovet hos brukerne(WHO / Europa 2010). Vi er da begynt å bevege oss i riktig og en mer rettferdig retning for denne sårbare delen av befolkningen. Men for å kunne hjelpe dem må det først skapes en god relasjon som er bygd på tillit.

I følge Mueser et.al.(2006) brer rusmisbruk om seg, ikke minst blant mennesker med psykiske lidelser. Kunnskapen om hvordan vi skal forholde oss til mennesker som er i denne situasjonen, som både har en psykisk lidelse og samtidig ruser seg er svært mangelfull blant ansatte i norsk helse- og sosialvesen, også i spesialisthelsetjenesten.

Gjennom litteratur og forskning vil jeg forsøke å formidle hvordan vi på best mulig måte bør gå frem for og nå dem. Tema jeg da vil belyse som jeg synes er viktig i en relasjon er tillit, kommunikasjon og myndiggjøring (brukermedvirkning).

1.2 Problemstilling.

Hvordan kan sykepleier bidra for å få en bedre relasjon til unge / voksne med dobbeldiagnose?

1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling.

Jeg vil avgrense problemstillingen min til å gjelde unge / voksne som har et langtidsopphold på institusjon. I teorien vil jeg kort skrive hva dobbeldiagnose går ut på. Kommer ikke til å greie ut om diagnoser, symptomer eller behandlingsopplegg, men ha fokus på kommunikasjon. Jeg vil presisere at jeg i oppgaven ikke vil bruke ordet sykepleier, ei heller pasient om disse ungdommene i drøfting fra praksisplass. Ifølge Travelbee (1999) fins det i virkeligheten ingen pasienter, bare enkeltmennesker som behøver omsorg, tjenester og hjelp fra andre mennesker. Sykepleierrollen og pasientrollen kan bli barrierer i et forhold. Jeg har derfor valgt å omtale de som, bruker/klient eller han / hun og eventuelt jeg / meg om meg selv. Av begreper i oppgaven vil jeg definere etter hvert som de dukker opp. Hensikten med oppgaven er også å styrke brukerens rett til myndiggjøring. Jeg vil derfor gå inn på begrepet.

1.4 Oppgavens disposisjon.

Oppgaven er delt inn i et innledningskapittel, et teorikapittel der jeg anser teorien som relevant for å kunne belyse problemstillingen i et sykepleiefaglig perspektiv. Metodekapittelet presenterer valg av metode, søkehistorie, en vurdering av valgt litteratur, kildekritikk og etiske overveielser av denne. I drøftingskapittelet vil jeg søke å presentere funn fra de vitenskapelige artiklene og søke å knytte det disse artiklene formidler opp mot bakgrunns litteratur, egne erfaringer og problemstilling. Til slutt følger et avslutningskapittel.

2.0 Teori.

2.1 Dobbeldiagnose.

Dobbeldiagnose er ifølge Mueser et.al.(2006) mennesker som har en psykisk lidelse og samtidig ruser seg, og at vår tids omfattende bruk av alkohol og narkotiske stoffer har en rekke negative konsekvenser. Eksempler er problemer med mellommenneskelige relasjoner, og til tross for rusmisbrukets alvorlige innvirkning på mange menneskers daglige funksjonsnivå er dets effekt på personer med alvorlige vedvarende psykisk lidelse et ofte oversett område. Mueser et.al.(2006) peker også på at ineffektiv behandling av klienter med dobbeldiagnose resulterer i en negativ sykdomsutvikling og hyppigere tilbakefall som igjen fører til økte omkostninger for samfunnet generelt. For å behandle klienter med dobbeldiagnose effektivt og dermed styrke deres langsiktige prognose, må behandlere tilegne seg kunnskapen som per i dag foreligger om rusmisbruk blant psykiatriske pasienter. (Mueser et.al.2006).

Sosial og helsedirektoratet (1996- 1997) sin definisjon på dobbeldiagnose: *Vedvarende alvorlig rus misbruk med samtidig psykisk lidelse, som schizofreni, affektiv sinnslidelse og personlighetsforstyrrelse.*(sitat).

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).

WHO hadde en systematisk gjennomgang av data fra EU- landene Norge, Island og Sveits, der 27 % av den voksne befolkningen i en alder av 18 – 65 år hadde opplevd minst ett av en rekke psykiske lidelser det siste året. Dette inkluderte problemer som følge av stoffbruk, psykoser, depresjon, angst og spiseforstyrrelser. Disse tallene utgjør anslagsvis 83 millioner mennesker som blir berørt. Undersøkelsen viste også at 32 % av de som berøres hadde en ekstra mental lidelse, mens 18 % hadde to og 14 % hadde tre eller flere. Psykiske lidelser er klart den største bidragsyteren til kroniske tilstander hos befolkningen i Europa, viser de siste tilgjengelige data fra 2004. (WHO2010).

Rusmiddelbruk er vanlig hos personer med alvorlig psykisk lidelse skriver Jordahl & Repål (2009), og at økende bruk av rusmidler hos pasienter med psykoselidelser er en realitet som

behandlere må forholde seg til. Når pasienter gjennom bruk av rusmidler forverrer sin egen prognose og tilstand, kan det ifølge Jordahl & Repål (2009) bli lett for å bli frustrert over og moralistisk overfor pasientene, når resultatet av langsiktig og møysommelig arbeid kan rase sammen i løpet av kort tid. Jordahl & Repål (2009) skriver videre at rus er et ideologisk og følelsesmessig ladet problemområde i vår kultur, og at det som terapeut er viktig å ha et bearbejdet forhold til egne verdier, og nødvendig å vise en ikke – moraliserende interesse.(Jordahl & Repål 2009).

Psykiske lidelser og ruslidelser bør konseptualiseres som ”primære” lidelser med flere likheter enn forskjeller skriver Mueser et.al. (2006) og at begge lidelsene er biologisk baserte sykdommer som er delvis arvelige og ofte kroniske. Benektelse er et viktig symptom på begge lidelsene. Mueser et.al.(2006) skriver videre at klienter med dobbeldiagnose har ofte en rekke andre handikap som gjør behandlingen mer komplisert som, svekkede kognitive evner, en historie med traumer, fattigdom og dårlig motivasjon. Noen klienter responderer fort på integrert behandling og oppnår stabil remisjon av ruslidelsen innen et år, men mange trenger behandling over lengre tid fra 2 til 4 år eller mer.(Mueser et.al.2006).

2.2 Sykepleie og relasjon.

”Begrepet ”relasjon” kommer av det latinske relatio, som egentlig betegner det at en gjenstand står i forbindelse med en annen. I dagligtale brukes gjerne begrepet relasjon om forhold, kontakt eller forbindelse mellom mennesker. Her brukes begrepet om den enkelte hjelpers forhold til pasienter, pårørende, kolleger og samfunnet som sådan.” (Eide & Eide 2007 s.17).

Travelbee(1999) skriver i sin teori om sykepleier og relasjon, og er opptatt av at menneske er et unikt individ og at mennesket hele livet er et individ i vekst, utvikling og endring. Sykepleie skal ikke ha handlinger som et mål, men som et middel til å hjelpe et annet menneske. Travelbee(1999) hevdet at vi trengte en ”humanistisk revolusjon” hvor det enkelte individ skulle stå i sentrum. Travelbee(1999) skriver videre at ved å konfronteres med andres sårbarhet stilles vi overfor vår egen sårbarhet, og vektlegger betydningen av at en som sykepleier må samtale om våre erfaringer og akseptere og erkjenne oss selv som menneske

I møte med et annet menneske. Dette er en forutsetning for at en skal kunne akseptere et annet menneske.

I følge Travelbee(1999) kan all kontakt sykepleieren har med den hun har omsorg for, være et skritt på veien mot et menneske- til- menneske- forhold, særlig dersom en går bevisst inn ved hvert møte for å lære den syke å kjenne, og finne frem til og ivareta behovene. Dette forholdet kjennetegnes av gjensidighet i kontakten og innebærer alle elementer som er nødvendig for at den skal oppstå. Forholdet til den syke bygges ikke opp bare gjennom fornuftsmessig og logisk tenkning, en sykepleier kan identifisere den sykes problemer, stille en sykepleier diagnose, bestemme hva som skal gjøres for å løse problemene og likevel ikke bygge opp et forhold til den syke. Slik kan det være dersom sykepleieren oppfatter den syke som et problem og ikke som et menneske.

Travelbee(1999) skriver også om empati! Som er evnen til å leve seg inn i eller ta del i og forstå den andres psykiske tilstand i øyeblikket, men ikke i den grad at en tenker og føler som den andre. Akkurat som kommunikasjon kan empati brukes som hjelp i prosessen med å komme nærmere den andre, eller hindre utviklingen. Spørsmålet er hvordan kunnskapen som fås gjennom empati tas i bruk. Våre verdifulle vurderinger blir uunngåelig kommunisert til den syke, som reagerer deretter. Når en sykepleier bedømmer syke mennesker positivt, er det fordi hun er i stand til å akseptere dem. Deretter må sykepleieren over i en fase der hun ønsker å hjelpe, da må det foreligge sympati og medfølelse og den enkelte blir i stand til å forstå den andres plager (Travelbee1999).

Sympati og medfølelse forekommer ikke i en atmosfære av objektiv distanse og fremmedgjøring skriver Travelbee(1999). Den som føler med en annen, er personlig involvert, men ikke passivisert. Blir den følelsesmessige støtten anvendt riktig kan en nødvendig viljeshandling til å hjelpe vekkes og kan ha betydning for den sykes evne til å mobilisere til kamp mot sykdommen. Travelbee(1999) skriver også at involvering er en forpliktelse på en livsform en prosess som aldri tar slutt, og at det ikke er en egenskap vi har, men en lydhørhet for noe vi er. Et mål må være å utvikle bevissthet om hva det er som avhumaniserer og fratras mennesker deres menneskelighet. Forholdet må bygges opp i full bevissthet om hva en gjør og tenker, og i samsvar med det som er målet med samværet. Travelbee(1999) skriver videre at uten personlig involvering er det ikke mulig å gi noen konsekvent og konstruktiv hjelp, men vil opprettholde en avstand og opptre mekanisk og upersonlig. Dermed fratras sykepleieren muligheten til tilfredsstillende og meningsfylt kontakt og fra selve tilfredsstillelsen ved arbeidet. I forholdet til den syke trenger sykepleieren både en

disiplinert intellektuell tilnæringsmåte og evnen til å bruke seg selv terapeutisk, dvs. og bevisst gjøre seg bruk av egen personlighet og kunnskaper med sikte på å bevirke forandring hos den syke. (Travelbee1999).

Martinsen(2005) skriver også om relasjoner! Relasjoner og avhengighet blir sett på som grunnleggende i menneskers liv. De spontane livsytringene som tillit, barmhjertighet og medfølelse er grunnleggende for at menneskelig samvær kan bestå og utfolde seg. Gjennom avhengigheten til andre mennesker vil den enkelte utvikle selvstendighet og realisere seg selv. For at mennesker skal kunne forstå og hjelpe hverandre, må det være noe som binder partene sammen i et fellesskap der de kjenner normene, reglene og virksomhetene. En balansert gjensidighet kjennetegnes av et likeverdig forhold, der begge parter gir og mottar omsorg. Martinsen(2005) skriver videre om sykepleiens grunnlag som er preget av engasjement, innlevelse, moralsk og faglig vurdering. Om tilliten skriver Martinsen(2005) at den er fundamental og skal ikke begrunnes. Tillit er elementært i enhver samtale og i vår holdning til den andre, og med vår holdning kan vi gjøre den andres liv truende eller trygt. Sykepleieren har bare to muligheter. Den ene er å ta vare på den andres umiddelbare tillit, den andre er å ødelegge grunnlaget for tilliten(Martinsen2005).

Kommunikasjon kan ifølge Travelbee (1999) betraktes som en prosess for meddelelse eller overføring av tanker og følelser. Det er gjennom kommunikasjon sykepleieren formidler omsorg, som regel non- verbalt dvs. overføring av budskap uten bruk av ord, eks. ansiktsuttrykk og kroppsbevegelser. Lytting er en aktiv prosess som krever evne til å fokusere hele sin oppmerksomhet om den andre. En viktig årsak til at kommunikasjon bryter sammen er at en lar være å lytte til den andre.(Travelbee1999).

2.3 Kommunikasjon og relasjon.

”Begrepet ”kommunikasjon” kommer av det latinske communicare, som betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i, ha forbindelse med. I dagligspråket brukes begrepet om en rekke fenomener, fra personlige samtaler med en eller flere personer.” (Eide & Eide2007 s.17).

Som hjelper og profesjonsutøver inngår man i følge Eide & Eide (2007) i ulike typer relasjoner, og at enhver relasjon aktualiserer etiske spørsmål og dilemmaer. God

kommunikasjon kan bidra til å løse etiske problemer. På den andre siden kan manglende etisk refleksjon føre til brudd på prinsipper for god profesjonell og hjelpende kommunikasjon. Som hjelper er den viktigste relasjonen den man har til pasienter og pårørende. I de ulike relasjonene vi inngår i, handler det om identitet, om hvem vi er og hvem vi bør være som profesjonsutøvere. Kommunikasjonsetikk blir slik sett et spørsmål om profesjonell identitet, om hvem jeg vil være som hjelper og representant for institusjonen. Etikk blir et spørsmål om holdninger, om verdier i praksis. Sentrale verdier i hjelpeyrke er omsorg, respekt, fagkunnskap og kvalitet(Eide & Eide2007).

En hver relasjon er en maktrelasjon skriver Løgstrup(2000). Det gjensidige maktforholdet mellom mennesker innebærer en etisk fordring til den enkelte. Grunnen til dette er at vi ikke kan forholde oss personlig til andre uten nettopp å utlevere oss, sette noe av oss selv på spill. Løgstrup(2000) skriver videre at selvutlevering er et av livets grunnfenomen og har sine røtter i en naturlig tillit og en forventning om å bli tatt imot, forstått og akseptert. Som mennesker er vi slik sett utlevert andre som også innebærer makt og gjensidig avhengighet(Løgstrup2000).

Å utvikle felles forståelse og fellesskap skjer ifølge Hummelvoll (2004) i et dynamisk samspill mellom mennesker, og at psykologiske forhold knyttet til selvbildet, rolleoppfatning og dermed forventninger til seg selv og andre vil ha betydning for forløpet av kommunikasjon. Situasjon og omstendigheter varierer og vil derfor virke inn på klima og atmosfæren samhandlingen skjer innenfor. Hummelvoll(2004) skriver at for å mestre å tilpasse seg de ulike omstendighetene er vesentlig å forstå, når en allianse mellom sykepleier og pasient skal utvikles. Hummelvoll(2004) skriver videre at målet for psykisk helsearbeid er å nærme seg pasientens selvforståelse og hans opplevelse av verden. Dersom en møter med en slik åpen og innlevende forståelse vil det gi grunnlag for å vise seg selv. Men hvor nært andre mennesker slipper inn i vårt rom, avhenger av personlig trygghet og graden av tillit og kjennskap(Hummelvoll2004).

Når en som hjelper står overfor personer som er fremmede for seg selv for eksempel at de ikke tillater seg å føle visse følelser kan ifølge Eide & Eide (2007) hjelperens anerkjennelse bli en vei for klienten til og se seg selv med hjelperens aksepterende og respektfulle blikk, og klienten forandres. Det er da virkelig kommunikasjon og forandring kan oppstå(Eide & Eide2007).

Å ivareta hensyn til rettferdighet er i stor grad et spørsmål om kommunikasjon i følge Eide & Eide(2007). Hvorvidt en møter personer som er forskjellig fra en selv, tyder mye for eksempel

på at visse pasientgrupper blant annet pasienter med psykiske problemer og rusmiddelavhengige i større grad enn andre har risikert dårligere behandling. Å skape et rettferdig møte forutsetter at hjelperen legger egne fordommer til side. Å kommunisere moralsk kritikk er fort gjort. Et skeptisk blick eller en kritisk bemerkning. Moralsk kritikk er verken hjelpende eller rettferdig. Det vil bryte ned motivasjon og styrke til å gjennomføre det en ønsker. Alt tyder på at den beste hjelp til forandring kommunikativt er anerkjennelse og møte den andre på hans premisser der han er med støttende og bekreftende kommunikasjon.(Eide & Eide 2007).

Når du er en ting blant andre ting, er det de andre som bestemmer hvem du er skriver Schibbye(2002) karakteristisk for det uopprinnelige forholdet er rivalisering og avhengighet. Vi klarer oss ikke uten andres bifall. Når vi lar vårt selv bestemmes av det ytre og de andre blir vi avhengige, og for å ha verdi må vi konkurrere og vinne andres beundring. Tanker om det uopprinnelige og om eksistensiell angst gir oss en forståelse av hva vi selv og klienter sliter med(Schibbye2002).

Den gode relasjon er en helseressurs- av og til den viktigste skriver Ekeland(2007). Det handler om hvordan subjektive kvaliteter som mening, tro og håp aktiverer pasienten sin selvlegende krefter. En kan lære seg gode teknikker for kommunikasjon, men det nytter lite om ikke den andre føler seg anerkjent og respektert som subjekt. Den flinke kommunikator blir da en manipulator som svekker sitt formål av det god kommunikasjon bygger på, nemlig tillit, og tillit hører til subjektets suverenitet. Om tillit mangler er det en ellers gjør bortkastet.(Ekeland2007).

2.4 Relasjon og myndiggjøring.

Den gode relasjon handler også om å kunne myndiggjøre. I følge Renolen(2008) handler empowerment, ”myndiggjøring” om å mobilisere og styrke individets egne krefter til å få kontroll og ta ansvar for eget liv, samt motvirke følelsen av avmakt. Renolen(2008) skriver også at empowerment- perspektivet også er utsatt for kritikk fordi ikke alle som søker hjelp greier å mobilisere egne krefter, men tvert imot forventer at andre tar avgjørelser for dem, ikke alle har kraften som skal til for å ta tak i eget liv(Renolen2008).

Ifølge Eide & Eide (2007) er en forskjell fra tidligere tider at den profesjonelle omsorgsrollen i dag er mer rettet mot å bestyrke pasienten til egenomsorg og selvbestemmelse. Dette setter hjelperollen under jevnlig debatt, og en etisk refleksjon over grensene mellom omsorg, formynderholdninger og maktbruk. Omsorgsansvaret for å yte hjelp til den som trenger det, kan lett komme til å krenke den andres selvbestemmelse og integritet. Skille mellom å ta ansvar for og ta ansvar fra en person er lite (Eide & Eide 2007).

En positiv holdning til at bruker har kunnskap om seg selv og sin bedring, kan bringe noen utfordringer til praksisfeltet skriver Borg (2007) Bedringsprosesser går opp og ned, men de fleste kommer seg, og det klassiske bilde av kronikeren må tas vekk, håpefulle fagfolk må prege feltet. Kunnskapen om den kreative brukeren som legger vekt på egen drivkraft, er positive nyheter for samarbeidet om de individuelle planer, det vil gi gode muligheter for felles innsats og virksomme relasjoner mellom bruker og fagperson. Borg (2007) skriver videre at en aktiv bruker med kunnskap om seg selv skaper behov for maktfordeling om hvilke valg og kunnskap som skal ha mest gyldighet. De profesjonelle skal ikke underkjenne sin faglige erfaring og kompetanse, men kanskje vise evne og vilje til å begrunne sitt syn og til forhandlinger i avgjørelsesprosesser (Borg 2007).

I følge Fjørtoft (2006) er et forhold med brukermedvirkning som kan være vanskelig, er når brukeren tar beslutninger på tvers av det du som fagperson mener er det beste. Dette er et kjent faglig etisk dilemma. Endringer i brukerens rolle og delaktighet må også få konsekvenser for fagpersonens rolle. Å gi fra seg noe av kontrollen betyr ikke å gi fra seg ansvaret eller å overlate alt til pasienten. Som fagpersoner må vi bidra med våre kunnskaper og ferdigheter for å sikre at brukeren får den hjelpen han trenger, og samtidig ivareta retten til medvirkning (Fjørtoft 2006).

Vik (2007) skriver at grunnen til at begrep som brukermedvirkning er blitt mer vanlig kan være generelle ideologiske endringer i samfunnet. Tidligere var ”den gode pasienten” passivt behandlingsmottagende. Nå blir det i større grad forventet at pasientene tar aktivt medansvar for tilfriskningsprosessen, og det har vist seg at pasienten har blitt snarere frisk dersom han selv får arbeide aktivt for å bli det. Vik (2007) skriver videre at statusforskjellene i samfunnet er blitt reduserte, som spesielt er blitt tydelig innenfor psykiatrien der kommunikasjonen er sentral. Fordi kommunikasjon har som formål å frigjøre og mobilisere pasientens tilfriskningsressurs, fungerer den alltid best mellom personer som har om lag lik status. Statusforskjeller hemmer kommunikasjon (Vik 2007).

Empowerment er en holdning som kommer til uttrykk gjennom praktisk kommunikasjon. Hjelpende kommunikasjon er pasientrettet og er en forutsetning for empowerment. Praktiske ferdigheter i hjelpende kommunikasjon er i denne sammenheng ferdigheter i å takle konkrete kommunikasjonssituasjoner på hensiktsmessige måter, dvs. hjelpende, støttende og problemløsende. (Eide & Eide2007)

Autonomi handler om å være selvstendig å kunne ta egne valg skriver Røkenes(2006). Det å få støtte når det gjelder selvbestemmelse, blir sett på som viktig for å utvikle seg optimalt. Selvbestemmelse er prosesser som bidrar til integrasjon og sammenheng mellom følelser og intellekt, kropp og psyke, og som skaper en opplevelse av identitet og egenverdi(Røkenes2006).

3.0 Metode.

Ifølge Tranøy defineres metode som en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare. Metoden forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Begrunnelsen for å velge en bestemt metode er at vi mener den vil gi oss gode data og belyse spørsmålet vårt på en faglig interessant måte (Dalland 2000 s.83).

3.1 Litteraturstudie.

Denne oppgaven er en litteraturstudie. Forsberg & Wengstrøm (2008) skriver at i en litteraturstudie presenteres resultatene først i en oversiktlig del, denne etterfølges senere av en mer detaljert faktabeskrivelse og analyse. Artikkene i denne oppgaven har jeg prøvd og finne hvilke data jeg stoler mest på. Deretter sortere hva jeg i artikkene ut ifra design, datasamlingsmetode, analysemetode og identifiserer nøkkelord, metaforer, ideer og begrep. Hensikten med en litteraturstudie er å beskrive kunnskap som er innenfor et tema. I en systematisk litteraturstudie finnes gode studier som er gjort fra før som jeg kan bygge min oppgave på. Jeg får da et underlag for drøfting og resultat i litteraturstudien som skal gjøres. Jeg har en problemstilling som jeg ønsker å få svar på, deretter må jeg systematisk gå igjennom den litteraturen som alt er gjort på dette feltet. For å finne hvilke artikler jeg ville benytte meg av så jeg selvsagt på overskriften om den inneholdt noe i den retning jeg var ute etter, deretter hvilke temaord de hadde brukt, dersom ordene stemte med tema jeg hadde i min oppgave leste jeg sammendraget i artikkel. Jeg opplevde ofte at fordi om temaordene stemte, var det helt andre tema som var forsket på enn det jeg var ute etter. Jeg fant tilslutt fire artikler og en masteroppgave som var i samsvar med min teori, erfaring fra praksis og som kunne svare på min problemstilling.

I denne oppgaven har jeg med tre kvalitative forskningsartikler fordi jeg vil ha med litteratur som sier noe mer enn bare målbare enheter. Jeg har bruk for å fange opp meninger og gå i dybden av dem. Metoden innehar et forståelses- og nærhetsaspekt med få, og står sterkt med tanke på relevans. (Dalland 2007). Fokuset er hvordan sykepleier kan få til en god relasjon.

Jeg har også brukt kvantitativ forskningsartikkel, jeg får da frem målbare enheter om den informasjonen jeg ønsker å hente inn(Dalland2007). Kvantitative studier søker å klassifisere, se sammenhenger, stille diagnoser og til dels å forklare(Forsberg & Wengstrøm2008).

Jeg har også valgt å ta med en master – hovedoppgave, som er en kvalitativ forskningsstudie. Jeg synes den var relevant å bruke i min oppgave.

3.2 Litteratursøk.

Søkeprosessen begynte med at jeg avgrenset meg til et tema: Hvordan kan sykepleier bidra for å få en bedre relasjon til unge / voksne på institusjon med dobbeldiagnose. Og ut ifra det så brukte jeg søkeordene: Dual diagnosis, substance abuse, psychiatric- nursing, mental health, communication, relationship, nursing, empowerment, youth, nurse- patient relations, full text, addicted, attitude, adolescent.

BIBSYS og høyskolebibliotekets helsefaglige dataressurser ble benyttet. Søkehistorien er lang og jeg har måttet lese en god del sammendrag og oversetting til norsk for å få med meg det som var relevant i artiklene, så veien har vært lang. Har søkt i Pro Quest, Academic Search Premier, CINAHL. SveMed og Vård i Norden. Artiklene som jeg har valgt å benytte meg av er hentet fra tidsskrift i Academic Search Premier og CHINAL. Jeg har også fått tips av min veileder til å komme frem til artikler.

Coombes & Wratten. I: CINAL: nurse – patient relations15445 > dual diagnosis11. Denne var også, I: Academic Search Premier: dual diagnosis2855 > psychiatric-nursing14.

Shattel. Starr & Thomas. I: CHINAL: Substance abuse22010 > nursing1849 > relationship67, jeg fant den i artikkel nr. 13.

Wadell & Skarsater. I: CHINAL: dual diagnosis1851 > psychiatric–nursing70 > relationship4.

Hansen et.al. I: Academic Search Premier: substance abuse70312 >empowerment323 >patient relation8.

Skjellet, T. I: BIBSYS / Brage. Masteroppgaver.

Litteraturen som jeg benytter satte jeg som kriterium at ikke skulle være eldre enn etter år 2000, med unntak av Travelbees sykepleierteori utgitt i 1999. Dette er for at jeg ønsker å bruke den mest oppdaterte forskningen på dette feltet og for å få det mest relevante svaret på min problemstilling. Jeg ville ha artikler med både kvalitativ og kvantitativ forskning fordi begge metodene er aktuelle å ta med i forhold til min problemstilling. Jeg har også lett etter artikler som inneholder litteratur som oppgaven bygger på. Artikkel publisert i et anerkjent vitenskaplig tidsskrift skal etter reglene tilsi en primærpublisering av originalarbeid hvor kritisk granskning er foretatt av eksperter innen området (Forsberg & Wengstrøm 2008).

3.3 Kildekritikk og forskningsetiske overveielser.

I følge Dalland (2007), er kildekritikk de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Hensikten med kildekritikk er å gi leseren del i refleksjonene jeg har gjort meg om hvilke relevans og gyldighet litteraturen har når det gjelder å belyse problemstillingen. Det er da nødvendig å gjøre rede for tilgangen på litteratur. Jeg har gjort litteratursøkene mine gjennom søkemotorer som er anbefalt av HSH bibliotekets ressursider. Og kun benyttet meg av litteratur som er fra anerkjente tidsskrift og forfattere. Jeg har prøvd mest mulig å benytte meg av primærkilder da de oftere er mest troverdige, fordi disse vet vi er rett referert. For å belyse problemstillingen på en mest mulig objektiv måte er studier som omhandler både sykepleiers og brukers perspektiv tatt med. Jeg har søkt å behandle kildene riktig og unngå plagiering ved å følge HSH's retningslinjer for kildebruk og referanseliste.

3.4 Presentasjon av forskningsartikler.

Coombes,L. & Wratten,A. (2007). The lived experience of Community mental health nurses working with people who have dual diagnosis: Det ble gjort en kvalitativ studie med fenomenologisk tilnærming. Det ble da gjort intervju av syv psykiatriske sykepleiere. Det var tre menn og fire kvinner som varierte fra nyutdannet til femten års praksis med erfaring fra klienter med dobbeldiagnose. Hensikten med studien var å undersøke hvilke erfaringer psykiatriske sykepleierne i kommunen har i forhold til personer med dobbeldiagnose. Tretten tema ble knyttet til tre store temaer som ble identifisert.

Shattel, M., Starr,S. & Thomas,S. (2007). Take my hand, help me out` : Mental healt servise recipients experience of the therapeutic relationship. Dette er en sekundær analyse av kvalitative intervjuer av 20 personer med psykiske lidelser i en alder av 21 – 65 år. Det var åtte menn og tolv var kvinner, som bodde i kommunale boliger. Hensikten med denne studien var å beskrive psykisk helsevern og mottakerens opplevelse av den terapeutiske relasjonen. Problemstillingen var ” hva er terapeutisk med den terapeutiske relasjonen? Data ble analysert ved hjelp av en eksistensiell fenomenologisk tilnærming.

Wadell, K. & Skarsäter, I. (2003) Nurses`experiences of caring for patients with a dual diagnosis of depression and alcohol abuse in a general psychiatric setting.Det ble gjort en gjort en svensk kvalitativ studie på tre psykiatriske avdelinger på to sykehus. Pasientene på disse avdelingene er i den akutte fasen av generelle og affektive psykiske lidelser. Studie gruppen består av 11 sykepleiere. Inkluderings kriteriet var å ha erfaring fra klienter med dobbeldiagnose. Informantene var ni kvinner og to menn i en alder mellom 33 – 64 år, som hadde sykepleie erfaring mellom 1 – 38 år. Tre av sykepleierne var psykiatrisk sykepleiere. Hensikten med denne studien var å beskrive psykiatriske sykepleiers opplevelse av omsorg for personer med dobbeldiagnose med alvorlig depresjon og alkoholmisbruk.

Hansen, T. Hatling, T. Lidale, E. & Ruud, T. (2002). Discrepancies between patients and professionals in the assessment of patient needs. Dette er en kvantitativ studie av norsk psykisk helsevern. Hensikten med studien var å undersøke respekten for brukerperspektivet, som er viktige aspekter av brukersentrerte tjenester og situasjon i dagens psykisk helsevern. Lite er kjent om i hvilken grad ny politikk påvirker psykisk helsearbeid i praksis. Målet med studien var å undersøke avvik mellom pasienter og fagfolk i vurderingen av pasientens behov. Metode: Til sammen 1080 personer fordelt på 20 kommuner var med i undersøkelsen der pasienter og fagfolk gjennomførte separate spørreskjema om pasientens egenskaper og behov. Beskrivende statistikk og multiple regresjonsanalyse ble brukt til å utforske betydnings nivåer av avviket og prediktorer av avvik.

Skjellet, T. (2009). Veien fra alkoholavhengighet til rusfrihet – hva hjelper? Sett fra brukerens perspektiv. Dette er en masteroppgave der det er gjort et kvalitativt forskningsintervju av seks informanter, 4 menn og 2 kvinner mellom 42 – 60 år. Forskningsspørsmålet var, hvilke bedringsfaktorer bidrar til at alkoholavhengige personer blir rusfrie sett ut fra brukerens ståsted? Hensikten med studien var å øke kunnskapen blant behandlere om brukernes synspunkter og erfaringer med hva som hjelper for å bli rusfri. Målet er å utvikle en mer helhetlig behandlingstilnærming.

4.0 Drøfting.

4.1 Å bekrefte pasienten.

Sykepleierne i studien til Wadell & Skärsäter(2003) anser det som viktig å bygge opp en relasjon basert på tillit med pasienten som grunnlag for omsorgs allianse. Å vise tillit betyr å utlevere seg, våge seg frem for å bli imøtekommet i følge Martinsen(2005) tillit er elementært i enhver samtale og med vår holdning kan vi gjøre den andres liv truende eller trygt.

Ekeland(2007) skriver om tillit mangler er mye av det en ellers gjør bortkastet. Tillit er en ressurs som kan skape håp, og håp skaper forventninger, deretter skapes aktiviteter som kan realisere håpet. Dette er selvforsterkende prosesser som i noen tilfeller gir tro på at tiltaket øker sjansene for et godt resultat. Omsorg er et grunnlag for en terapeutisk funksjon og at terapi ikke kan finne sted uten respekt og tillit i følge Vatne(2006). Det går i tråd med Hummelvoll(2004) når han peker på at sykepleiere må arbeide bevisst for å utvikle tillitsforhold til pasienten slik at åpenhet blir mulig. Hvor nært andre mennesker slipper inn i vårt rom, avhenger av personlig trygghet og graden av tillit og kjennskap

Topor(2004) fant i sin studie at når det gjelder å hjelpe mennesker med alvorlig psykisk lidelser, er ikke relasjonen bare viktig men synes å være avgjørende for om tiltak skal kunne virke positivt for bedringsprosessen. Dette er i tråd med det Vatne(2006)skriver, at mange studier peker på at kvaliteter ved relasjonen med pasienten har sammenheng med bedringsprosesser hos pasienten, det blir nevnt håp og mestring som sentrale kvaliteter i bedringsprosessen. En viktig hindring for å skape håp er sykepleierens svake forventninger til pasienten. Dette glir inn i Skjellet(2009)sine funn i studien om at det er flere sammensatte bedringsfaktorer som gjensidig påvirker hverandre, bl.a. ble det nevnt viktigheten av den gode relasjonen til helsepersonell samt håp og tro. Håpet blir en kraft som gir styrke til ikke å gi opp, og håpet utvikler seg til en tro, ikke nødvendigvis knyttet til en religion, men en tro på at det finnes muligheter til å få det bedre. Det enkelte menneskets håp er avhengig hvordan det blir møtt av andre. En pasient formulerte dette på følgende måte: ” *Hjelperen tente et håp i meg, og det håpet ble utviklet til en tro på at jeg skulle klare å bli edru, og forbli edru*”. Det blir nevnt viktigheten av den gode relasjonen i studien, den er basert på likeverdighet, dvs. at sykepleieren møter pasienten som person og ikke som rusmisbruker. Det betyr at sykepleieren ser det unike i pasienten. Dette er i tråd med Travelbee(1999) sin teori som er opptatt av at mennesket er et unikt individ som hele livet er i vekst, utvikling og endring.

I studien til Shattel, Starr & Thomas(2007) er det å forstå, lytte og at sykepleierne tar seg tid avgjørende, dersom den terapeutiske relasjon skal nå sitt potensial. Pasientene antyder behovet for omsorg og at de noen ganger føler seg skyldig i å be om hjelp når de føler at sykepleier ikke har tid å være sammen med dem. En pasient uttrykker behovet for tid med sykepleier med denne uttalelsen: *”Jeg kan overleve, men ikke videre uten støtte. Går jeg min egen vei, har jeg tilslutt brukt meg opp”* I studien til Wadell & Skärsäter(2003) er det sykepleierne som beskriver viktigheten av å ta seg tid for å bygge opp en god relasjon. Dersom pasienten får tid til å bygge opp tillit, kan det bidra til at pasienten etter hvert åpner seg for sine problemer. Hastighet og travelhet er en ødeleggende kraft for menneskelig nærvær skriver Martinsen(2005) vi kan finne fotfeste i samtalen, men det fordrer et nærvær som plasserer oss i tid og rom der vi tar og gir hverandre tid, vi blir dermed stilt inn der vi befinner oss i forhold til det vi samtaler om. Det dreier seg om kunsten å være langsom i de korte møtene. Her kommer begrepet anerkjennelse inn, som i følge Schibbye(2009) innebærer at den andres indre opplevelsesverden blir fokusert og verdsatt som en selvfølge nettopp fordi det dreier seg om et menneske. Det skal hjelpe oss med å tilordne relasjonell opplevelse, det må utprøves og revideres i forhold til ny opplevelse. Anerkjennelse er ikke noe vi har, men noe vi er. Sentralt i gjensidig anerkjennelse ligger verdien likeverd skriver Vatne(2006) som innebærer at partene har like stor rett til sin egen opplevelse, og at vi henvender oss til hverandre som subjekter. Likeverdighet er selve ledetråden i sykepleier – pasient – felleskap, det innebærer at et helhetlig jeg møter et helhetlig du, her arbeides det frem en ekte og gjensidig respekt for menneskets integritet og verdighet (Hummelvoll2004).

Det blir nevnt at det å forstå og bli lyttet til i studien til Shatell, Starr & Thomas(2007) er avgjørende for en terapeutisk relasjon skal nå sitt mål. Nå ligger det inn i begrepet anerkjennelse, men evnen til å lytte er vesentlig i følge Hummelvoll(2004) denne evnen er selve hjørnesteinen i den terapeutiske holdning. Å lytte er en aktiv tilstand som krever at vi er åpen og tilstede. Når vi lytter bruker vi alle sanser for å få fatt i de følelser som ligger bak ordene. Dette er i samsvar med Vatne(2006) som skriver at det å lytte aktivt ikke er det samme som å høre tematisk hva pasienten sier, men å lytte bak ordene det pasienten sier. Åpenhet og skjerpning av sansene med hensyn til hva pasientene uttrykker, og at vi forsøker å dele det vi har oppfattet med pasienten, istedenfor å komme med saklige begrunnelser. Mye av brukerne sin kritikk mot helse – og sosialpersonell er ofte på grunn av dårlig subjektivisering skriver Ekeland(2007) vi tar oss ikke tid, lytter dårlig, er arrogante og

uhøflige. Folk kan tåle en del feil og svakt faglig arbeid bare vi som fagfolk oppfører oss skikkelig og viser brukerne respekt.

4.2 Kunnskap for å bidra til en bedre forståelse for mennesker med dobbeldiagnose.

I studien til Combes & Wratten(2007) blir det rapportert at det er vanskelig å forstå begrepet dobbeldiagnose. De er usikre på om det er rusmisbruket som hadde gjort klienten psykisk syk eller om den psykiske lidelsen har vært tilstede før rusmisbruket har begynt. De synes de manglet fagkunnskap for å arbeidet med mennesker som har rus og samtidig psykisk lidelse.

Begrepet dobbeldiagnose er mye brukt om personer med alvorlig psykisk lidelse med rusmisbruk skriver Jordahl & Repål(2009) Begrepet er litt misvisende da mange pasienter sliter med en rekke lidelser og vil derfor tilfredsstillende kriterier både for psykose, depresjon, angst og rusmisbruk. I følge Mueser et.al.(2006) ligner sykdomsforløpet til personer med dobbeldiagnose forløpet for personer med primær ruslidelse, men kompliseres av en økt risiko for utagerende atferd, tilbakefall og sykehusinnleggelses, i tillegg til psykososiale problemer. For å bedre den langsiktige prognosen for personer med dobbeldiagnose, er den primære målsettingen å integrere behandling av psykiske lidelser og ruslidelser. Uten integrert behandling risikerer pasienter å få behandling for en av lidelsene, men ikke for den andre, eller behandling av to forskjellige behandlere. Et manglende langsiktig perspektiv kan ende med at behandlingen avbrytes for tidlig og at behandlingsresultatene reverseres.

Lignende funn gjorde også Wadell & Skärsäter(2003) der argumenterer sykepleierne at de ikke har tilstrekkelig kunnskap og utdanning. De føler de trenger mer opplæring i hvordan de skal nærme seg og håndtere pasientene. Å øke kunnskap blant behandlere var også Skjellet(2009) sin hensikt med studien. Målet er å utvikle en mer helhetlig behandlingstilnærming ved hjelp av brukerens synspunkter og erfaringer med hva som hjelper. Funnet viser at for å bli rusfri, må flere sammensatte bedringsfaktorer gjensidig påvirke hverandre, blant annet viktighet av rammer og struktur, samspill og relasjon til andre. Klienter med dobbeldiagnose er i stand til å spille en viktig rolle, både når det gjelder å

håndtere lidelsen og for å oppnå behandlingsmål. I nytt behandlingsprogram bør opplæring i dobbeldiagnosefeltet stå sentralt. Å endre klinisk praksis omfatter å utvikle nye holdninger, kunnskaper og ferdigheter, som er basert på egne og andres erfaringer i nyskapende behandlingsprogramm(Mueset.al.2006).

Sykepleierne i studien til Combes & Wratten(2007)rapporterer at de sliter med å jobbe i et system der det er mange som ikke ønsker å ha noe å gjøre med mennesker som har dobbeldiagnose. Det ser ut til at mange av instansene har problemer med å se klienten sitt perspektiv på lidelsen og at det eksisterer en del moralisering og intoleranse rundt problematikken. Det kan også virke som om enkelte av fagfolkene har fordommer og negative holdninger til denne gruppen mennesker.

Når klienter forverrer egen prognose gjennom bruk av rusmidler, er det lett å bli frustrert og moraliserende overfor klienten skriver Jordahl & Repål(2009) Tidvis kan det virke som om omgivelsene har urealistiske forventninger til behandlingsmålene. En åpen og ikke dømmende holdning fra behandler kan bidra til å skape allianse. Rus er et ideologisk og følelsesmessig ladet problemområde i vår kultur, og det er viktig som fagarbeider å ha et bearbeidet forhold til egne verdier. Dette tolker jeg som at der kan være stigma og negative og moraliserende holdninger overfor denne brukergruppen, eks. som at de er skyld i det selv, de blir vist liten respekt og har vanskelig for å bli hørt og møtt. Det er forbundet med noe ukjent og at det sprer seg en del usikkerhet og bekymring. Behandlingspersonal har skåret høyt på EE (Expressed Emotion dvs. kritiske kommentarer, fiendtlighet og emosjonell overinvolvering) i flere undersøkelser. Det virker som om negative og kritiske holdninger kommer til uttrykk overfor brukere som oppfattes som vanskelige. Dette er gjerne brukere som personalet opplever har liten samarbeidsevne eller en impulsiv og provoserende atferd(Jordahl & Repål2009).

Dette har jeg eksempel på fra min praksisperiode da det ble fullt opp med brukere på avdelingen og for lite ansatte i forhold til belegget på huset. Dette medfører at personalet får flere klienter pr. team og føler dermed de får mindre tid til oppfølging. Pga. sykdom, permisjon etc. har de stadige forespørsler om ekstravakter. Frustrasjonen som bygger seg opp på vaktrommet begynner å vise seg med liten tålmodighet ute i miljøet. Personalet har press fra høyere hold om brukere ikke snart er klare for å komme i videre faser, ventelistene er lange. Da en av brukerne har en sprekk etter nesten et års behandling, er det null toleranse, og han må umiddelbart flytte ut. Dette er en ond sirkel å komme i, og uheldig for personalet å være i, men det vil uansett på alle måter ramme den svake part hardest.

Det er viktig å lufte egne følelser av utilstrekkelighet i et trygt og støttende miljø. Å arbeide med langvarige lidelser er ofte møysommelig og tidkrevende. Det tar ofte tid før en ser resultater. Å gjøre ting som en i ettertid føler burde vært gjort annerledes, hører med til hverdagen. Jordahl & Repål(2009)peker også på at det er viktig at personalet lærer seg å takle situasjoner som er forenlige med lav EE. For å klare det må de ha en felles ideologi, som dreier seg om grunnleggende retningslinjer for det arbeidet en gjør.

4.3 Å være bevisst utfordring omkring myndiggjøring.

Hansen, T. et.al.(2002) viser i sin studie om brukermedvirkning at fagfolk / helsearbeidere har identifisert over dobbelt så mange behov enn brukerne, og at fagfolkene har en tendens til å identifisere flere behov der brukerne viser symptomer på kognitiv funksjonshemming. Dette kan tyde på at fagfolk er følsomme for den enkelte – spesifikke og har tendens til å bruke stereotyper om vekt på behov rundt behandling / terapi og faglig oppfølging. Den innstilling fagfolkene har, indikerer en mangel på tillit hos brukeren. På en annen side viser resultatene at noen brukere undervurderer sitt behov for bistand. Det betydelige avviket kan tyde på lav faglig vekt på selvbestemmelse.

Skjellet, T. (2009) løfter også frem brukerperspektivet i sin studie ved å trekke frem brukerens erfaringer med hva som hjelper for å bli rusfri. Forskningen viser at bedringsprosesser er knyttet til aspekter til brukeren og hans / hennes miljø, kvaliteter mellom bruker og hjelper blir også nevnt for å være viktige for bedringsprosessen. Kun 15 % tilskrives behandlingsmetoden, men at behandlingen som drives skal være faglig fundert når det gjelder fag- og erfaringskompetanse.

Empowerment ”myndiggjøring” er ord som er mye brukt de senere år, også innen psykiske lidelser og ruslidelser skal denne retten gjelde. Hvordan det skal praktiseres er ikke alltid like enkelt å få til, vi må da bevege oss over til hvilken holdning til maktfordeling den enkelte har i relasjonen. Omsorgens utfordring er å bli klar over dilemmaet, skjønnet er nødvendig for at vi ikke skal tippe over skriver Martinsen(2005) dette tolker jeg som at min etiske vurdering til maktforholdet i situasjonen vil påvirke brukerens livsmulighet, og at dette igjen vil ha betydning i relasjonen om den inneholder tillit/ mistillit. Dette samsvarer med erfaring fra min praksisplass i psykiatrien, der det sammen med brukeren blir utarbeidet en detaljert tiltaksplan som inneholder områder brukeren skal jobbe spesielt med under oppholdet. Når bruker under

behandling blir dårligere og ikke makter å følge oppsatte rutiner, må det kunne gjøres unntak for en periode og ikke avstraffelse ” en slår ikke ned et menneske som allerede er nede”. Jeg har full forståelse at struktur og rutiner er en del av behandlingsopplegget og må til for å kunne drive et slikt sted, ellers kan det fort gli ut til kaos. Når det går utover fysisk helse, må vi ha tillit til det bruker sier og ta det til etterretning. Dersom vi som fagfolk i større grad ser brukeren som ekspert og tar innover oss hva han/hun opplever, kan det gi en opplevelse av mer kontroll i eget liv. Topor(2007) skriver noe lignende om at mange av de tidligere pasientene har beskrevet kontrasten mellom de profesjonelle som har vært til hjelp, og de som har hindret dem i bedringsprosessen. Det som ofte kjennetegner disse er at rutiner og regler har blitt viktigere enn personen som skal få hjelp. Da vil jeg igjen henvende meg til Martinsen(2005)som skriver at et tillitsforhold ikke bygges opp ved å handle ut fra regler, men ut fra erfaring og skjønn der en bruker reglene på en annen måte enn som ytre dominerende påbud.

Empowerment går ut på at den som er definert inn i en klient – rolle, skal bli ”myndiggjort” skriver Aadnanes(2007)dvs. at personer som står i en reell asymmetrisk relasjon og er avhengig av profesjonell hjelp, skal kunne agere som selvstendige person og ta egne valg innenfor denne relasjonen. Et slikt forhold vil alltid være i fare for overkjøring av den svake part, og er en viktig utfordring for det omsorgsetiske perspektivet. Menneske har behov for hjelp som ser ut til å ligge til grunn for de profesjonsetiske utfordringene, og at ulike målsettinger vil korrespondere med ulike moralske ”dyder” hos hjelperne.

Dette er i tråd med studien til Hansen et.al.(2002) der fagfolkene identifiserer behov, men ikke brukerne. Det at de forsøker å presse behandling på brukerne, virker som om paternalisme påvirker det psykiske helsearbeidet. Brukerne opplever oppmerksomheten av overvåkingen som merking og stigmatiserende. I enkelte av tilfellene kan det tyde på at fagfolk brukte sin makt på en velgjørende måte for å hjelpe brukere med betydelige problemer i å ta ansvar for seg selv.

At innholdet i menneskeverdbegrepet kan være knyttet til integritet og myndiggjøring, vises i helsetjenestens grunnverdier som går ut på at sykepleie og behandling skal bygge på pasientens autonomi og integritet. Det vil ifølge Hummelvoll(2004)si at mennesket har rett til å opprettholde sin verdighet uansett ytre forhold, og at menneske har rett til selvbestemmelse, men at det ikke alltid har evne eller krefter til å utøve denne retten. Den kan dermed overlates til en annen person. Det kan aldri integriteten, den kan bare krenkes eller respekteres(Hummelvoll2004).

I studien til Shattell et.al.(2007) blir begrep som ”autentisk” som omfatter mange av de personlige egenskaper enkelte sykepleiere har og som blir ansett som viktige av deltakerne. Autentisk, blir beskrevet som, ” ned til jorden”. Det betyr at de deler makten i et forhold og lar klienten få være et individ. Det virker også som om de er villige til å samhandle fullt ut i klientens liv og blir kjent med klientene som individuell, i stedet for en diagnose eller stereotype. Denne studien støtter også klassiske teorier som for eksempel terapeutisk relasjon, der makten deles mellom tjenestemottaker og tjenesteyter. Martinsen(2005) forklarer at det å stige ”ned” vil si å være engasjert til stede i situasjonen ut fra det som tjener den andre best.

Mange oppfølgingsmekanismer og strategier som innebærer tvang vil fjerne noe av pasientens eget ansvar og overfører det til andre. Sykepleierne pålegges dermed et stort ansvar for å bevisstgjøre pasientens ansvar for seg selv. For dobbeldiagnosepasienter kan det gå lang tid før de etablerer en trygg relasjon. Ved å følge opp pasientens egne ønsker styrkes både motivasjonen og selvkontrollen og det vil gi et eierforhold til behandlingen. Dersom det gjennomføres tiltak der pasienten verken spiller noen rolle eller har kontroll, kan resultatet føre til en sterk følelse av håpløshet og fortvilelse og dermed skade arbeidsalliansen i følge Mueser et.al.(2006)men dersom intervensjonen tilnærmes med respekt og vilje til samarbeid, kan den terapeutiske alliansen styrkes samtidig som pasientens motivasjon bevares eller økes.

Ved min praksisplass var brukerne med og utarbeidet en individuell plan og detaljert tiltaksplan. De var også delaktige i felles møter, der de selv foreslo tema til diskusjon, men det var fagfolkene som avgjorde hvilke tema som ble valgt og det var også de som ledet møtene. Det var også overgang i faser der støtte og beskyttelse blir redusert og ansvar og autonomi blir økt, dette er det ikke brukerne som avgjør når de er klar for. Det må de søke skriftlig til hjelperne, deretter avgjør fagfolkene om de skal få tillatelse til å gå over til neste fase.

Til dette vil jeg henvise til Borg(2007) som skriver at brukerperspektivet fremdeles er mer et ideal enn et grunnlag i norsk helse- og sosialtjeneste. Det er viktig å belyse og diskutere ulike maktforhold på en konkret måte, og legge vekt på hvilke felles muligheter makt kan gi. Maktens positive dimensjoner kan bidra til frigjøring av ressurser og roller, det kan også bidra til utvikling og skape ny kunnskap og erfaring. Det ser det ut som Hallandvik(2008) mener det samme når han skriver at brukermedvirkningen bare er symbolsk. Dersom vi aksepterer prøving og feiling og har vilje til å ta brukerne på alvor ved utforming av tjenestene og gjennomføring av tilbudene. Kan brukerorientering bli et sterkt virkemiddel til å styre helsetjenesten i retning av brukernes behov(Hallandvik2008).

5.0 Avslutning.

Gjennom min praksisperiode i psykiatrien fikk jeg kjennskap til mennesker med dobbeldiagnose dvs. samtidighet i rus – og psykisk lidelse. Jeg hadde ingen erfaring og kunnskap til mennesker med denne lidelsen fra før. Disse menneskene gjorde et sterkt inntrykk på meg, og jeg ble snart engasjert og tilegnet meg en god del litteratur i praksistiden. Fikk en veldig trang for å prøve å forstå og å hjelpe disse menneskene. Jeg har gjennom oppgaven tilegnet meg økt kunnskap og fått en større forståelse for hvordan jeg skal møte mennesker som lever med denne lidelsen. Det handler om å møte mennesket bak diagnosen. I oppgaven har jeg sett på hvordan sykepleier kan få til en god relasjon til unge / voksne med dobbeldiagnose. Det jeg har funnet i litteratur og forskning er at for å bygge opp en god relasjon må den være basert på gjensidig tillit, og at det tar lang tid for å etablere en relasjon basert på tillit hos dobbeldiagnose pasienter. Dette er en sårbar gruppe mennesker som har vanskelig for å bli akseptert og blir møtt med mange ganger, urettferdige holdninger. Ut fra forskningen som jeg har lest fører mangel på kunnskap om denne lidelsen til mye usikkerhet om hvordan vi skal møte disse menneskene for å nå dem. Standardiserte verktøy blir utarbeidet som skal følges likt for alle i en ”kategori” Det er bra å ha gode verktøy å gå etter, bare ikke mennesket som unikt individ kommer i skyggen av verktøyet.

Martinsen(2005) ”gylne regel” ”*slik som jeg vil at andre skal være med meg skal også jeg være med dem*”. Det kan være en god start å møte disse menneskene med den regelen i minne.

Referanseliste.

Aadnanes, P. M. (2007). Den uavhengige avhengige. I: T. H. Ekeland & K. Heggen (red.). *Meistring og myndiggjering – reform eller retorikk?* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Borg, M. (2007) Jeg ga aldri opp... I: M. Borg & A. Topor. *Virksomme relasjoner – om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. (2.rev.utg.). Oslo: Kommuneforlaget AS.

Borg, M. (2007). En brukerorientert praksis. I: M. Borg & A. Topor. *Virksomme relasjoner – om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. (2.rev.utg.). Oslo: Kommuneforlaget AS.

Coombes,L . & Wratten,A. (2007) *The lived experience of community mental nurses working with people who have a dual diagnosis: na phenomelological study*. Journal of Psychiatric and Mental Nursing, 2007, 14. 382- 392. (Hentet 28.12.10).

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

Eide,H. & Eide,T. (2007). Hva er hjelpende kommunikasjon? I: H. Eide & T. Eide *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Ekeland, T.J. (2007). Kommunikasjon som helseressurs. I: T. J. Ekeland & K. Heggen (red.). *Meistring og myndiggjering- reform eller retorikk?* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Fjørtoft,A.K. (2006). *Hjemmesykepleie- ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke A/S.

Forsberg,C. & Wengstrøm, (2008). *At gjøre systematiske litteraturstudier*. (2.utg.) Stockholm: Natur och Kultur.

Hallandvik, J. E. (2008). *Helsetjeneste og helsepolitikk*. (3.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS:

Hansen, T. Hatling, T. Lidal, E. & Ruud, T. (2002). *Discrepancies between patients and professional in assessment of patient needs: a quantitative study of Norwegian mental health care*. *Journal of Advanced Nursing* 39 (6), 554 – 562. (Hentet 06.01.11).

Helse- og Omsorgsdepartementet. *St.prp. Nr.1 (2007- 2008). Opptrappingsplan for rusfelt*. Regjeringen.no.(hentet19.11.10).

Helse- og Omsorgsdepartementet. *13 Individuell plan*. Regjeringen.no. (Hentet19.11.2010).

Hummelvoll, J. K. (2004)*Helt - ikke stykkevis og delt*. (6.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Jordahl,H. & Repål,A. (2009). *Vedvarende psykoser og rusmiddelbruk*. I: H. Jordahl & A. Repål. *Mestring av psykoser*. (rev.utg.2009). Bergen Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Løgstrup, K. E. (2000). *Den etiske fordring*.(2. utg.). Oslo: J. W. Cappelens Forlag AS.

Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe AS.

Mueser, K.T. et.al.(2006). *Rusmisbruk og alvorlig psykisk lidelse*. I: R. E. Drake, L. Fox, K. T. Mueser, & D. L. Noordsy, *Integrert behandling av rusproblemer og psykisk lidelse*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Mueser, K. T. et.al. (2006). *Ufrivillige tiltak og tvangsbehandling*. I: R. E. Drake, L. Fox, K. T. Mueser & D. L. Noordsy. *Integrert behandling av rusproblemer og psykisk lidelse*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Renolen, Å. (2008). *Forståelse av mennesker – innføring i psykologi for helsefag*. Bergen. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Røkenes, O. H. (2006). *Utvikling av relasjonskompetanse*. I: P. H. Hansen & O. H. Røkenes. *Bære eller bryte – Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. (2.utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Schibbye, A. L. Løvlie (2009). *Relasjoner – Et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi*. (2.utg.) Oslo: Universitetsforlaget AS.

Starr,S.S., Shattell,M.M. & Thomas,S.P. (2007). Take my hand, help me out: Mental health service recipients experience of the therapeutic relationship. *International Journal of Mental Health Nursing*. 16, 274- 284. (Hentet 28.12.2010).

Sosial- helsedepartementet (1996- 1997). *Åpenhet og helhet: om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Stortingsmelding nr.25. Oslo: Departementet. (Hentet 08.01.11).

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

Skarsåter,I. & Wadell,K. (2003). *Nurses experiences of caring for patients with a dual diagnosis of depression and alcohol abuse in a general psychiatric setting*. Academic Search Premier. (Hentet 10.01.11).

Skjellet, T. (2009). *Veien fra alkoholavhengighet til rusfrihet – hva hjelper? Sett fra brukerens perspektiv*. Master – hovedoppgave i psykisk helsearbeid. BIBSY / Brage. (Elektronisk).

<http://ask.bibsys.no/ask/action/result?cmd=&kilde=biblio%3AHSH&fid=bd&term=skjellet+one&op=and&fid=bd&term=&bibliografi=&materiale=hovedfagsoppg&avdeling=&arstall=&sortering=sortdate-&treffPrSide=10>

Topor, A. (2007) *En annen profesjonalitet*. I: M. Borg & A. Topor. *Virksomme relasjoner – Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. (2.rev. utg.). Oslo: Kommuneforlaget AS.

Travelbee,J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Vatne, S. (2007) *Korrigere og anerkjenne – relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Vik, L. J. (2007). Makt og myndiggjering – utfordringar for helse – og sosialarbeidere. I: T. J. Ekeland & K. Heggen (red.). *Meistring og myndiggjering – reform eller retorikk?* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

WHO / Europe (2010). *Empowerment in Mental Health – A partnership project of the WHO Regional Office for Europe and the European Commission.*
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/128088/Factsheet_MNH_Empowerment.pdf (Hentet 20.01.11.)

WHO / Europe (2010). *Mental health, facts and figures – prevalence of mental disorders.*
<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/diseases-and-conditions/mental-health/facts-and-figures>. (Hentet 24.01.11.)