

BACHELOROPPGÅVE

Relasjonens betydning i møte med ROP-pasientar

Kva betydning har det å skape ein god relasjon mellom sjukepleiar og pasientar med samtidig rus- og psykisk lidning?

av

10, Linn-Karin Hansen &
28, Camilla Herland Lerheim

The Significance of a Good Relationship when Caring for Patients with Dual Diagnoses

Bachelor i sjukepleie

SK 152

11, 2016

Antall ord: 9339

Rettleiar: Maj-Britt Råholm



Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)

Eg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane løyve til å publisere oppgåva (Relasjonens betydning i møte med ROP-pasientar) i Brage dersom karakteren A eller B er oppnådd.

Eg garanterer at eg har opphav til oppgåva, saman med eventuelle medforfattarar. Opphavsrettsleg beskytta materiale er nytta med skriftleg løyve.

Eg garanterer at oppgåva ikkje inneheld materiale som kan stride mot gjeldande norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og namn og set kryss:

kandidatnummer 28, Camilla Herland Lerheim

JA X NEI__

kandidatnummer 10, Linn-Karin Hansen

JA X NEI__

kandidatnummer og namn

JA __ NEI__

Samandrag:

Tittel: Relasjonens betydning i møte med ROP-pasientar.

Bakgrunn for val av tema: Når vi valde tema til bachelor bestemte vi oss på bakgrunn av at vi begge har vore i praksis på ein psykiatrisk klinikk ved ei rusavdeling. Ein av oss var på avrusingsavdeling, og ein av oss var på rehabiliteringsavdeling. Vi ser at det er eit viktig tema å belyse, og det er eit aukande problem i samfunnet. Gjennom praksis fekk vi erfare at det er vanskeleg å tilnærme seg, og å skape ein relasjon til pasientar med samtidig rus – og psykiatriske lidning.

Problemstilling: Kva betydning har det å skape ein god relasjon mellom sjukepleiar og pasientar med samtidig rus- og psykiatrisk lidning?

Framgangsmåte: Denne studia er ei systematisk litteraturstudie. Ved søk på databasar som Academic Search Elite, SveMed+ og Google Scholar har vi funne fram til 10 artiklar vi har analysert og nytta i oppgåva.

Resultat og konklusjon: Vi ser gjennom fleire av forskingsartiklane at ein god og tillitsfull relasjon står sentralt, og er essensielt i behandling hjå pasientar med samtidig rus- og psykisk lidning. Gode haldningar og utøving med respekt for heile mennesket er vesentleg for å skape ein god relasjon med pasientar. Eit godt samarbeid basert på ein god relasjon er viktig for å fremje motivasjon og håp til meistring i ein betringsprosess. Vi meiner at dersom samarbeidet mellom sjukepleiar og pasient inneheld kommunikasjon, tillit, respekt, mellommenneskeleg tilnærming og trygge rammer, kan det skape ein god relasjon, forutsett at den er gjensidig frå begge partar i samarbeidet.

ABSTRACT

Title: The Significance of a Good Relationship when Caring for Patients with Dual Diagnoses

Background for the choice of theme: We have chosen this theme due to the fact that we both have clinical experiences as nursing students from a psychiatric clinic taken care of patients with addiction. One of us had her clinical practice on a detoxification ward, and the other on a rehabilitation ward. We argue that this is an important topic to illuminate and it is a growing problem in society. We experienced, during our clinical practice, that this topic was very difficult to approach and it was also difficult to build a relationship with patients with dual diagnoses.

Aim: What is the significance of a good relationship between the nurse and the patient with dual diagnoses.

Method: This study is a systematic literature review. For searches in databases as Academic Search Elite, SveMed + and Google Scholar, we have found 10 articles that we have read and analyzed in the thesis.

Results and Conclusion: We read and analyzed several scientific articles and concluded that a good and trusting relationship is central, and this is also essential in the treatment of patients with dual diagnoses. Good attitudes and caring for the whole patient with respect is essential for creating a good relationship. A good cooperation based on a good relationship is important when promoting motivation and hope for coping in the recovery process. We believe that a good relationship will be created if the cooperation between the nurse and the patient is based on communication, trust, respect, interpersonal approach and safe environment.

Innholdsfortegnelse

1. Innleiing	1
1.1 Bakgrunn for val av tema.....	1
1.2 Hensikt.....	2
1.3 Oppgåvas oppbygging	2
2. Teoriramme	3
2.1.Pasientar med ROP-liding.....	3
2.2 Relasjonens betydning i møte med pasienten	4
2.3 Omsorgen som eit moralsk ansvar	5
2.4 Recovery	6
3. Metode	8
3.1 Inklusjon- og eksklusjonskriteriar	8
3.2 Søkestrategi og databasar	9
3.3 Datainnsamling.....	9
3.4 Analyse	10
3.5 Etisk vurdering.....	10
3.6 Kjeldekritikk.....	11
3.7 Styrkje og veikskarar med metoden	12
4. Resultat	13
4.1 Ein god relasjon inneberer god kommunikasjon	13
4.2 Ein god relasjon inneberer mellommenneskelege forhold.....	14
4.3 Ein god relasjon inneberer å skape tillit	14
4.4 Ein god relasjon inneberer kjensla av respekt.....	15
4.5 Ein god relasjon inneberer å skape tryggleik.....	16
4.6 Samla beskriving av resultat	17
5.0 Drøfting	18
6.0 Konklusjon	23
Bibliografi	24
Vedlegg I	
Vedlegg 1. Søkjehistorikk	
Vedlegg II. Oppsummering av artklar i resultatkapittelet	

1. Innleiing

I denne oppgåva vil vi ta for oss ei problemstilling knytt til den gode relasjonen i møte med pasientar med samtidig rus- og psykisk lidning (ROP-liding). Kombinasjonen ruslidning og psykisk lidning: “Kombinasjonen ruslidelse og psykisk lidelse blir ofte omtalt med begreper som komorbiditet og dobbeldiagnose. Komorbiditet er en generell betegnelse på samtidig tilstedeværelse av to eller flere lidelser, mens begrepet ”dobbeldiagnose” ofte blir brukt om kombinasjonen alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse” (Helsedirektoratet, 2012). I følge data for Norsk pasientregister frå 2014 kjem det fram at omkring 27.000 pasientar var i behandling innan spesialisthelsetenesta for rusmiddelproblem i 2014. Helse- og omsorgskomiteen (2015) viser at førekomsten av ruslidning er opptil ti gonger høgare blant pasientar ved alvorleg psykisk lidning samanlikna med den generelle befolkninga. Antall narkotikautløyste dødsfall ligg på eit gjennomsnitt med 266 dødsfall per år (Helse-og-omsorgskomiteen, 2015). Det vil bli ein betydeleg auking av antall personar med komorbide helseproblem, innan rus og psykiatri mot 2030 (Helse-og-omsorgsdepartementet, 2008-2009).

1.1 Bakgrunn for val av tema

Når vi valde tema til bachelor bestemte vi oss på bakgrunn av at vi begge har vore i praksis på ein psykiatrisk klinikk ved rusavdeling. Ein av oss var på avrusingsavdeling, og ein av oss var på rehabiliteringsavdeling. Vi ser at det er eit viktig tema å belyse, og det er eit aukande problem i samfunnet. Gjennom praksis fekk vi erfare at det er vanskeleg å tilnærme seg, og å skape ein relasjon til pasientar med samtidig rus – og psykiatriske lidningar. Vi opplevde pasientgruppa som skeptisk til helsepersonellet og helsetenesta, noko som gjorde det krevjande å skape ein god relasjon. Pasientane brukte tid på å skape tillit og opne seg om sine problem relatert til sin rusproblematikk og ruslidning. I følge Helsedirektoratet (2012) har det dei siste åra vore ei aukande opptreding av samtidig rusproblematikk og psykiske lidningar (Helsedirektoratet, 2012). I følge Drake & Mueser (2000) har pasientar med ROP-liding auka problem relatert til livskvalitet og å følgje opp behandling, samanlikna med dei som har éi lidning (Drake & Mueser, 2000). Det kan vere krevjande for denne pasientgruppa å oppnå eit tilstrekkeleg tenestetilbod, då livsforholda kan gjere det komplisert (Davidson, et al., 2008).

Vi har begge nære relasjonar til personar med alkoholmisbruk og illegal bruk av rusmidlar, noko som har auka interessa for val av tema. På bakgrunn av at vi har nære relasjonar med rusproblematikk var det meir naturleg å setje seg inn i sjukepleiarrolla og pasientgruppa sin situasjon, og personleg forstå kva dei går igjennom. Gjennom sjukepleiestudiet har vi tilnærma oss fagkunnskap om pasientar med ROP-liding, som vi kan knytte til tema og problemstillinga vår, i tillegg til forskning som vi kan knytte opp mot interessa innan rus og psykiatri. I praksis erfarte vi at ein stor del av pasientgruppa som var i

behandling for sin rus og psykiske lidning stadig prøvde å seie frå seg behandling, ved å nekte for sine problem relatert til rus og psykiatri. Vi opplevde det frustrerende når forbindelsen mellom ord og handling var fråverande, dette skapte vanskelegheiter rundt relasjonen mellom pasient og personalet. I følgje Biong & Soggiu (2015), beskrivast det at pasientgruppa tykkjer omgrepet relasjon står sentralt i behandling av ei ROP-liding (Biong & Soggiu, 2015). Dette viser at det er behov for auka interesse og forskning blant klientar med samtidig rus- og psykisk lidning.

1.2 Hensikt

Hensikta med vår litteraturstudie er å sjå kva betydning det har å skape ein god relasjon mellom sjukepleiar og pasientar med samtidig rus- og psykiatrisk lidning.

Vi har valt å avgrense til alderen 20 år og oppover, då det var denne pasientgruppa vi møtte i praksis. Grunnen til at vi har valt å ikkje avgrense det noko meir, er at det ikkje spelar noko vesentleg rolle for hensikta vår då rus- og psykiske lidningar kan opptre i alle aldrar. Vi har også valt å avgrense litteraturstudiet til å omhandle den gode relasjonen mellom sjukepleiar og pasient, for å få ei forståing av kva betydning dette har i behandling, og korleis å oppnå det.

1.3 Oppgåvas oppbygging

Vi har gjort ein litterærstudie som er basert på både praksiserfaringar, forskning som allereie er gjort innan temaet, og relevant litteratur vi har tilnærma oss gjennom studiet. Vi har valt å strukturere oppgåva ved at vi tek føre oss ei teoriramme som er knytt opp mot vår hensikt med oppgåva. Teoriramma inneheld følgjande sentrale omgrep; ROP-liding, relasjon og recovery. Vi har også her valt å ta med sentrale sjukepleieteoretikarar som Kari Martinsen og hennar beskriving av kva omsorg er, Joyce Travelbee og hennar teori om mellommenneskelege forhold i sjukepleie. I kapittel 3 vil vi ta føre oss ein metode del, der vi beskriv metoden vi har brukt gjennom studien vår. I kapittel 4 har vi ein resultatdel der vi presenterer resultatet i forskingsartiklane vi har valt å ta med. Kapittel 5 er drøftingskapittelet, og her vil vi drøfte teori og forskning knytt til resultatet i denne oppgåva. I siste kapittel, kapittel 6, tek vi føre oss konklusjonen, der vi beskriv kva vårt resultat har å seie for sjukepleieutdanning og sjukepleiarar, og kva ein bør forske vidare på.

2. Teoriramme

Her tek vi føre oss teoriramma som vi meiner er sentral for hensikta med denne oppgåva. Denne teoriramma vil vi forklare her, og ta med oss vidare i drøftingsdelen av oppgåva, der vi drøfter den i lys av hensikta.

2.1. Pasientar med ROP-liding

“Kombinasjonen ruslidelse og psykisk lidelse blir ofte omtalt med begreper som komorbiditet og dobbeldiagnose. Komorbiditet er en generell betegnelse på samtidig tilstedeværelse av to eller flere lidelser, mens begrepet ”dobbeldiagnose” ofte blir brukt om kombinasjonen alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse” (Helsedirektoratet, 2012).

Hill, Penson & Charura (2016) beskriv at det er mykje forskning og teori som føreslår at den terapeutiske relasjonen er hovudingrediensen i å oppnå eit vellukka terapeutisk utfall. Du vil komme lenger med ein pasient ved hjelp av god terapeutisk relasjon og dårlege teknikkar, enn med gode teknikkar og ein dårleg relasjon. Hill et al. (2016) meiner at hovudproblemet og utfordringane ofte er assosiert med viktigheita av den terapeutiske relasjonen. Det er i relasjon sjukepleiar sin kompetanse er viktig, dette for å forme og oppretthalde eit forhold i miljøet, kor pasientane kan presentere seg med samansett rus- og psykisk problem. Sjølve innhaldet i dette arbeidet betyr ofte at utøvarane (sjukepleiar) står overfor komplekse utfordringar. Dette kan manifestere seg i at pasienten fortsett å bruke rusmidlar og får tilbakefall, den mentale helse deira blir verre, og som følgje av dette, sjølvøydeleggjande bruk av forskjellige rusmiddel.

I denne artikkelen beskriv Hill et al. (2016) 10 essensielle eigenskapar for mental helse i praksis; jobbe i partnerskap, respektere forskjellar (mangfaldet), praktisere etisk, utfordre ulikskapar, fremje recovery (betningsprosessen), identifisere personars behov og styrkjer, yte service og brukarsentrert omsorg, utgjere ein forskjell, fremje sikkerheit og positivitet, samt personleg utvikling og læring. Dette er 10 viktige eigenskapar ein sjukepleiar bør ha innan feltet for mental helse i praksis. (National Institute for Mental Health, England, 2009) (Hill, Penson, & Charura, 2016). Den enkelte tenesteytar (sjukepleiar) bør ha grunnleggjande kunnskap om det som særpregar dei menneskja ein skal yte tenester til. Tidlegare har behandling i stor grad vore retta mot personar med alvorlege psykiske lidingar, som schizofreni, bipolar liding eller alvorleg personlegdomsforstyrning. Det er no meir merksemd og auka kunnskap kring rusmiddels samspel med psykiske liding, og mindre alvorlege lidingar (Helsedirektoratet, 2016).

Ness, Borg, Semb & Karlsson (2014) beskriv korleis samarbeidspraksis med unge vaksne med samtidig rus- og psykiske liding, og deira involverte familiemedlem «vandrar saman med» dei. Dei beskrev desse partnerskapa som forhandla dialogar mot ein gjensidig destinasjon. Dei sa at når ein

skal etablere samarbeid med ein tenestebrukar, er det viktig å ta hans eller hennar livssituasjon, håp og draumar som utgangspunkt, og deretter diskutere gode måtar å jobbe saman frå. Det vart sagt at i eit fruktbart samarbeid, handlar det ikkje berre om å gi informasjon til kvarandre, men å forhandle fram ein måte å arbeide saman, slik at vi har ei felles forståing av korleis å gå vidare med arbeidet. Å oppretthalde menneskelege relasjonar var der sjukepleiar tok brukarmedverknad på alvor, og gjorde det konkret i sin daglege praksis. Dette innebar å sjå personar som eit unikt individ og ikkje gje opp. På bakgrunn av at sjukepleiar ikkje kan «betre» pasienten direkte, må tenestene tilby forutsjånadar for å hjelpe relasjonar som fremjar betring, gjennom å forbetre menneskjers tilgang til moglegheiter og støtte. Ein recovery-orientert sjukepleiar som samarbeider med pasientane er i stand til å gå saman med dei, og støtte deira livsprosessar gjennom å støtte relasjonar og samtalar. Relasjonar og samtalar i psykisk helse- og rus omsorg er uadskillelege og påverkar kvarandre (Ness, Borg, Semb, & Karlsson, 2014).

2.2 Relasjonens betydning i møte med pasienten

Karlsson (2016) beskriv at betydninga av tillit og tryggleik er sentralt for å skape ein god relasjon. Det å oppleve og utvikle tillit er ein forutsjånad for utvikling av trygge relasjonar. Ein god relasjon som er basert på tillit og tryggleik er med på å skape openheit, og gjer det enklare for pasientgruppa å stå fram med si lidning, anten det er rus eller psykiatri. Når ein som sjukepleiar har skapt ein god relasjon basert på tillit, skapar det tryggleik for pasientane ved at dei kjenner seg trygge på sjukepleiaren dei skal forhalde seg til. Det blir lettare for pasienten å tilnærme seg sjukepleiaren med sine problem, dersom ein god relasjon og tillit er til stades. Dersom det er ein mangel på tillit mellom desse partar, kan det bidra til å oppretthalde ein negativ sirkel for pasienten, ved at dei lukkar seg inne med sine problem. Dei kan ha nok tillit til å oppsøkje hjelp, men ikkje nok til å uttrykkje sine behov (Karlsson, 2016). Det er viktigare å ha fokus på å skape ein god relasjon mellom pasient og sjukepleiar, framfor fokuset på behandlingsmetode (Biong & Ytrehus, 2012). Henriksen & Vetlesen (2000) skriv; i følgje nærleiksetikken er våre moralske intuisjonar, omgrep og prinsipp uløyselig knytt til vår erfaring med å vere eit menneskje blant menneskjer. Moral inngår i sjølve tilværinga. Den moralske fordring møter oss straks vi møter eit anna menneskje (Henriksen & Vetlesen, 2000, s. 202).

Joyce Travelbee (2001) legg vekt på samhandlinga mellom pasient og sjukepleiar, og viktigheita rundt det å skape et menneskje – til menneskje – forhold til pasienten. I følgje Travelbee må sjukepleiaren evne å ha en intellektuell tilnæringsmåte til pasientens problemstilling, og kunne kombinere det med å bruke seg sjølv terapeutisk. Dette er forutsjånadar som må leggjast til grunn for å ivareta sjukepleiebehovet hjå den enkelte. Gjensidig forståing og kontakt er ein prosess. For å oppnå dette må sjukepleiaren og pasienten ha gjennomgått fleire fasar; det innleiande møtet, framvekst av identitetar, empati, sympati og medkjensle. Dette omhandlar måten desse partar oppfattar kvarande

og opptrer ovanfor kvarandre på. Sjukepleiaren og pasienten kan relatere seg til kvarandre som menneskje til menneskje, og ikkje som sjukepleiar til pasient. Som følgje av at sjukepleiar og pasient evnar å sjå og forhalde seg til kvarandre på denne måten, gjer at krefter som tidlegare vart brukt til å oppretthalde fasaden som «sjukepleiar» og «pasient», heller kan brukast meir konstruktivt av begge partar. Pasienten kan bruke kreftene sine på å kjempe mot sjukdommen, og sjukepleiaren kan bruke sin energi på nyttige sjukepleieoppgåver, i staden for å «halde oppe avstanden til pasienten». Tillit som følgje av sympati- og medkjensle, avløysast av tryggleik. Med dette meinast det at tryggleik er eit trinn vidare i forhold til tillit. Pasienten kan bruke mykje energi på å teste ut sjukepleiaren viss det ikkje er gjensidig tillit mellom desse partar. (Travelbee, 2001). I følgje Kasèn (2002) inneberer den omsorgsfulle relasjonen at pasienten sin liding kan lindrast, men forholdet mellom det lidande menneskje og sjukepleiar er alltid asymmetrisk. Substansen i denne omsorgsfulle relasjonen utgjerast av den lidande sin historie og omsorgsarbeidaren sin delaktigheit i den (Kasèn, 2002).

2.3 Omsorgen som eit moralsk ansvar

Kari Martinsen beskriv moralsk ansvar og at utøving av sjukepleie skal ytast på bakgrunn av vurderingar av den enkelte pasient. "Sykepleieren skal stå til tjeneste for de mest utsatte gruppene i samfunnet, de med rus og sosiale problemer, eldre, pasienter innenfor psykisk helsevern og barn" (Nortvedt, 2012, s. 55). Vidare tek Martinsen opp at det er sentralt i sjukepleie og ein del av sjukepleieansvaret å ha fokus på pasientens oppleving av eigen sjukdom eller tilstand. Med dette meinast det at pasienten sin oppleving skal setje ein standard for korleis pasientens situasjon blir vurdert av sjukepleiar, og ikkje berre ha einseitig fokus på sjølv helseproblemet. Dyds – og omsorgsetikken støtter opp denne teorien ved at den seier noko om eit holistisk syn, som betyr å ha et heilheitleg syn, det å sjå heile menneskje (Nortvedt, 2012).

Omsorgsetikk legg vekt på betydninga av relasjonen til den eller dei man skal handle ovanfor. Det viktige for sjukepleie er at den moralske motivasjonen må vere personleg følt. Man må vise ein autentisk vennlegheit, man må bry seg om pasienten, ikkje berre på grunn av hans situasjon og hjelpebehov, men fordi pasientens situasjon rører ved ein. Viss pasienten skulle kjenne at han er viktig berre fordi han representera eit interessant kasus eller ein ny læresituasjon, der man kan få prøvd ei prosedyre, kan han kjenne seg misbrukt meir enn ivareteken. Kunn moralske handlingar som spring ut av dine personlege forankra eigenskapar, vil opplevast som autentisk og ekte av pasienten (Nortvedt, 2012). Martinsen beskriv i boka: *Øyet og kallet*, situasjonar kor sjukepleiar samhandlar med pasientar på ulike nivå og korleis ein som sjukepleiar kan nytte si rolle for å oppnå tillit, tryggleik og gode relasjonar i møte med pasientar. "Et øye som ikke gjør noen forskjell, men som likevel gjør en forskjell er aktelsens eller nestekjærlighetens øyne" (Martinsen, 2000, s. 26). Med dette meinast

det, at ein som sjukepleiar må evne å sjå, behandle pasientar ubetinga, og forutsett at ein ser på alle menneskje som likeverd (Martinsen, 2000).

Å være profesjonell motsett seg ikkje betydninga av å ha ein følsam kommunikasjon med pasienten, med dette meinast det at sjukepleiar skal evne å lytte, setje seg inn i pasienten sin situasjon og hans oppleving av eigen sjukdom. Vidare står sjukepleiar ansvarleg for å innhente naudsynt fagkunnskap for å kunne forstå og sjå pasientane med eit holistisk blikk, og for å verne om pasientane sin integritet (Martinsen, 2000, ss. 11-12).

2.4 Recovery

Recovery eller betringsprosess, blir omtalt og brukt på ulike måtar: "Det beskrives som en tilnærming, en modell, et erfaringsbasert kunnskapsfelt, en filosofi, et paradigme, en bevegelse, en visjon og blant skeptikerne en myte eller et slogan" (Borg, Karlsson, & Stenhammer, 2013, s. 9). Recovery er ein personleg og unik prosess, og ei naturleg hending som seier noko om relasjonen mellom pasient og sjukepleiar. Prosessen tek sikte på endringar av pasientens haldningar, tankar, verdiar, kjensler, mål og roller i dagleglivet. Kort summert er målet med recovery å oppnå eit liv som gir mening, håp og trivsel med seg sjølv (Borg, Karlsson, & Stenhammer, 2013). Den inneheld ti forpliktingar som tek sikte på blant anna verdsetjing, omsorg, tid, samhandling og forståing. I recovery-prosessen er det ein forutsjånad at ein som sjukepleiar yt sitt beste, for å oppnå forståing overfor pasienten og hans situasjon. Dette kan gjerast på ulike måtar og nivå, for eksempel ved å tilnærme seg pasienten med respekt, interesse og tolmodigheit. Det er viktig å overkomme verknaden av psykisk helsesvikt, for å få eit holistisk syn på pasienten og hans situasjon. Ved bruk av recovery-tenking får ein moglegheit til å samarbeide med pasientane, ved at dei nyttar sine egne ressursar i behandling. Som sjukepleiar er det derfor viktig at ein motiverer og brukar den tid som trengs, for at pasienten skal finne og nytte sine ressursar i samarbeid med sjukepleiar (Fjørtoft, 2012).

Recovery som ein prosess inneberer tre hovudstadie, det første stadiet tek sikte på at pasienten må evne å akseptere sine problem og ynskje ein betring av livssituasjonen. Pasienten trenger under dette stadiet hjelp og støtte til å finne håp, motivasjon og inspirasjon for å starte recovery (Borg, Karlsson, & Stenhammer, 2013). Det andre stadiet inneberer at pasienten sjølv må ynskje å bli aktiv i recoveryprosessen, vise ansvar og myndigheit til å ta kontroll over eigen livssituasjon (Ness, Borg, & Davidson, 2014). Det tredje stadiet i recoveryprosessen handlar om hovudpoenget med recovery som ein prosess. Recovery handlar om å ha fokus på betring framfor å bli symptomfri, målet med recovery som ein prosess er at pasienten opplev meistring, håp, velvære og trivsel i eige liv (Borg, Karlsson, & Stenhammer, 2013).

Pasientar med samtidig rus- og psykisk lidning (dobbeltdiagnosar) er ei pasientgruppe, som krev kompleks behandling. Recovery som ein naturleg prosess tek sikte på pasienten sine ressursar og erfaringar, framfor pasientens rus – og psykiske lidning. Menneskje står i sentrum og er hovudfokus i behandlinga av ROP-lidinga. Når det kjem til recoverytenking er det fokus på at pasientane sjølv tek ansvar for behandling av sin komorbide lidning, med støtte frå sjukepleiar som skal motivere pasient til å nytte sine ressursar (Ness, Borg, & Davidson, 2014). Sjukepleiar har ikkje ansvar for at pasientane gjennomfører recoveryprosessen, men har eit ansvar for å vere støttespelar og å leggje til rette gode forutsjånadar for at pasienten opplev meistring, aksept ovanfor sine problem, og evne til å utvikle sjølvvet. Kva som er gode forutsjånadar er individuelt og kjem an på kva erfaringar, kunnskap og eigenskapar pasienten har til grunn. Innleiingsvis i dette punktet gjekk vi gjennom dei ti forutsjånadane som må leggjast som grunnlag for recoveryprosessen. For ei vellukka betringsprosess krev det djup forståing og respekt for pasienten, kunnskap om recoverytenking og ROP-feltet. Som sjukepleiar må ein setje seg inn i kvar enkelt pasient sine tankar, opplevingar, og synspunkt i prosessen. Recovery er ein livsstil, ei haldning og ein tilnæringsmåte som forbereder ein på utfordringane i dagleglivet. ”Mest av alt er recovery en langsom, bevisst prosess som handler om å kjempe seg over et lite sandkorn om gangen»(Borg, Karlsson, & Stenhammer, 2013, s. 12).

3. Metode

Ei litteraturstudie går ut frå eit tydeleg formulert spørsmål som blir besvart systematisk gjennom å identifisere, velje, vurdere og analysere relevant forskning (Forsberg & Wengström, 2013, ss. 26-27). I dette kapitlet vil vi ta føre oss 7 ulike deler av det å vurdere relevant forskning. 3.1 inklusjon- og eksklusjonskriterier, er kriteria som har blitt lagt til grunn for valet av forskning. 3.2 søkestrategi og databasar, er der vi presenterer kva databasar vi har brukt, og kva søkjeord. Punkt 3.3 datainnsamling, beskriv korleis, og kvifor vi har valt den forskinga vi har med. I underkapittel 3.4 analyse, beskriv vi kva studiar vi har valt ut, kva metode og resultat desse har. Under punkt 3.5 etisk vurdering, beskriv vi kva etiske vurderingar vi har gjort, og kva kriteria vi har for etisk vurdering når vi har valt forskning. Under punkt 3.6 kjeldekritikk vil vi presentere korleis vi kritisk vurderer kjeldene vi har valt ut for studia vår. Underkapittel 3.7 Styrkjer og veikskapar beskriv kva som er styrkje og veikskapar med metoden vi har nytta.

3.1 Inklusjon- og eksklusjonskriteriar

For å finne artikkelar relevant til hensikta har vi valt desse inklusjons- og eksklusjonskriteriane som ein ser i tabell 1.

Tabell 1. Inklusjon- og eksklusjonskriteriar

Inklusjonskriteriar	Eksklusjonskriterier
Artiklar frå og med år 2000.	Artiklar før år 2000.
Artiklar som er skreve på engelsk eller skandinavisk språk.	Artiklar som ikkje er på engelsk eller skandinavisk språk.
Kvalitativ og kvantitativ forskning.	Medisinske artikkelar og artikkelar som inneheld familieperspektiv.
Artiklane må vere relevante i forhold til hensikta med oppgåva.	Artiklar som går utanfor hensikta med denne oppgåva.
Forskinga må vere gjennomgått hjå ein etisk komité.	
Fagfelleverderte artikkelar	
Pasientar med ROP-liding	
Sjukepleieperspektiv	

3.2 Søkestrategi og databasar

For å finne relevant litteratur og forskning til studia vår, har vi valt å bruke desse databasane; SveMed+, Academic Search Elite og manuelt søk via Google Scholar. Databasen SveMed+ inneheld artiklar på svensk, norsk og dansk, dette gjer det lettare for oss å forstå artiklane, og derfor har vi valt denne. Artiklane her er helsefagleg retta, og er derfor relevant for oss å bruke (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinart, 2012). Vi legg ved ein tabell over søkjehistorikken vår, sjå vedlegg 1.

Litteratur frå pensum er litteratur som vi har vore gjennom i løpet av sjukepleiestudiet, og vi er blitt godt kjend med desse. Vi har valt ut «Jobb kunnskapsbasert» (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinart, 2012) då denne er relevant for sjølve oppbygginga og strukturen i oppgåva. «Bare skriv! Praktisk veiledning i oppgaveskriving» (Stordalen & Støren, 2010) er også ei bok vi har nytta oss av når det gjeld strukturering av oppgåva. «Omtanke» (Nortvedt, 2012) er ei pensum bok vi har nytta oss av, då den beskriv Kari Martinsens omsorgsteori, som er relevant for hensikta med oppgåva. «Hjemmesykepleie, ansvar, utfordringer og muligheter» (Fjørtoft, 2012) beskriv i si bok kva recovery er, og kvifor dette er viktig i sjukepleie, dette er eit sentralt omgrep for vår hensikt.

Teoribøker som er relevante for hensikta med oppgåva er, «Mellommenneskelige forhold i sykepleien» (Travelbee, 2001) ho beskriv i denne boka kva ein god relasjon er, korleis og kvifor det er viktig å ha ein god relasjon med pasienten, noko som står sentralt til å svare på hensikta med oppgåva vår. I frå boka «Øyet og kallet» (Martinsen, 2000) har vi valt ein del som seier noko om korleis ein som sjukepleiar kan oppnå tillit og tryggleik i relasjon med pasienten, noko som vi meiner er sentralt for denne oppgåva. Vi har også nytta oss av boka «Att göra systematiska litteraturstudier» (Forsberg & Wengström, 2013) då denne er relevant for korleis å strukturere og skrive ei litteraturstudie, som denne oppgåva er.

3.3 Datainnsamling

Forsberg og Wengström (2013) beskriv at ei litteraturstudie inneberer eit systematisk søk, kritisk vurdering for deretter å organisere litteraturen innan eit valt emne eller problemstilling. Vurdering av ei systematisk litteraturstudie er basert på kor godt ein identifiserer og vurderer relevante studiar. Kvar studie burde vurderast i fleire steg. Kvalitetskrav på kva forskning som skal inngå i forskingsoversikten bør spesifiserast. Følgjande spørsmål er viktig å svare på: Kva er formålet med studia? kva resultat kjem fram? er resultatene gyldige? (Forsberg & Wengström, 2013, s. 115). Artiklane vi har valt å nytte er relevante ettersom dei belyser omgrep som er sentrale for hensikta med oppgåva vår. Alle artiklane er vurdert ut ifrå inklusjons- og eksklusjonskriteria vi har valt. Betydinga av relasjonen mellom pasient og sjukepleiar kjem fram i artiklane og frå ulike perspektiv. Dei er spesielt retta mot korleis kommunikasjon, tillit, mellommenneskelege forhold og respekt kan bidra til

ein god relasjon. Artiklane tek sikte på både sjukepleiar og brukarperspektiv, og er derfor aktuelle å nytte for å svare på hensikta med denne oppgåva. I følgje Forsberg & Wengström (2013) er det ingen reglar for talet på studiar som skal inngå i ei litteraturstudie. Det beste er å finne og inkludere all relevant forskning innanfor ramma for hensikta med litteraturstudia (Forsberg & Wengström, 2013, s. 30).

3.4 Analyse

For å analysere og samle inn data frå artiklane, har vi valt å bruke David Evans sin modell for analyse (Evans, 2002-2003). Modellen består av 4 fasar;

1. Samle inn studiar
2. Identifisere nøkkelfunna frå kvar studie
3. Fastslå korleis desse funna kan relatere seg til andre studiar
4. Leggje saman funna for å lage ei samla beskriving av desse.

1. Samle inn studiar: Vi har samla 10 studiar, ved å bruke inklusjon- og eksklusjonskriteriar som vist i tabell 1, under punkt 3.1 i metodekapittelet, vi har også lagt ved vedlegg over søkjeord og databasar vi har brukt for å finne desse, sjå «vedlegg 1. – Søkjehistorikk». 2. Identifisere nøkkelfunna frå kvar studie: Her har vi brukt dei studia vi fann frå punkt 1, lest abstraktet og analysert kvar artikkel og identifisert nøkkelfunna retta mot vår hensikt, desse presenterer vi i «vedlegg 2. Her har vi valt å bruke dei to første punkta i Evans sin modell, for å gi eit overblikk over artiklane vi har funne. Punkt tre og fire i Evans sin modell, vil vi presentere i resultatkapittelet i oppgåva, det vil seie, kapittel 4.

3.5 Etisk vurdering

All forskning og fagartiklar vi finn nyttig og brukar i vår oppgåve skal vere godkjent av ein forskningsetisk komité eller ha gjennomgått ei etisk vurdering. Dette for å kvalitetssikre at vi nyttar artiklar som står i tråd med forskningsetiske retningslinjer. Retningslinjene er forma og lovpålagt etter forskningsetikkloven “ loven skal bidra til at forskning i offentlig og privat regi skjer i henhold til anerkjente etiske normer» (Kunnskapsdepartementet, 2007).

Mange av artiklane vi har nytta oss av har eit eige kapittel for etiske vurderingar og etisk godkjenning av si studie. Her presenterer dei at dei har fått godkjenning frå forskningsetisk komité og andre liknande komitéar for etiske vurderingar. Nokre har ikkje dette kapittelet, men under beskrivinga av kva pasientar- og korleis desse er blitt rekruttert til studia, kjem det fram fleire etiske vurderingar som er blitt gjort undervegs i studia. Dei har blant anna innhenta skriftleg og munnleg samtykke frå deltakarane i studia, og dei har gjort vurderingar som å halde intervju på skjerma rom og dei gjev informasjon om anonymisering. Nokre av artiklane beskriv at dei har gjennom si studie hatt nøye fokus på etiske prinsipp i sjukepleie, og nytta seg av desse gjennom heile studia dei har gjort. Til

dømes har Biong & Soggiu (2015) i sin artikkel beskrive med eit eige punkt som omhandlar etiske øver vegingar. Under dette punktet kjem det fram at studia er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste 29.11.2013 med saksnummer. I prosessen med godkjenning kom bakgrunn og hensikt tydeleg fram, og at deltakinga var frivillig og deltakarane kunne trekkje seg når som helst (Biong & Soggiu, 2015).

3.6 Kjeldekritikk

Kjeldekritikk er noko som blir brukt for å validere om ei kjelde er sann eller ikkje. Når ein søker etter litteratur og forskning til ei oppgåve, vil ein ofte finne store mengder litteratur, og ein må vere kritisk til kjeldene. Er kjeldene ein finn fagleg representative, er dei oppdaterte, og representerer dei hovudtema innan det aktuelle fagfeltet? Gjennom kjeldekritikk viser ein at ein er i stand til å forhalde seg kritisk til kjeldematerialet som er brukt i oppgåva (Stordalen & Støren, 2010, s. 68). Nokre av artikkane er på engelsk eller svensk, noko som betyr at vi har oversett til norsk når vi har gjort vår tolking av studia. Dette kan føre til feiltolkingar då dette ikkje er vårt morsmål.

Fagfellevurdering er kvalitetssikring av forskingsbidrag. Ekspertar innan fagfeltet vurderer innhaldet kritisk ut ifrå bestemte retningslinjer før det vert publisert. Fagfellevurdering sikrar at den kunnskap faget til ein kvar tid baserast på, er kvalitetssikker (Svartdal, 2014). Etter vi hadde funne fram til dei artikkane som var relevante for hensikta med oppgåva, valde vi å søkje dei opp i NSD, Norsk Senter for forskningsdata. På denne sida er det eit register over vitenskaplege publiseringskanalar. Dei artikkane vi har funne er vurdert med eit vitenskapleg nivå i NSD, nivå 1 som er det beste vitenskaplege nivå.

Artikkane vi har nytta i studia vår er både primær- og sekundærkjelder. Vi ser at primærkjeldene vi har innhenta gir brei, god og handfast informasjon retta mot hensikt og problemstilling. Sekundærkjeldene belyser aktuelle tema og sjåast på som relevant for vår oppgåve, sjølv om bruk av sekundærkjelder kan medføre feiltolking. Feiltolking kan skje på bakgrunn av at primærkjelda allereie er tolka av sekundærkjelda, og blir tolka på nytt av oss. I følgje Stordalen & Støren (2010) kan forskning vere basert på aktørar som gir seg ut for å vere kvalifisert og kompetent utan at dei har grunnlag for det (Stordalen & Støren, 2010, s. 69). Prosessen med å finne relevant forskning vart gjort med kritisk blick på database, webområde, søk via (Google Scholar), og eit geografisk standpunkt for forskinga. I følgje Stordalen & Støren (2010) bør ein stille seg spørsmål om det kan vere kulturelle forskjellar med tanke på forskning og teori (Stordalen & Støren, 2010, s. 68). Dette har vi gjort på bakgrunn av at det kan vere kulturelle forskjellar innan tematikken rus og psykiatri, med tanke på behandling, oppfølging, og rolla som sjukepleiar. Forventningane til sjukepleiar - og pasientrolla kan skilje seg frå land til land.

3.7 Styrkje og veikskapar med metoden

I studia vår har vi nytta 10 forskingsartiklar der alle er kvalitative. Kvalitativ forskning er noko som brukast for å undersøkje subjektive menneskelege erfaringar, opplevingar, oppfatningar og haldningar, samt at ein brukar ikkje-statiske metodar for analyse. Innan kvalitativ forskning blir det lagt vekt på menneskje sine opplevingar, av for eksempel eit fenomen i sin samanheng. Målet i kvalitativ forskning kan vere å utvikle eit omgrep som hjelper oss å forstå sosiale fenomen i deira naturlege miljø. På ein systematisk måte synleggjerast opplevingar, meiningar og betydingar som eit fenomen kan ha for alle involverte (Forsberg & Wengström, 2013).

Kvalitativ forskning kan ha sine styrkjer og veikskapar. Ein styrkje med kvalitativ forskning er at ein får sjå fenomenet av forskinga frå eit brukarperspektiv, det blir lagt vekt på menneskje sine opplevingar av fenomenet. Veikskapar kan vere at i denne typen forskning kan det vere rom for tolking. Kvalitativ forskning byggjer på andre menneskjer sine meiningar – deltakarane i studia, for eksempel (intervjuobjekta), og det gir rom for forskaren sine eigne tankar og kjensler kring fenomenet som blir forska på, – noko som kan påverke resultatet av forskinga (Forsberg & Wengström, 2013). Ein annan veikskap med metoden vi har nytta, er at vi ikkje har funne nokon kvantitative forskingsartiklar som vi har funne relevante for hensikta med denne oppgåva. Kvantitativ forskning kunne ha vore med og støtta opp under dei resultatata vi har funne frå den kvalitative forskinga, frå ein meir objektivt ståstad.

4. Resultat

4.1 Ein god relasjon inneberer god kommunikasjon

I følgje Chorlton, Smith & Jones (2015) har sjukepleiarar mogelegheit til å auke eller redusere maktforskjellar mellom pasient og sjukepleiar, som igjen potensielt kan påverke relasjonen mellom dei. For mange pasientar med ROP-liding i behandling, er negativ kommunikasjon gjenspegla av krav, å snakke framfor å lytte, samt å ta slutningar på vegne av pasientens omsorg uten å avleggje forklaring. Dersom sjukepleiar kommuniserer og tilnærmer seg pasienter på denne måten, kan det medføre konkurranse i staden for eit samarbeid. Eit eksempel på misbruk av makt og negativ utøving av kunnskap om kommunikasjon er beskrive av Chorlton, Smith & Jones (2015): "...a nurse would not give him medication he had been prescribed to alleviate his withdrawal from benzodiazepines. He said, "It was like she was taking power. I feel like she was getting a buzz out of it" (Chorlton, Smith, & Jones, 2015, s. 54) ei slik tilnærming – og kommunikasjonsmetode kan medføre brot på den gode relasjonen mellom pasient og sjukepleiar (Chorlton, Smith, & Jones, 2015).

I studia til Hoxmark & Wynn (2010) beskriv dei at ein god relasjon sjåast som sentralt og eit premiss for endring for pasientar med samtidig rus- og psykiske liding. God relasjon er viktig, då det gir rom for ein open dialog kor pasientane kan dele sine problem med ein sjukepleiar som lyttar aktivt. Det gir også rom for at pasientane kan lytte aktivt til kva sjukepleiar fortel og gir av råd til pasienten. Det kan vere vanskeleg for pasient å ta opp sine problem. Det er derfor viktig med ein god relasjon som kan bidra til at pasienten deler sine eventuelle vanskelege relasjonar frå fortida. Med dette meinast det at ein god terapeutisk relasjon kan tilby mogelegheita til å hjelpe pasienten med å komme over dei negative erfaringane, relatert til relasjonar frå fortida. Vidare kan dette hjelpe pasienten til å byggje og å sjå relasjonar til menneskje på ein positiv måte. Frå eit brukarperspektiv kan ein sjå at pasientane set pris på oppmerksom lytting, og at sjukepleiar viser aksept for pasienten, tillit og forståing, samt ein balanse mellom konkrete spørsmål og innvendingar (Hoxmark & Wynn, 2010).

I følgje Hoxmark & Wynn (2010) er det kjend at det å etablere ein terapeutisk relasjon med pasientar med ei ROP-liding kan vere vanskeleg, og ikkje minst tidkrevjande. Relasjonelle faktorar som spelar rolle i etableringsfasen, er til dels god kommunikasjon mellom pasient og sjukepleiar, kor sjukepleiar må vere tydeleg, imøtekommande, tolmodig og fremje overkommelege utfordringar (Hoxmark & Wynn, 2010). Ness, Borg & Davidson (2014) beskriv at relasjonar og samtalar innan psykisk helse og rus-omsorg er uadskilleleg og påverkar kvarande. Framgangsmåten og engasjementet profesjonelle brukar i å utvikle ein relasjon med pasienten som søker hjelp, påverkar typen og kvaliteten på samtalar dei kan ha med kvarande. Likeins samtalen pasienten begynner å ha med den profesjonelle, vil påverke typen og kvaliteten på deira relasjon. (Ness, Borg, & Davidson, 2014).

4.2 Ein god relasjon inneberer mellommenneskelege forhold

Hoxmark & Wynn (2010) beskriv at mellommenneskelege relasjonar i psykiatrisk behandling for pasientar med komorbide lidningar, sjåast som den mest gunstige faktoren for eit godt behandlingsforløp. Den terapeutiske relasjonen kan sjåast på som grunnleggjande i psykiatrisk behandling og like eins den gode kvaliteten av relasjonen (Hoxmark & Wynn, 2010). I følgje Sawicka, Osuchowska, Waniek, Kosznik & Meder(2009) er vanskelegheita rundt komorbide lidningar, som ved ROP-liding, er å kombinere behandlingane og korleis ein møter pasientgruppa. Uavhengig av om det er fokus på ruslidninga eller den psykiske lidinga, treng pasienten ein god relasjon til sjukepleiaren, og relasjonen utviklast på bakgrunn av pasientens evne til utvikling, og å utvikle relasjonar til andre menneskje. Utvikling av relasjonar til andre menneskje er først og fremst oppretta mellom mor og barn. Dersom denne utviklinga blir forstyrra eller ikkje førekjem, kan det bidra til utvikling av psykisk liding av ulik grad seinare i livet. Alle har eit grunnleggjande behov for å skape ein relasjon til andre menneskje. I kontekst betyr dette at pasientens behov for ein god relasjon med sjukepleiar er gjensidig (Sawicka, Osuckowska, Wainek, Kosznik, & Meder, 2009).

Staiger et al., (2010) beskriv i sin studie at deltakarane sine erfaringar demonstrerte korleis livssituasjonar kunne påverke den mentale helsa og substans bruken, og korleis ei holistisk tilnærming kunne assistere til dette. Tenestebrukaren avslørte også eit behov for å byggje, vedlikehalde og utvide relasjonar, dei understreka deira ynskje for profesjonelle til å gå utover å behandle den presenterte sjukdomen. Deltakarane snakka om viktigheita av det å skape ein kontakt med sjukepleiaren, og det å byggje ein relasjon hadde for recoveryprosessen. Ein av deltakarane påpeikar at han ikkje vil snakke med nokon på telefonen, men at han vil sjå nokon i auga, og sjå at dei verkeleg vil hjelpe han. Det var også viktig for sjukepleiaren å vedlikehalde relasjonar med pasientane for å behalde dei i behandling. Å følgje opp pasientar som var sårbare, deprimerte eller som hadde missa ei avtale vart også sett på som viktig. Det å vedlikehalde eit sjukepleiar – pasient forhold var spesielt verdifullt for pasientar med dobbeltdiagnose som har lite emosjonell støtte i liva sine. Eit av hovudtema i denne studia omhandla det å byggje ein relasjon. Emosjonell støtte frå familie og vener spelar ei stor rolle i den psykososiale rehabiliteringa, hjå nokon som går gjennom recovery frå ein alkohol/rus – liding, eller psykisk liding. For personar med dobbeltdiagnose kan denne typen støtte vere manglande (Staiger, et al., 2010).

4.3 Ein god relasjon inneberer å skape tillit

Chorlton, Smith & Jones (2015) påpeikar at når ein tillitsfull relasjon er utvikla og sjukepleiar yter medfølande omsorg, medfører det openheit mellom pasient og sjukepleiar. Tillit og openheit gir rom for oppleving av psykisk velvære. Frå eit brukarperspektiv an sjåast utviklinga av ein tillitsfull relasjon som ein sikkerheit, noko dei kan nytte som meistringstrategi i staden for rusmiddel (Chorlton, Smith,

& Jones, 2015). Wadell & Skärsäter (2007) beskriv i sin studie at sjukepleiarane meiner at skapinga av eit tillitsfullt forhold med pasienten, og at pasienten har tillit til omsorga dei mottek, er det viktigaste i behandling. Sjukepleiarane avstod frå å diskutere alkoholrelaterte problem før dei kjende at pasientane var klar for det, dette for å unngå å framkalle ei kjensle av skuld, eller kjensla av å bli avhøyr. Sjukepleiarane var merksemd på at viss dei gav pasientane tid, ville det byggje opp sjølvkjensla deira, og gå inn i eit tillitsfullt forhold med dei, samt at dei vil bli meir open og snakke om sine drikkevanar (Wadell & Skärsäter, 2007).

Pettersen, Ruud, Havnes & Landheim (2014) seier også at ein tillitsfull relasjon står sentralt i behandling av ROP-liding. Tillit kan vere ein avgjerande faktor for at pasienten meistrar behandlinga på ein positiv måte. Mange av pasientane opplev eit ACT-teamet som eit sikkerhetsnett, og at varig engasjement verkar motiverande. Gjensidig tillit vart også sett på som ein viktig faktor i behandlinga (Pettersen, Ruud, Havnes, & Landheim, 2014). Sælør, Ness & Semb (2015) seier at tillit er eit sentralt omgrep i arbeid med rus- og psykiatrispasientar. Håp er eit viktig omgrep knytt til tillit, og kan bidra til auka tru på eit positivt utfall og/eller betring. Vidare blir tillit omtalt som viktig ovanfor seg sjølv, men og i relasjon med sjukepleiar og andre utanforståande. Mange pasientar med ROP-liding har møtt på ei rekke omfattande utfordringar, og tilnærma seg erfaringar relatert til livssituasjon, som har sett spor i pasientens liv. På bakgrunn av dette er det svært viktig å bli møtt av ein sjukepleiar som har håp for pasienten, og tru på at pasienten kan meistre kampen mot en betre livssituasjon. Det er tryggjande for pasienten å ha ein sjukepleiar som kan inspirere, motivere og gje råd om vegen vidare. Det kjem fram at pasientgruppa tek nytte av at sjukepleiar, familie, vener og andre relasjonar ikkje gir opp håpet for pasientens framtid (Sælør, Ness, & Semb, 2015).

4.4 Ein god relasjon inneberer kjensla av respekt

Biong & Soggiu (2015) beskriv at det å etablere og vedlikehalde ein god relasjon vart sett på som essensielt. Dei beskriv også kva som vart oppfatta som ein god relasjon. Ein god relasjon inneberer aspektar som; kontakt og forståing, samt at tryggleik vart sett sterkt pris på av alle pasientane. Ein god relasjon gir rom for lytting. Det var sagt av ein deltakar, at viss ein har ein god relasjon med sjukepleiar, vil dei lytte meir til det du seier, enn hjå andre folk. Dersom ein god relasjon var til stades, gav det også moglegheiter for å snakke om ting som er emosjonelt vanskelege. Nokre av pasientane såg på det å ha ein god relasjon med først og fremst ein sjukepleiar eller personalet, som eit viktig terapeutisk verktøy. Den underliggjande forståinga til dette var at, det å etablere ein nær relasjon til ein anna person, ville gje pasienten moglegheiter til å utforske andre konstruktive relasjonar seinare i behandlingsforløpet. Det blir sagt at; først må pasienten kjenne at han har stabilitet og tryggleik – med respekt til ein person (Biong & Soggiu, 2015).

I følge Sælør, Ness, & Semb (2015) vil gjensidig tillit og respekt i relasjon mellom pasient og sjukepleiar, gjenspeglast av håp frå begge partar. Når pasienten opplev at sjukepleiar har tillit til han, kan det fremje ein åtferds forandring og haldning, som set lys på pasientens ynskje om å ikkje skuffe sjukepleiaren. Pasientar som opplev å bli møtt med negative haldningar på veg mot- og i behandling, kan ta desse negative erfaringane med seg, og det vil bli vanskelegare å etablere ein god relasjon. Det er derfor viktig at sjukepleiar viser sin tilgjengelegheit i lys av respekt overfor pasienten (Sælør, Ness, & Semb, 2015). I følge Sælør, Ness, Borg & Biong (2015) ser pasientar på respekt som eit viktig tema. Det blir verdsett at sjukepleiar har ein respektfull haldning, med tanke på erfaringane og utfordringane pasienten må forholde seg til. Vidare kjem det fram at pasientane i studia ser på håp som eit emne det er viktig å samarbeide om, og at etablering av trygge relasjonar er ein forutsjånad for dette. Samtidig som håp er viktig for etablering av relasjonen mellom sjukepleiar og pasient, er ein trygg og god relasjon også eit grunnelement for håp (Sælør, Ness, Borg, & Biong, 2015).

4.5 Ein god relasjon inneberer å skape tryggleik

I følge Hoxmark & Wynn (2010) er etablering av ein god terapeutisk relasjon relatert til tryggleik viktig for behandlingsprosessen. Aspektar som står sentralt er forståing, kommunikasjon og tillit. Pasientane er avhengig av ei kjensle av at sjukepleiar og eventuelt anna helsepersonell er til stades undervegs i behandlinga, og at det føreligg ein gjensidig tillit mellom pasient og sjukepleiar. Det er grunnleggjande at pasienten kjenner seg forstått og akseptert i etablering av ein terapeutisk relasjon. Dette er forhold som må leggjast til grunn for at pasient skal få ei oppleving av tryggleik i behandlinga. Vidare blir tryggleik illustrert i form av ulike strategiar, blant anna ved å vise interesse for pasienten. Dette kan gjerast ved å vise at ein er i stand til å tolerere og å vise omsorg, uavhengig av pasientens oppturar og nedturar. Det å vere til stades, forutsigbar, kommunisere både verbalt og fysisk, samt å gje uavhengig omsorg kontinuerleg, kan bidra til at pasienten opplev ei form for omsorg dei i utgangspunktet ikkje er vande med. Ein relasjon som inneberer desse nemnde komponentane skapar trygge rammer, og kan medverke til etablering av ein trygg og god relasjon (Hoxmark & Wynn, 2010).

Ness, Borg & Davidson (2014) beskriv at det å reetablere sosiallivet og ha støttande relasjonar, var noko pasientane beskreiv som ein nøkkelfaktor i samanheng med ein betringsprosess. Deltakarane beskriv også at ein anna viktig del av betringsprosessen, var å vere omgitt av omsorgsfulle menneskjer. Det å ha ein god relasjon inneberer å bli «elska» og akseptert som ein er- som eit menneskje. Som har personar i livet sitt som har trua på ein, (sjølv om og når dei ikkje har trua på seg sjølv) (Ness, Borg, & Davidson, 2014).

4.6 Samla beskriving av resultat

Her vil vi presentere punkt 4 i Evans (2003-2004) sin modell, samla beskriving av funna frå artiklane (Evans, 2002-2003).

Vi ser gjennom dei føregåande punkta i resultatkapittelet, at ein god relasjon inneberer fleire komponentar for at den skal vere vellukka. For at ein god relasjon skal etablerast er det nokre komponentar som er naudsynt å vere til stades. Ein god relasjon inneberer god kommunikasjon, tillit, respekt, mellommenneskelege forhold og tryggleik frå begge partar i relasjonen, sjukepleiar – pasient. Det vert i alle artiklane beskrive at ein god og tillitsfull relasjon står sentralt og er essensielt i behandling, hjå pasientar med samtidig rus- og psykisk lidning. Tillit kan vere ein avgjerande faktor for at pasienten meistrar behandlinga på ein positiv måte. Gode haldningar og utøving med respekt for heile menneskje er vesentleg for å skape ein god relasjon med pasientar, og det er viktig for behandling. Gjensidig tillit i ein relasjon mellom pasient og sjukepleiar, gir rom for openheit til å kunne snakke om alt frå kvardagslege ting, til dei vanskelegare emosjonelle samtalan. Håp er eit viktig omgrep knytt til tillit, og kan bidra til auka tru på eit positivt utfall og/eller betring. Det er tryggande for pasienten å ha ein sjukepleiar som kan inspirere, motivere og gje råd om vegen vidare.

5.0 Drøfting

I denne delen av oppgåva vil vi drøfte tema som er relevante for problemstillinga, og hensikta med oppgåva; «Kva betydning har det å skape ein god relasjon mellom sjukepleiar og pasientar med samtidig rus- og psykisk liding?». Vi har gjennom dei føregåande punkta i oppgåva, gått gjennom teori og forskning vi har funne relevant, og som svarar til hensikta med oppgåva. Vi vil også her ta med anna forskning vi har funne relevant til drøftinga, for å svare på hensikta. Vi meiner at betydninga av ein god relasjon i møte med pasientar med samtidig rus- og psykisk liding er viktig. Det er viktig å ha respekt for pasienten som menneskje, og ikkje berre lidinga bak menneskje. Ved god relasjon gir det rom for openheit gjennom samtalar med pasientane, det gir også i større grad moglegheit for å kunne støtte pasientane til meistring i behandling, og i kvardagen.

Kommunikasjon inneberer autentisk nærvær i relasjonen

Hoxmark & Wynn (2010) fortel at ein god relasjon er viktig då det gir rom for ein open dialog, kor pasienten kan dele sine problem med ein sjukepleiar som lyttar aktivt (Hoxmark & Wynn, 2010). Gilbert, Rose & Slade (2008) støtter opp under dette og beskriv at kommunikasjon inneberer 3 aktivitetar; Samtale, lytting og forståing. For at ein kommunikasjon skal finne sted, er det naudsynt at deltakarane i kommunikasjonen er tilgjengelege, og tek initiativ til kontakt (Gilbert, Rose, & Slade, 2008). Martinsen (2000) beskriv at det å vere profesjonell ikkje motsett seg betydninga av å ha ein følsam kommunikasjon med pasienten, med dette meinast det at sjukepleiar skal evne å lytte, setje seg inn i pasientens situasjon og hans oppleving av eigen sjukdom (Martinsen, 2000). Sjukepleiaren må vise ein autentisk vennlegheit, bry seg om pasienten, og ikkje berre på bakgrunn av hans situasjon og hjelpebehov, men fordi pasientens situasjon berører ein (Nortvedt, 2012).

På den andre sida meiner vi at svikt i kommunikasjonen mellom pasient og sjukepleiar kan føre til ein vanskeleg relasjon. Chorlton, Smith & Jones (2015) beskriv at ein negativ kommunikasjon er gjenspegla av krav, snakke- framfor å lytte, og å ta slutningar på vegne av pasientens omsorgsbehov utan å avleggje ei forklaring. Ein slik tilnærming overfor pasienten kan medføre konkurranse, framfor eit samarbeid. Dette kan potensielt påverke relasjonen, ved at sjukepleiar har moglegheit til å auke eller redusere maktforskjellar (Chorlton, Smith, & Jones, 2015). Martinsen seier at viss pasienten skulle kjenne at han er viktig, berre fordi han representerer eit interessant kasus eller ein ny læresituasjon, der ein kan få prøvd ei prosedyre, kan pasienten kjenne seg misbrukt- meir enn ivareteken (Nortvedt, 2012).

Vi erfarte i praksis at det var vanskeleg å tilnærme seg pasientgruppa, og å utvikle god kommunikasjon mellom oss og pasientane. Truleg på bakgrunn av at mange av pasientane hadde dårlege erfaringar med å utvikle relasjonar, og dei relasjonane dei allereie har til, til dømes; familie.

Mange av pasientane har negative erfaringar, og gav uttrykk for sjukepleiarane sine gode haldningar i samhandlinga var viktig. Det vart sett pris på at sjukepleiar oppfordra og viste interesse til ein open dialog med pasienten, der dei kunne snakke om kvardagslege ting, og ikkje berre sjukdom og behandling. Slik vi ser det er kommunikasjonens betydning i relasjon viktig for pasientar med ROP-liding. Ljungberg et al. (2015) beskriv at pasientar med psykisk liding tykkjer at det er trygt å ha ein profesjonell å snakke med, uavhengig av tema dei har behov for å snakke om. Den gode relasjonen kan sjåast som viktig for pasienten, ved at den gir opphav til samtalar og diskusjon med sjukepleiar, amt at det gir rom for å ta opp problem som er sensitive for pasienten. Her kan sjukepleiaren rådføre pasienten i å sjå ulike handlingar og løysingar (Ljungberg, Denhov, & Topor, 2015).

Den etiske fordring som fundament i den mellommenneskelege relasjonen

Travelbee (2001) beskriv samhandlinga mellom pasient og sjukepleiar, og at det er viktig å skape eit menneskje – til menneskje – forhold til pasienten. Sjukepleiar og pasient kan relatere seg til kvarandre som menneskje til menneskje, og ikkje som sjukepleiar til pasient (Travelbee, 2001). Sawicka et al.,(2009) seier noko om at alle har eit grunnleggjande behov for å skape ein relasjon til andre menneskjer. I praksis betyr dette at pasientens behov for ein god relasjon med sjukepleiar er gjensidig (Sawicka, Osuckowska, Wainek, Kosznik, & Meder, 2009).

Hanson & Taylor (2000) seier at ein kan nytte ein humanistisk filosofi om mellommenneskelege forhold. Filosofien inneberer friheit, autonomiprinsippet og kva rolle desse omgrepa spela for det å vere eit menneskje. Friheit og autonomi bidreg til mogelegheita til å ta eigne livsval, dette gjeld og livssituasjonen pasienten befinn seg i no, og nyttast ut ifrå rammene av friheit pasienten har i behandlinga (Hanson & Taylor, 2000). Ljungberg et al. (2015) påpeika at nyttige aspekt i samarbeid mellom helsepersonell og pasientar, er dei mellommenneskelege forholda som inneberer å være høfleg, imøtekommande, tolmodig, involvert og interessert i pasientens situasjon. Innan støtte – og omsorgstenestene, er nyttige komponentar av relasjon mellom pasientar med komorbide lidingar, eit samspel av mellommenneskelege prosessar. Det er av avgjerande faktor for den mellommenneskelege prosessen, at den som yter helsehjelp møter pasienten med gode haldningar og god åtfærd (Ljungberg, Denhov, & Topor, 2015).

Henriksen og Vetlesen (2000) seier at i følge nærleiksetikken er våre moralske intuisjonar, omgrep og prinsipp uløseleg knytt til vår erfaring med å vere eit menneskje blant menneskjer. Moral inngår i sjølve tilværinga. Den moralske fordring møter oss straks vi møter eit anna menneskje (Henriksen & Vetlesen, 2000). Dahle & Iversen (2014) beskriv at mange pasientar belyser haldningane til tilsette som viktig, ved at dei ynskjer å bli møtt som eit menneskje og ikkje som ein pasient. I følge

pasientane legg dei stor vekt på det å helse, vere imøtekommande og ha samtalar om alt og ingenting (Dahle & Iversen, 2014).

Ein tillitsfull relasjon inneberer respekt og tryggleik

I følgje Chorlton, Smith & Jones (2015) meiner dei at når ein tillitsfull relasjon er etablert, og sjukepleiar utøver medfølande omsorg, bidreg det til openheit mellom pasienten og sjukepleiar. Dei påpeikar også at tillit og openheit kan gi rom for oppleving av psykisk velvære (Chorlton, Smith, & Jones, 2015). Vi erfarte i byrjinga av praksis at pasientgruppa var skeptisk til oss, og at dei helst ville gjere sine daglege aktivitetar åleine. Etter kvart som pasientgruppa vart kjend med oss, og vi fekk etablert ein relasjon til kvarandre, fekk vi vere med på fleire av dei daglegdagse aktivitetane til pasientane. Når ein gjensidig tillit vart etablert med pasientane, opplevde vi at det vart rom for ein open dialog, og vi fekk ta større del i pasientens prosess i recovery (betring).

Borg, Karlsson & Stenhammer (2013) beskriv recovery som ein personleg og unik prosess, og ei naturleg hending som seier noko om relasjonen mellom pasient og sjukepleiar. Målet med recovery er å oppnå eit liv som gir meining, samt håp og trivsel med seg sjølv (Borg, Karlsson, & Stenhammer, 2013). Mange av pasientane innan ROP-feltet kan ha fleire negative erfaringar frå fortida, som har sett sine spor i pasienten sitt liv. Sælør, Ness & Semb (2015) seier at det er viktig at sjukepleiar ytrar håp for pasienten, og betringsprosessen han befinn seg i (Sælør, Ness, & Semb, 2015). Borg, Karlsson & Stenhammer seier følgjande; for ein vellukka betringsprosess krev det djup forståing og respekt for pasienten, kunnskap om recovery-tenking og ROP-feltet. Som sjukepleiar må ein setje seg inn i kvar enkelt pasient sine tankar, oppleving og synspunkt i prosessen (Borg, Karlsson, & Stenhammer, 2013).

På ein anna side seier Karlsson (2016) at dersom det er mangel på tillit mellom sjukepleiar og pasient, kan det bidra til å oppretthalde ein negativ sirkel for pasienten, ved at dei lukkar seg inne med sine problem. Dei kan ha nok tillit til å oppsøkje hjelp, men ikkje nok til å uttrykke sine behov (Karlsson, 2016). Travelbee (2001) påpeikar at dersom det ikkje er gjensidig tillit mellom sjukepleiar og pasient, kan pasienten bruke mykje energi på å teste ut sjukepleiaren (Travelbee, 2001). Dette er noko vi også erfarte i praksis, ved at pasientane «testa» grensene til oss som studentar i avdelinga.

Sælør, Ness & Semb (2015) seier noko om at gjensidig tillit og respekt i relasjonen mellom pasient og sjukepleiar, kan sjåast i lys av håp frå begge partar. Når pasienten opplev gjensidig tillit, kan det bidra til endring av haldningar som; at pasienten ikkje ynskjer å skuffe sjukepleiaren (Sælør, Ness, & Semb, 2015). I følgje Sælør, Ness, Borg & Biong (2015) uttrykk mange pasientar at respekt er eit viktig tema innan etablering av relasjon. ROP-pasientar kan ha mange erfaringar og utfordringar dei må forhalde seg til, og dei verdsett høgt at sjukepleiaren har ein respektfull haldning (Sælør, Ness, Borg, & Biong,

2015). Anna forskning vi har funne støttar opp om dette, Dahle & Iversen (2014) beskriv at for å skape ein god relasjon mellom pasient og sjukepleiar, må behandlar vere bevisst på behovet for det. Dette inneberer å skape trygge rammer, møte pasient med respekt, vennlegheit og gode haldningar (Dahle & Iversen, 2014).

På den andre sida kan negative haldningar påverke etablering av relasjonen mellom pasient og sjukepleiar. I følgje Sælør, Ness & Semb (2015) kan pasientar ta innover seg negative haldningar frå sjukepleiar, og det kan bli vanskeleg å etablere ein god relasjon. Det er derfor viktig at sjukepleiaren viser sin tilgjengelegheit i lys av respekt, ovanfor pasienten (Sælør, Ness, & Semb, 2015). Fjørtoft (2012) seier at i recovery-prosessen er det viktig å oppnå ei forståing ovanfor pasienten og hans situasjon. Dette kan gjerast på forskjellige måtar, for eksempel ved å tilnærme seg pasienten med respekt, interesse og tolmodigheit. Det er viktig at ein overkjem verknaden av psykisk helsesvikt, for å oppnå eit holistisk syn på pasienten og hans situasjon. Når ein nyttar recovery-tenking får ein moglegheit til å samarbeide med pasientane, ved at dei nyttar eigne ressursar i behandling. Det er viktig at sjukepleiaren gir pasienten den tida han treng, samt å motivere til at pasienten skal finne og bruke eigne ressursar i samarbeid med sjukepleiaren (Fjørtoft, 2012).

Hoxmark & Wynn (2010) nemner ulike komponentar som skaper trygge rammer, og som leggjast til grunn for etablering av ein trygg og god relasjon. Blant anna komponentar som; verbal og non-verbal kommunikasjon, at sjukepleiar er forutsigbar og tilgjengeleg, samt å utøve uavhengig omsorg kontinuerleg. Dette er faktorar som kan bidra til ei kjensle av omsorg dei i utgangspunktet ikkje er vand med (Hoxmark & Wynn, 2010). Vi erfarte i praksis at tillit og tryggleik er noko som heng saman. Vi merka at når ein tillitsfull relasjon var etablert med pasientane, vart dei tryggare på oss som personar, og dei stilte seg meir disponible til å dele av sine livserfaringar og tankar. Dette opplevde vi som naudsynt for å få ei forståing av pasienten. Travelbee (2001) seier at tillit som følgje av sympati- og medkjensle, avløysast av tryggleik. Med dette meinast det at tryggleik er eit trinn vidare i forhold til tillit (Travelbee, 2001).

Slik vi ser det, er pasientar med ROP-liding ei svært sårbar og utsett pasientgruppe i samfunnet. I praksis opplevde vi pasientgruppa som generelt frustrerte og utrygge i starten av behandlingsforløpet. Haldningane våre i tilnærminga til pasientane, hadde tilsynelatande mykje å seie for relasjonen mellom oss. Som vi har påpeika tidlegare i drøftinga, opplevde vi at pasientane vart meir trygg på oss etter kvart som vi vart meir kjend. Vi trur at dette har ein samanheng med vår tilnæringsmåte, og at vi møtte pasientane med eit holistisk syn. Linda Berg (2006) beskriv i sin artikkel at ei tolka heilheits forståing av den gode relasjonen, viste seg å fram stå som ein dynamikk mellom frustrasjon, drivkraft og omsorgsfull tilnærming. Dette låg til grunn for pasientane si

bevisstøking etter tryggleik. Denne bevisstøkinga skapte forutsjånadar for realisering av ei heilheitleg tilnærming, som gjorde at omsorga til pasientane vart opplevd som meiningsfull og skapte kraft. Dette var med på å minske pasientens oppleving av sårbarheit, og å oppretthalde deira verdigheit (Berg, 2006). Hill, Penson & Charura (2016) beskriv at det er mykje forskning og teori som føreslår at den terapeutiske relasjonen er hovudingrediensen i å oppnå eit vellukka terapeutisk utfall. Du vil komme lengre med ein pasient ved hjelp av god terapeutisk relasjon og dårlege teknikkar, enn med gode teknikkar og ein dårleg relasjon (Hill, Penson, & Charura, 2016).

6.0 Konklusjon

Hensikta med oppgåva vår var å finne kva betyding det har å skape ein god relasjon mellom sjukepleiar og pasientar med ROP-liding. Vi meiner at betydinga av å skape ein god relasjon er viktig, med tanke på samarbeid mellom sjukepleiar og pasientar med ROP-liding i behandling. Eit godt samarbeid basert på ein god relasjon, er viktig for å fremje motivasjon og håp til meistring i ein betringsprosess. Vi meiner at dersom samarbeidet mellom sjukepleiar og pasient inneheld kommunikasjon, tillit, respekt, mellommenneskeleg tilnærming og trygge rammer, kan ein skape ein god relasjon, forutsett at den er gjensidig.

Dersom nokon ynskjer å forske kring temaet vi har belyst, kan det vere relevant å gå djupare inn i sjukepleiar sin rolle i samhandling med pasientar med ROP-liding. Vi fann lite forskning kring sjukepleiar-pasientperspektivet, og mykje om pasientperspektivet. Det kan vere nyttig å få ei betre forståing om samspelet mellom dei, og ikkje berre i frå den eine, eller den andre sida.

Frå vårt synspunkt meiner vi at det burde vere meir undervisning om ROP i sjukepleiestudiet, då det er eit aukande problem i samfunnet. Det er ei pasientgruppe ein kan møte på i alle ledd i omsorgstenestene. Det kan vere vanskeleg å møte behova til pasientane, dersom ein har lite for-kunnskap om denne pasientgruppa.

Bibliografi

- Berg, L. (2006). *Vårdande relation i dagliga möten*. Henta frå GUPEA:
<https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/743/1/Linda%20Berg%20ram.PDF>
- Biong, S., & Soggiu, A.-S. (2015). «Her tar de tingene i henda og gjør noe med det» - Om recovery-orienteringen i en kommunal ROP-tjeneste. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, ss. 51-60. Henta frå
https://www.idunn.no/tph/2015/01/her_tar_de_tingene_i_henda_og_gjoer_noe_med_det_-_om_recov
- Biong, S., & Ytrehus, S. (2012). *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. (S. Ytrehus, Red.) Oslo: Akribe AS.
- Borg, M., Karlsson, B., & Stenhammer, A. (2013, 11 05). *Nasjonalt kompetansesenter for psykiskhelsearbeid*. Henta frå Samforsk.no:
<https://samforsk.no/Publikasjoner/Recoveryorienterte%20praksiser.pdf>
- Chorlton, E., Smith, I., & Jones, S. A. (2015). Understanding how people who use illicit drugs and alcohol experience relationships with psychiatric inpatient staff. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, ss. 51-58. doi:10.1007/s00127-014-0920-2
- Dahle, K. A., & Iversen, H. H. (2014, 10 07). *Hva er viktig for pasienter innen rusbehandling*. Henta frå kunnskapssenteret.no: <http://www.kunnskapssenteret.no/en/publications/what-is-important-for-patients-receiving-inpatient-substance-dependence-treatment>
- Davidson, L., Andres-Hyman, R., Bedregal, L. E., Kirk, T. A., Tondora, J., & Frey, J. (2008, 07). From "Double Trouble" to "Dual Recovery": Integrating Models of Recovery in Addiction and Mental Health. *Journal of Dual Diagnosis*, ss. 273-290. doi:10.1080/15504260802072396
- Drake, R. E., & Mueser, K. T. (2000). Psychosocial Approaches to Dual Diagnosis. *Schizophrenia Bulletin*, ss. 105-118. Henta frå PubMed.gov:
<http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/26/1/105.long>
- Evans, D. (2002-2003). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data . *Australian Journal of Advanced Nursing* , s. 25.
- Fjørtoft, A.-K. (2012). *Hjemmesykepleie, Ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stocholm: Författarna och Bokförlaget Natur & Kultur.
- Gilbert, H., Rose, D., & Slade, M. (2008). *The importance of relationships in mental health care: A qualitative study of service users' experiences of psychiatric hospital admission*. doi:10.1186/1472-6963-8-92
- Hanson, B., & Taylor, M. F. (2000). Being-With, Doing-With: a model of the nurse–client relationship in mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, ss. 417-423. doi:10.1046/j.1365-2850.2000.00328.x
- Helsedirektoratet. (2012, 03). *Helsedirektoratet.no*. Henta frå Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus – og psykisk lidelse – ROP

- lidelse: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/188/Nasjonal-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser-IS-1948.pdf>
- Helsedirektoratet. (2016, 06). *Helsedirektoratet.no*. Henta frå Samtidige ruslidelser og psykiske lidelser (ROP): <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/samtidige-ruslidelser-og-psykiske-lidelser-rop>
- Helse-og-omsorgsdepartementet. (2008-2009). *Regjeringen.no*. Henta frå <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/sec1>
- Helse-og-omsorgskomiteen. (2015, 11 13). *Stortinget.no*. Henta frå <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2015-2016/inns-201516-240/?lvi=0#a1.2>
- Henriksen, J.-O., & Vetlesen, A. J. (2000). *Nærhet og distanse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hill, D., Penson, W. J., & Charura, D. (2016). Working with Dual Diagnosis, A psychosocial perspective. *Foundations of mental health practice*, 68-71. doi:10.7748/ns.30.45.32.s38
- Hoxmark, E. M., & Wynn, R. (2010). Health providers' Descriptions of the Significance of the Therapeutic Relationship in Treatment of Patients with Dual Diagnoses. *Journal Of Addictions Nursing*, ss. 187-193. Henta frå <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/10884602.2010.520170?scroll=top&needAccess=true>
- Karlsson, B. (2016). *Det går for sakte... i arbeidet med psykisk helse og rus*. (B. Karlsson, Red.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kasèn, A. (2002). Den vårdande relationen. *Institutionen för vårdvetenskap*. Henta frå <https://www.abo.fi/fakultet/varldvetavhandlingar>
- Kunnskapsdepartementet. (2007). *Lov om behandling av etikk og redelighet i forskning (forskningsetikkloven)*. Henta frå Lovdata.no: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2006-06-30-56?q=forskningsetikkloven>
- Ljungberg, A., Denhov, A., & Topor, A. (2015, 01). The Art of Helpful Relationships with Professionals: A Meta-ethnography of the Perspective of Persons with Severe Mental Illness. *Psychiatric Quarterly*, ss. 471-495. doi:10.1007/s11126-015-9347-5
- Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Ness, O., Borg, M., & Davidson, L. (2014). Facilitators and barriers in dual recovery: a literature review of first-person perspectives. *Advance in dual diagnosis*, ss. 107-117. doi:10.1108/add-02-2014-0007
- Ness, O., Borg, M., Semb, R., & Karlsson, B. (2014). "Walking alongside:" Collaborative practices in mental health and substance use care. *International Journal of Mental Health systems*, ss. 1-8. doi:10.1186/1752-4458-8-55
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert, en arbeidsbok*. Oslo: Akribe AS.
- Nortvedt, P. (2012). *Omtanke, en innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag AS.

- Pettersen, H., Ruud, T., Havnes, I., & Landheim, A. (2014, 10). Engagement in assertive community treatment as experienced by recovering clients with severe mental illness and concurrent substance use. *International Journal of Mental Health Systems*, ss. 1-12. doi:10.1186/1752-4458-8-40
- Sawicka, M., Osuckowska, A., Wainek, J., Kosznik, K., & Meder, J. (2009). The Phenomenon of dual diagnosis in the light of attachment theory- a case study. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, ss. 57-64. Henta frå http://www.archivespp.pl/uploads/images/2009_11_4/57_APP_4_2009.pdf
- Staiger, P. K., Thomas, A. C., Riccadelli, L. A., McCabe, M. P., Cross, W., & Young, G. (2010). Improving services for individuals with a dual diagnosis: A qualitative study reporting in the views of service users. *Addiction Research and Theory*, ss. 47-55. doi:10.3109/16066351003637278
- Stordalen, J., & Støren, I. (2010). *Bare skriv! Praktisk veiledning i oppgaveskriving*. Oslo: Cappelen Forlag AS.
- Svartdal, F. (2014, 12 24). *Store Norske Leksikon*. Henta frå snl.no: <https://snl.no/fagfelle vurdering>
- Sælør, K. T., Ness, O., & Semb, R. (2015). *Taking the plunge: Service users' experiences of hopee within the mental health and substance use services*. doi:<http://dx.doi.org/10.15714/scandpsychol.2.e9>
- Sælør, K. T., Ness, O., Borg, M., & Biong, S. (2015). You never know what's around the next corner: exploring practitioners' hope inspiring practices. *Advances in dual diagnosis*, ss. 141-152. doi:10.1108/ADD-05-2015-0010
- Travelbee, J. (2001). *Mellommennesklige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Wadell, K., & Skärsäter, I. (2007). Nurses' experiences of caring for patients with a dual diagnosis of depression and alcohol abuse in a general psychiatric setting. *Issues in Mental Health Nursing*, ss. 1125-1140. doi:10.1080/01612840701581230

Vedlegg I

Vedlegg 1. Søkeshistorikk

Nr.	Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstract	Leste artikkel	Inkludert artikkel
1.	Dual diagnosis and interpersonal relationships	15.11.16	Academic Search Elite	24	x	x	x
2.	Dual diagnosis and relationships and importance of	15.11.16	Academic Search Elite	26	x	x	x
3.	Manuelt søk	14.11.16	Google Scholar		x	x	x
4.	Dual diagnosis and understanding and relationships	10.11.16	Academic Search Elite	43	x	x	x
5.	Manuelt søk: Facilitators and barriers in dual recovery: a literature review of first-person perspectives	22.10.16	Google Scholar		x	x	x
6 + 7.	Manuelt søk	14.11.16	Google Scholar		x	x	x
8.	Manuelt søk:	22.10.16	Google Scholar		x	x	x
9.	Dual diagnosis and care and alcohol abuse and psychiatric	01.11.16	Academic Search Elite	77	x	x	x
10.	ROP	28.10.16	SveMed+	8	x	x	x

Vedlegg II. Oppsummering av artiklar i resultatkapittelet

Forfattarar	Tittel	Hensikt	Metode	Deltakar	Hovudfunn
Land					
År					
1. Maryla Sawicka, Anna Osuchowska, Joanna Wainek, Karina Kosznik & Joanna Meder. Polen 2009	The Phenomenon of dual diagnosis in the light of attachment theory – a case study	Å studere eit case basert på ein mann sitt liv, i lys av tilknutnings-teori.	Studien er basert på eit case; det vil seie basert på ein pasients livssituasjon.	32 år gammal mann med lidingar som; schizofreni, alkoholmis-buk og amfetamin-misbruk.	Vanskelegheita rundt komorbide lidingar, som ved ROP-liding er å kombinere behandlingane og korleis ein møter pasientgruppa. Uavhengig av om det er fokus på rus eller den psykiske lidinga treng pasienten ein god relasjon til sjukepleiaren, og relasjonen utviklast på bakgrunn av pasientens evne til utvikling å utvikle relasjonar til andre menneskje.
2. Petra K. Staiger, Anna C. Thomas, Lina A. Riccadelli, Marita P. Mccabe, Wendy Cross & Greg Young. Australia 2010	Improving services for individuals with a dual diagnosis: A qualitative study reporting on the views of service users	Hensikta er å undersøkje sørvis erfaringar (barrierar i behandling og forslag til forbetringar) frå perspektivet til dei med denne type diagnose; høg førekomst av psykisk liding og samtidig alkohol og/eller rusmisbruk.	Kvalitativ metode.	44 pasientar med dobbeltdiagnose.	Klinikarar som jobbar innan rus- og psykiatrisk liding må etablere ferdigheiter til å identifisere, vurdere og kompetent behandle desse komplekse lidingane som standard i praksisen. Vidare å arbeidarane gjenkjenne og assistere med eit breiare sosialmiljø som kan ha innflyting på pasientens evne til recovery.
3. Ellen Margrethe Hoxmark & Rolf Wynn. Noreg 2010	Health Providers' Descriptions of the Significance of the Therapeutic Relationship in Treatment of Patients with Dual Diagnoses	Hensikten med studien var å kartlegge betydningen av den terapeutiske relasjonen i behandling av pasientar med rusproblematikk og dobbeltdiagnoser.	Kvalitativ forskingbasert på data innhenta frå to avdelingar, ein avdeling for rusproblematikk og ein avdeling for ROP-pasientar. Det vart nytta fokusgrupper med to eller fleire personar til stades i kvar gruppe. Analysen vart basert på ein fenomenologisk metode.		Å etablere og behalde ein god relasjon var viktig for begge gruppene, med noko ulik fokusområde ved relasjonen. Ein god terapeutisk relasjon er viktig i ROP-feltet, blant anna fordi det bidreg til eit meir forutsigbart behandlingsforløp og tryggleik for pasienten.
4. Chorlton, E, Smith, I. & Jones, S.A. United Kingdom	Understanding how people who use illicit rugs and alcohol experience relationships with psychiatric inpatient staff	Hensikten med studien var å finne ut korleis eit utval av pasientar opplev det å vere innlagt ved ein	Det vart nytta semistrukturerte intervju. Data vart tolka i ei fenomenologisk analyse.	Ti vaksne: fem menn, og fem kvinner frå åtte institusjonar. Alle deltakarane hadde	Funn i studia seier noko om korleis omsorg og medkjensle frå personalet kan bidra til minska grad av frykt for avvising. Vidare kjem det fram at relasjon mellom pasient og personale (sjukepleiar) kan påverkast av maktforskjellar

2015		psykiatrisk eining med fokus på relasjon. Studien tek sikte på eit brukerperspektiv og deira erfaring av relasjonane mellom pasient og personalet (sjukepleiar).		samtidig rus – og psykiske lidingar.	mellom dei, og at omsorgsfull sjukepleie står sentralt for utøving av sjukepleie.
5. Ness, O, Borg, M. & Davidson, L. Noreg 2014	Facilitators and barriers in dual recovery: a literature review of first-person perspectives	Hensikten med artikkelen er å identifisere og vurdere kva pasientar med samtidig rus- og psykiske lidingar beskriv som tilretteleggjande helsehjelp og barrierane ved den.	Metoden for denne studien var en review av litteratur henta frå eit breitt overblikk, 370 artiklar vart gjennomgått.		Funna i studien sentraliserar seg mot ein meningsfull kvardag, fokus på framtid, etablering av eit sosialt liv og støttande relasjonar. Andre funn i studien er barrierer som setter ein stopper for recovery; mangel på skreddarsydd helsehjelp, komplekse og ukoordinerte tenester.
6. Sælør, Ness & Semb Noreg 2015	Taking the plunge: Service user's experiences of hope within the mental health and substance use services.	Formålet med denne studia er å undersøkje korleis håp er opplevd frå eit første-person perspektiv, på pasientar med samtidig rus- og psykiske lidingar, og kva som kan inspirere til oppleving av håp.	Data vart samla inn gjennom kvalitative dybdeintervju med ni pasientar.	9 pasientar med rus- og psykisk liding.	Håp vart sett på som svært viktig av pasientgruppa, då det bidrog til endring av haldningar, ambisjonar og håp for framtida. Tillit og tryggleik både i forhold til seg sjølv, helsepersonell og andre vart sett på som sentralt for å byggje opp igjen håp og tru på noko betre for framtida.
7. Sælør, Ness, Borg & Biong Noreg 2015	You never know what's around the next corner: exploring practitioners' hope inspiring practices	Hensikta med denne artikkelen er å kartlegge korleis første-person i helsetenesta tilnærma seg pasientane og korleis det vidare inspirerar til håp.	Denne kvalitative studien er ein del av eit større aksjonsforskningsprosjekt. Data vart samla inn ved hjelp av dybdeintervju med åtte deltakarar.	8 pasientar med rus- og psykisk liding.	Håp vart oppfatta som eit sentralt fenomen for utøvarar innanfor psykisk helse og rusmiddelbruk tenester. Følgande overordna tema vart identifisert gjennom tematisk analyse: "Tru på seg sjølv og andre", "sjå og anerkjenne moglegheiter og vegen mot håp".
8. Pettersen, H., Ruud, T., Ravndal, E., Havnes, I. & Landheim, A. Noreg	Engagement in assertive community treatment as experienced by recovering clients with severe mental illness and concurrent substance use	Hensikta er å utforske erfaringar av å bli rekruttert til og å få ACT-behandling hjå pasientar med diagnosen alvorleg	Kvalitativ studie. 20 semistrukturerte intervju.	11 pasientar med ROP-lidningar, som var inkludert i eit ACT-team. Pasientane skal ha vore under	Tillitsfulle relasjonar står sentralt i behandling av ROP-liding. Tillit kan vere ein avgjerande faktor for at pasienten meistrar behandlinga på ein positiv måte. Mange av pasientane opplev ACT-teamet som eit sikkerhetsnett og eit at varig

2014		psykisk lidning og samtidig rusmisbruk.		behandling minst 12 månadar	engasjement verkar motiverande og gjensidig tillit sjåast på som viktige faktorar i behandlinga.
9. Wadell, K. & Skärsäter, I. Sverige 2007	Nurses' experiences of caring for patients with a dual diagnosis of depression and alcohol abuse in a general psychiatric setting.	Beskrive psykiatriske sjukepleiarar sine erfaringar med å ha omsorg for personar med ein dobbelt diagnose av depresjon og alkoholmisbruk.	Beskrivande kvalitativ metode	9 kvinner og 2 menn i alderen 33-64 år med sjukepleiarerfaring på mellom 1-38 år. 3 av desse var spesialisert utdanna innan psykiatrisk sjukepleie.	Sjukepleiarane som jobba med pasientar med dobbeltdiagnose, beskriv at basisen for kontinuerlig omsorg og behandling, var eit tillitsfullt forhold og høgt nivå med samarbeid med pasientane. Utaneit godt samarbeid med pasienten, vart det vanskeleg å motivere til å fortsette i behandling.
10. Biong, S. & Soggiu, A-S. Noreg 2015	«Her tar de tingene i henda og gjør noe med det» - Om recovery-orienteringen i en kommunal ROP-tjeneste	Hensikta er å undersøkje korleis brukarar av eit kommunalt team for psykisk helse og rus erfarar recovery – orienteringa i praksis.	Kvalitativ metode	Individuelle intervju med 13 brukarar med samtidige lidningar. Psykososial oppfølging frå eit psykisk helse- og rusteam i Noreg.	Deltakaranes erfaring med recovery-orienteringa i tenesta kunne uttrykkast som: Her tar dei tinga i henda og gjer noko med det. Funnet antyder at livskvaliteten for brukarane er knytt til relasjonane og samarbeidet med teamet om dei områda og dei måla som brukarane tykkjer er viktige.