

SPL 3902

Bacheloroppgave i sykepleie

08HBSPLH

Gruppe 811

Hvorfor er miljøterapi benyttet av sykepleiere i behandlingen av pasienter med dobbeltdiagnose?



Høgskolen i Gjøvik

Seksjon for sykepleie, Bachelor i sykepleie.

6. semester, 2011.

Antall ord: 10 164

Sammendrag av bacheloroppgaven

Tittel:	Hvorfor er miljøterapi benyttet av sykepleiere i behandlingen av pasienter med dobbeltdiagnose?	Dato : 05.05.11
Deltaker(e)/Kandidatnr*:	Gruppe 811	
Veileder(e):	Nina Beate Andfossen	
Evt. oppdragsgiver:		
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Miljøterapi, dobbeltdiagnose, rus.	
Antall sider/ord*:	Antall vedlegg: 1	Publiseringsavtale inngått: Ja.
10 164 ord		
<p>Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:</p> <p><i>*Studenter ved HOS fyller inn kandidatnummer og antall ord. Studenter ved IMT og TØL fyller inn deltaker(e) og antall sider.</i></p> <p>Oppgaven handler om miljøterapi som behandlingsmetode for pasienter med dobbeltdiagnose. Samtidig har vi gått litt inn på hva dobbeltdiagnose er og hvordan det er å leve med en slik diagnose. Vi har også skrevet litt om rusmidler og hva inntak av rusmidler gjør med personer som misbruker det. Det er sammenlignet inntak av rusmidler mot psykiatriske symptomer som kan oppstå. Samt et kapittel om kommunikasjon for sykepleiere som arbeider med rus- og psykiatriske pasienter. Til slutt har vi tatt med litt om helseforebyggende og -fremmende arbeid for pasienter med dobbeltdiagnose.</p> <p>Oppgaven er et litteraturstudium i de forskjellige temaene.</p>		

Abstract of bachelor thesis

Title:	Why is milieu therapy used by nurses in their work with patients with dual diagnosis?	Date : 05.05.11
Participants/ Candidate number*:	Group 811	
Supervisor(s)	Nina Beate Andfossen	
Employer:		
Keywords (3-5)	Milieu therapy, dual diagnosis, substance abuse	
Number of pages/words*: 10 164 words	Number of appendix: 1	Availability (open/confidential): open.
<p>Short description of the bachelor thesis:</p> <p><i>*Students at HOS fill in candidate number and number of words. Students at IMT and TØL fill in participants and number of pages.</i></p> <p>This paper is about milieu therapy as a treatment method for patients with dual diagnosis. We have written about what dual diagnosis is and how it is to live with dual diagnosis. We have also written about drugs and what drugs do with a person who abuses it. We have compared substance abuse against different psychiatric symptoms that can appear. The last two chapters is about communication for nurses who work with patients who have dual diagnosis and about promotion of health and prevention of health.</p> <p>This paper is a literature study about these subjects.</p>		

Innhold

Innhold	3
1.0 Innledning.....	5
1.1 Begrunnelse for valg av tema.....	5
1.2 Begrunnelse for valg av problemstilling	5
1.3 Avgrensning av oppgaven.....	5
1.4 Oppgavens hensikt	6
1.5 Oppgavens oppbygning.....	6
2.0 Metodedel.....	7
2.1 Valg av metode.....	7
2.2 Litteratursøk	7
2.3 Kildekritikk.	7
3.0 Teori- og drøftingsdel.....	9
3.1 Dobbeltdiagnose – dobbel kunnskap?.....	9
3.1.1 Rus blant psykiatri og psykiatri blant rus.....	10
3.1.2 Symptomer og tegn på dobbeltdiagnose.....	12
3.1.3 ”Høna eller egget?”	12
3.1.4 Organiske og funksjonelle psykoser.....	13
3.1.5 Egostyrkende sykepleie til pasienter med dobbeltdiagnose	14
3.2 Rusmidler.....	16
3.2.1 Rusmiddelreformen 2004	16
3.2.2 Fysisk eller psykisk avhengighet?.....	16
3.2.3 Røyke, sniffe, spise eller injisere?.....	17
3.3 Miljøterapi.....	19
3.3.1 Fra Guds straff til terapeutisk samfunn	19
3.3.2 Miljøterapeutiske prinsipper – like aktuelt i dag som under 2. verdenskrig	19
3.3.3 utfordringer i behandlingen og sykepleierens holdninger	22
3.3.4 Hvorfor er struktur og regler så viktig for pasienter med dobbeltdiagnose?.....	24
3.3.5 Miljøterapi – mål og samarbeid.....	26
3.3.6 Kvaliteten på arbeidet vi gjør	27
3.4 Kommunikasjon	29
3.4.1 Den hjelpende kommunikasjonen	29

3.4.2 Forandringsprosessen	30
3.4.3 Endringer	31
3.5 Forebyggende helsearbeid	35
3.5.1 Strategier for helsefremmende og -forebyggende arbeid.	35
3.5.2 Tre mål for helsefremmende og -forebyggende tiltak	36
4.0 Konklusjon	37
5.0 Etterord	39
Litteraturliste	40

1.0 Innledning

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Vi ble tidlig enige i at vi ville skrive om temaer innen rus og psykiatri. Dette er temaer vi synes er spennende, samtidig som vi føler at vi trenger mer kunnskap innen fagfeltet. Dette er også en pasientgruppe man kan møte igjen uansett hvor man jobber i helsevesenet. Og dermed et viktig tema å ha tilstrekkelig med kunnskap om. I forbindelse med vår praksis i psykiatri erfarte vi at helsepersonell, både leger og sykepleiere, var veldig usikre på hvordan denne gruppen pasienter skulle behandles for å sikre dem et godt og tilstrekkelig tilbud. Vi ble da nysgjerrige på hvorfor de ble behandlet som ”kasteballer” i helsesystemet.

1.2 Begrunnelse for valg av problemstilling

Problemstillingen vi har valgt er:

Hvorfor er miljøterapi benyttet av sykepleiere i behandlingen av pasienter med dobbeltdiagnose?

Vi har valgt denne problemstillingen fordi vi ønsker å gjøre rede for miljøterapi som behandlingsmetode. Vi ønsker å belyse hvordan miljøterapi kan påvirke livssituasjonen til en pasient med dobbeltdiagnose. Dette føler vi er en relevant og viktig behandlingsmetode ved siden av medikamentell behandling for denne pasientgruppen. Vi mener denne problemstillingen belyser godt hva oppgaven handler om.

1.3 Avgrensning av oppgaven

Vi har valgt å forholde oss generelt til både rusmidler og de forskjellige psykiatriske diagnosene. Hvis vi skulle ha gått nærmere inn på de forskjellige rusmidlene og psykiatriske diagnosene ville vi fått en alt for omfattende oppgave. Og dette ikke er hovedområdet i vår problemstilling. Oppgavens vektlegging har vi i stedet valgt å legge på områdene om miljøterapi og dobbeltdiagnose. Vi har valgt å utelukke emnet: betydningen av familiens nettverk. Dette er fordi vi ser på sosialt nettverk som både familie, venner og nærmiljø. Dermed er tankene om familiens betydning med i oppgaven, selv om det ikke er noe eget kapittel.

I stedet for å bruke ord som ”sykepleier” i hele oppgaven har vi noen steder valgt å bruke benevnelsene ”vi” og ”oss”. Dette er da ment som utdannede sykepleiere. I tillegg har vi valgt og ikke benytte ordet ”pasient” alle steder, men i stedet har vi benyttet oss av ”han”. Dette gjør at vi får en bedre flyt i teksten, men dette er ikke ment kjønnsdiskriminerende. Det ble et naturlig ord for oss å bruke, siden de fleste benytter ”han” i faglitteratur når man snakker om pasienten.

Vi har også valgt å ha fokuset på pasient i institusjon i oppgaven. Dette er for å avgrense oppgaven og holde fokus på spesialisthelsetjenesten som ledd i behandlingen.

1.4 Oppgavens hensikt

Vi vil vise hvilket nyttig redskap miljøterapi kan være i arbeidet med denne pasientgruppen. Dette er også en pasientgruppe som ofte blir kasterballe i helsesektoren, og vi har gått litt inn på hvor viktig det er med et helhetlig tilbud til denne gruppen. Samtidig ønsker vi å belyse noen av de utfordringene sykepleieren står ovenfor i behandlingen av pasienter med dobbeltdiagnose.

Vi har valgt å bruke et helt kapittel på kommunikasjon. Dette viser viktigheten av god kommunikasjon som redskap. I tillegg vil det være god hjelp for å bygge relasjoner til en pasientgruppe som kan ha vanskeligheter med å utrykke seg og danne relasjoner med sykepleieren.

1.5 Oppgavens oppbygning

I denne oppgaven har vi valgt å kombinere teori og drøfting. Dette skaper en bedre flyt i oppgaven, mener vi. Vi synes også at det er viktig å kunne komme med eksempler til teorien fra faglitteraturen og da vil drøftingen komme som en naturlig del.

Vi har fem hovedkapitler, men mange underkapitler på disse. Dette for å gi en bedre oversikt over temaene vi har skrevet om, og gi et bedre perspektiv på innholdet i de forskjellige underkapitlene. Samtidig så har vi valgt å begynne oppgaven med et kapittel om dobbeltdiagnoser og et kapittel om rusmidler. Dette er fordi vi ønsker å gi en liten innføring i emnene før vi har skrevet om hovedtemaet vårt, som er miljøterapi.

2.0 Metodedel

2.1 Valg av metode

Dalland (2007) har brukt Tranøys definisjon på metode. Metode er: ”en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare” (s. 83).

Dette er vår avsluttende oppgave i sykepleie. Til denne oppgaven har vi valgt å bruke litteraturstudie som metode. Vi har benyttet oss av både pensumlitteratur og selvvalgt litteratur. Vi gjorde en forundersøkelse for å finne aktuell litteratur, som belyser problemstillingen vår. Mengden fagstoff, både i pensum- og selvvalgt litteratur, forsvarte vårt valg av metode.

Retningslinjer for oppgaveskriving og litteraturhenvisninger er gitt fra Høgskolen i Gjøvik og disse har vi fulgt i oppgaven.

Vi har også benyttet oss av erfaringer og kunnskap fra tidligere praksis, som blir støttet opp av faglitteraturen vi har funnet. Dette har gitt oss gode muligheter for å lage passende eksempler i teksten.

2.2 Litteratursøk

Første uken brukte vi tiden til å innhente relevant litteratur. Dette gjorde vi ved å søke i bibliotekets søkeregister: BIBSYS ask. Vi brukte deretter mye tid på å lese litteraturen slik at vi kunne trekke ut det som var relevant for vår problemstilling.

Vi har benyttet oss av høgskolens databaser i søk etter artikler. I databasen: Academic Search Elite benyttet vi oss av søkeordene: dual diagnosis + therapy. Vi fant der artikkelen: *Comparison of four groups of substance-abusing in-patients with different psychiatric comorbidity* (Hättenschwiler m.fl 2001). Samtidig ga søket oss 2210 treff.

2.3 Kildekritikk.

I forhold til arbeidet vårt med å finne artikkel, benyttet vi oss av flere av skolens databaser og ulike søkeord, blant annet dual diagnosis + milieu therapy og databasen: Ovid medicine all. Dette søket ga oss 5133 treff. Vi fant en rekke artikler, men når vi studerte artiklene nærmere

viste det seg at de ikke hadde noen relevans for vår problemstilling. Artikkelen vi har benyttet oss av i oppgaven tar for seg pasienter med rusproblemer, psykiske lidelser og somatiske sykdommer, som AIDS. Likevel mener vi at mye av statistikken og informasjonen artikkelen ellers ga oss hadde god relevans for problemstillingen vår. Generelt følte vi at det var vanskelig å finne gode artikler til problemstillingen vår, noe som kan tyde på at det ikke er gjort tilstrekkelig med forskning på emnene.

Sykepleierteoretikeren vi har benyttet i denne oppgaven er Joyce Travelbee fra Kristoffersen (2005). Dette er en sekundærkilde, da det er hennes tolkning av Travelbee's sykepleierteori. Vi har valgt å benytte denne sekundærkilden fordi vi mener Kristoffersens tolkning er god og holdbar i forhold til vår oppgave og problemstilling. På en annen side er dette en svakhet i oppgaven.

I arbeidet med å finne selvvalgt litteratur så vi på dette med et kritisk blikk, til tross for at bøkene vi har benyttet er beregnet til studenter og fagpersonell. Vi har trukket ut hovedessensen i bøkene, og mange av bøkene støtter opp om hverandre i teorien. I pensumlitteraturen har vi funnet mye og god teori. På mange områder føler vi at noe av pensumlitteraturen går for generelt inn på emnene i vår oppgave. Derfor har vi valgt å trekke ut det som vi anser som viktigst i pensumlitteraturen og støttet opp om det med selvvalgt litteratur. Selv om det står for generelt i pensumlitteraturen ser vi på de som sikre kilder. Det kommer tydelig frem at bøkene er skrevet på et godt faglig grunnlag og er benyttet i undervisning både ved Høgskolen i Gjøvik og andre høyskoler.

3.0 Teori- og drøftingsdel

3.1 Dobbeltdiagnose – dobbel kunnskap?

”Er jeg bare rusa eller er jeg gal?”

Mennesker med et rusmisbruk og samtidig psykisk lidelse klassifiseres som dobbeltdiagnose (Randby 2010). I St.mld. nr. 25 (1996-1997) ble mennesker med rusmisbruk og samtidig psykisk lidelse delt inn i tre forskjellige grupper:

- Psykiatriske pasienter som misbruker alkohol eller narkotika i perioder når de får tilgang til rusmidler.
- Misbrukere som plages av psykiatriske symptomer, særlig angst og depresjon.
- Vedvarende alvorlig misbruk i kombinasjon med alvorlig psykisk lidelse som schizofreni, affektiv sinnslidelse eller alvorlig personlighetsforstyrrelse.

(St.meld nr. 25 1996-1997, kapittel 5.2).

Her ønsket man å bruke benevnelsen dobbeltdiagnose til kun den siste gruppen. Dette er en gruppe med store sammensatte problemer, som ofte faller utenfor behandlingssystemet. Dette er fordi de psykiatriske avdelingene og rusmiddelomsorgen ikke har tilstrekkelig med kompetanse for denne gruppen pasienter (St.meld. nr. 25 1996-1997).

I heftet Rusa eller Gal? Av Bratteig m.fl. (2005) deles gruppen derimot inn i fire:

1. Personer som har rusmiddelavhengighet og psykiatriske komplikasjoner
2. Personer med en alvorlig sinnslidelse som misbruker rusmidler
3. Personer med en alvorlig sinnslidelse som er avhengig av rusmidler
4. Personer som misbruker rusmidler og har lettere psykiske symptomer

(Bratteig m.fl. 2005, s. 9-10).

At det har kommet en ny inndeling av mennesker med rusmisbruk/avhengighet og psykiske lidelser tyder på at arbeidet har vært godt i årene etter at Stortingsmelding nr. 25 (1996-1997) kom, men ikke tilstrekkelig. Det er nesten ti år mellom de to nevnte utgivelsene, dette tolker vi dit hen at man har fått en bedre inndeling for personalet som skal jobbe med disse

gruppene. Samtidig viser det hvor sammensatt slike problemer kan være og hvilket nivå av helsetjenester gruppene skal tilbys. For eksempel kan personer i gruppe fire ofte behandles poliklinisk, mens de tyngre misbrukerne med samtidig alvorlig psykisk lidelse ofte trenger et opphold i institusjon for å kunne få den mest effektive behandlingen. Dette innebærer en forskjell i behandlingstilnærmingen og man vil da benytte seg av inndelingen. Det viser også hva som blir hovedfokuset i behandlingen; rusmisbruket eller de psykiske lidelsene. Å benytte ordet dobbeltdiagnose kan også være veldig misvisende, da det viser seg at disse pasientene ofte har flere diagnoser enn kun to slik ordet sier (KoRus-Øst). Det har også blitt mer vanlig de siste årene å benytte diagnosen dobbeltdiagnose på pasienter i alle gruppene. Dette har mer med behandlingssystemet å gjøre (ibid).

I følge Evjen m.fl. (2007) deles de dobbeltdiagnostiserte inn i ”psykiatriens dobbeltdiagnostiserte” og ”rusfeltets dobbeltdiagnostiserte” (Evjen m.fl. 2007, s. 34). Denne inndelingen beror på at pasienter med dobbeltdiagnose som behandles innen psykisk helsevern ofte har en alvorlig psykisk lidelse, for eksempel en psykose. Her ser man også at pasientene stort sett misbruker alkohol, sentralstimulerende midler, beroligende medikamenter eller cannabis (ibid).

Pasienter med dobbeltdiagnose innen rusomsorgen har derimot sjeldent psykose eller alvorlig psykisk lidelse. Man ser mye mer av angst og depresjon for pasientene som behandles her og man ser misbruk i form av injisering av blant annet amfetamin og heroin (ibid).

Er det riktig å dele pasienter med dobbeltdiagnose inn i rusfeltets og psykiatriens dobbeltdiagnostiserte? Vi mener at man heller må se på hvordan man skal kunne lage et helhetlig tilbud til denne pasientgruppen, som ikke baserer seg på hvor alvorlig grad av psykisk lidelse pasienten har. Samtidig skal vi kunne gi god psykisk og fysisk omsorg til disse pasientene og hjelpe dem på vei til en rusfri hverdag. Det er da viktig at vi har gode kunnskaper både i forhold til rusomsorg og behandling innen psykiatri.

3.1.1 Rus blant psykiatri og psykiatri blant rus

I følge Evjen m.fl. (2007) er det gjort undersøkelser på førstegangpsykotiske, som viser at 23 % hadde misbrukt stoff, og 15 % hadde misbrukt alkohol de siste 6 månedene forut for innleggelsen. Forfatterne sammenlignet også undersøkelser fra andre land og fant ut at

mellom 6 og 44 % hadde misbrukt stoff og mellom 3 og 35 % hadde misbrukt alkohol før en førstegangpsykose.

I tidsrommet september 1997 til desember 1998 ble 260 rusklinter i Hedmark og Oppland undersøkt for psykisk lidelse. Dette var klienter som både ble behandlet poliklinisk og i institusjon. Denne undersøkelsen konkluderte med at hele 91 % hadde en livsvarig psykisk lidelse, og at den psykiske lidelsen ofte kom før rusmisbruket (ibid). Er dette et tegn på at mange bruker rusmidler til selvmedisinering og som hjelp for å takle hverdagens prøvelser?

Hättenschwiler m.fl. (2001) studerte 167 pasienter som var innlagt på en generell psykiatrisk post i Zürich og undersøkelsen gikk over 2 år. Undersøkelsen omfattet pasienter som ikke hadde noen psykisk komorbiditet, pasienter med en schizofrenidiagnose, pasienter med affektive lidelser og personer med personlighetslidelser. I tillegg hadde alle et rusmisbruk. 82 av pasientene hadde ikke noen psykisk lidelse, men flere hadde somatiske sykdommer som AIDS. Disse var en del av et frivillig avrusningsprogram. 35 av pasientene hadde i tillegg til rusmisbruket en schizofren diagnose, 13 hadde affektive lidelser og 30 hadde personlighetsforstyrrelser. 7 pasienter ble utelukket av studien fordi de hadde tilleggsdiagnose, som førte til at undersøkelsen ikke ville bli homogen nok (blant annet tilpasningsvansker og spiseforstyrrelser). Det deltok 114 menn og 46 kvinner, og gjennomsnittsalderen var 29 år (ibid).

Det viste seg i denne undersøkelsen at 56 % brukte heroin, metadon ble brukt av 53 %, kokain av 32 %, benzodiazepiner av 31 %, og at alle misbrakte stoffene minst 3 ganger pr uke. Ved innkomst i avdelingen tok man urinprøve av pasientene som avslørte at av 135 innlagte pasienter hadde 75 % misbrukt heroin forut for innleggelsen, 69 % hadde misbrukt metadon, 54 % kokain og 50 % benzodiazepiner (ibid). Ved å sammenligne disse tallene viser det en stor forskjell i hva pasientene selv oppgir i forhold til det man finner ved å ta en urinprøve ved innleggelse. At 56 % oppgir at de misbruker heroin og på urinprøven viser det at 75 % har brukt heroin før innleggelse, vil vi tolke det dit hen at tallene pasientene selv oppgir er justert nedover.

Samtidig undersøkte Hättenschwiler m.fl (2001) hvor gamle pasientene var når rusmisbruket begynte, og fant der et gjennomsnitt på 15 år. Det viste seg også at gjennomsnittlig hadde pasientene vært rusmisbrukere i 14 år, at deres første behandling mot rusmisbruket startet når

de var gjennomsnittlig 22 år og at de hadde vært innlagt i gjennomsnitt 4 ganger i institusjon (ibid). Vi mener at det bør settes inn tiltak på ett tidligere tidspunkt for å hjelpe ungdommene før rusproblemene starter. Hvis problemet allerede er der må man finne en god og effektiv behandling for å hindre ett langvarig rusmisbruk, og for å slippe de såkalte ”svingdørs-pasientene” som er inn og ut av de samme avdelingene gang på gang.

3.1.2 Symptomer og tegn på dobbeltdiagnose

I det daglige kan det være veldig vanskelig å skille mellom symptomer på psykiske lidelser og stoffinduserte tilstander (Kringlen 2008). De forskjellige rusmidlene vil også gi forskjellige symptomer på psykiske lidelser (Bratteig m.fl. 2005).

Symptomer på schizofreni deles inn i negative og positive symptomer. De positive symptomene kan være hallusinasjoner, vrangforestillinger, uorganisert tenkning som for eksempel tankekjør og assosiasjoner. I tillegg er positive symptomer lettere å behandle medikamentelt enn de negative symptomene.

Negative symptomer kan være manglende pågangsmot eller initiativ, sosial tilbaketrekning og apati (helsenett.no 2009). Blant annet cannabis og amfetamin kan gi plager som ligner på schizofreni. Cannabis gir ofte de negative symptomene på schizofreni i tillegg til psykose, og symptomer på andre psykiske lidelser som for eksempel depresjon. Amfetamin kan gi mani og psykose (Bratteig 2005).

Dette gir et lite tegn på hvor sammensatt problemene kan være ved et samtidig rusmisbruk og psykiske lidelser. Det er derfor viktig at utredningen består av å finne ut om det ligger en psykisk lidelse i bunn og om det i så fall kan være en alvorlig psykisk lidelse som schizofreni (Randby 2010). Det er da spørsmålet kommer: ”Høna eller egget?”. Hva kom først? De psykiske plagene eller stoffmisbruket?

3.1.3 ”Høna eller egget?”

For å forstå hva som er det underliggende problemet, må man gjøre en god og oversiktlig sykehistorie (Kringlen 2008). Det er vanskelig å si hva som kom først, og pasientene må behandles for både sitt rusmiddelmissbruk og sine psykiske lidelser samtidig for å få gode resultater (ibid). Man ser ofte at rusmiddelmissbruket kommer som en årsak av at brukerne vil

”selvmedisinere” sine psykiske symptomer (ibid). For eksempel behandles sykdommen ADHD med amfetamin (ritalin) og virker dempende for mennesker med denne lidelsen. Hos mennesker uten ADHD har det motsatt effekt og vil virke stimulerende, oppkvikkende og kan gi hallusinasjoner.

Mennesker med schizofreni benytter seg ofte av stimulerende midler for å dempe de negative symptomene og motvirke nevroleptiske bivirkninger (ibid). På den andre siden kan mennesker som misbruker amfetamin få psykotiske symptomer uten stimulantia. Mennesker som har et alkoholmisbruk kan bli psykotiske i abstinensfasen (ibid). Dermed ser man ofte at det er i en abstinensfase misbrukerne får symptomer på psykiske lidelser, mens mennesker med psykiske lidelser vil bli dårligere av å benytte seg av rusmidler om det så er en avhengighet eller selvmedisinering. Dette er en del av forklaringen på hvorfor mennesker med dobbeltdiagnose lever et liv preget av kaos og vonde erfaringer (Randby 2010).

3.1.4 Organiske og funksjonelle psykoser

”Psykose er ett samlebegrep for en rekke alvorlige sinnslidelser med bestemte symptomer, for eksempel tankeforstyrrelser, vrangforestillinger, hallusinasjoner og redusert kontaktevne. Psykosene representerer mer alvorlige forstyrrelser enn nevrosene. En psykose er vanligvis et sammenbrudd i individets rasjonelle og emosjonelle mestring av sin situasjon” (Kringlen 2008, s. 132).

Organiske psykoser kommer av rusmidler og alkohol. Det er organisk skade av nervesystemet som er årsak til symptomene. Dette innebærer også bruk av medikamenter og interaksjoner ved bruk av flere forskjellige medikamenter på samme tid (Kringlen 2008).

Funksjonelle psykoser kommer av ytre påvirkning som miljø, arv og oppvekst. Man kan da få ulike psykiske lidelser som schizofreni, bipolare lidelser, paranoide og reaktive psykoser (ibid). Det er ikke til å legge skjul på at rusmisbrukere ofte er preget av både kaotisk oppvekst og at påvirkningen av rusmidler ofte gir de psykiske lidelsene et ekstra ”kick”. Man ser ofte at debuten med psykotiske symptomer kommer både fortere og tidligere hos pasienter med dobbeltdiagnose enn det ville ha gjort med kun en psykisk lidelse. Som regel har denne pasientgruppen opplevd mye tap i løpet av livet. Det kan for eksempel være i forbindelse med jobb, utdanning, familie og ikke minst hjelpeapparatet (Randby 2010). I følge Randby (2010)

er brutte relasjoner mer regelen enn unntaket. De bryter med familien eller familien bryter med dem, har lite og ofte ikke noe nettverk utenom rusmiljøet og de er ofte hjemløse.

3.1.5 Egostyrkende sykepleie til pasienter med dobbeltdiagnose

Liv Strand har intervjuet en rekke sykepleiere med psykiatrisk videreutdanning, og ved å benytte seg av dette ble det dannet prinsipper for egostyrkende sykepleie. De egostyrkende sykepleieprinsipper er (Strand 1991):

- Kontinuitet og regelmessighet
- Nærhet og avstand
- Fysisk omsorg
- Grensesetting
- Skjerming
- Containing-function
- Realitetsorientering
- Praktiske gjøremål-samhandling
- Verbalisering
- Pedagogisk tilnærming
- Krav og mål
- Trening i å se valgmuligheter og å foreta valg

(Strand 1991, s. 76 - 77).

Disse prinsippene henger alltid sammen. Hver for seg vil de ikke gi noen mening, men sammen gir det en helhet i behandlingen (ibid). Som for eksempel ved en utagering på avdelingen vil man ofte skjerme pasienten fra omgivelsene. Her kan man trekke inn prinsipper som nærhet og avstand, grensesetting, containing-function, krav og mål, verbalisering og fysisk omsorg. Man ser da godt hvordan prinsippene henger sammen.

Man ser også at flere av prinsippene går igjen i miljøterapien. Man kan også ha med for eksempel krav og mål, trening i å se valgmuligheter, praktiske gjøremål/samhandling med resten av avdelingen og fysisk omsorg i miljøterapien. Hvis man fletter egostyrkende sykepleie sammen med prinsippene for miljøterapi, vil man kunne yte god sykepleie til

pasienter med dobbeltdiagnose og løfte pasienten frem. Miljøterapeutiske prinsipper går vi inn på senere i oppgaven.

Pasienter med dobbeltdiagnoser har generelt svakere effekt av behandlingstiltak enn det andre pasienter med psykiske lidelser har, uavhengig om behandlingstiltakene er medikamentell, miljørettet eller individuell. Derfor stilles det store krav til behandlerne. Hjelpeapparatet kan ha en tendens til å skyve fra seg disse pasientene som ofte har følt seg som kasteballer i helsevesenet. Pasienter med slike dårlige erfaringer vil ha vansker med å møte nye hjelpere med tillit (Fekjær 2009). For hjelpeapparatet sin del så håper rusomsorgen at psykiatrien tar seg av denne pasientgruppen, mens psykiatrien håper at rusomsorgen tar seg av dem. Dette er også en stor og medvirkende faktor til at pasientene blir kasteballer mellom de forskjellige delene i hjelpeapparatet.

3.2 Rusmidler

”En ubeskrivelig god varme som jeg ikke ville vært foruten, det er følgene som skaper konsekvenser”

3.2.1 Rusmiddelreformen 2004

For å gi rusmiddelmisbrukere et bedre tilbud om behandling og oppfølging, kom Stortinget med rusreformen i 2004. Et av målene med reformen var at pasientene ikke skulle føle seg som ”kasteballer” i behandlingssystemet (Skårderud m.fl. 2010). Stortinget vedtok da å overføre ansvaret for rusmiddelmisbrukerene fra fylkeskommunen til staten og spesialisthelsetjenesten (regjeringen.no 2004). Det skulle også gis et bedre tilbud til denne pasientgruppen både innen psykisk og somatisk helsetjeneste ved rusreformen (Skårderud m.fl. 2010). I tillegg er alle landets kommuner pålagt å hjelpe rusmisbrukere. Det skal utarbeides en egen plan for denne gruppen og offentlige etater som for eksempel NAV er pliktig å bistå denne gruppen (ibid). I forbindelse med rusreformen kom også en forandring i pasientrettighetsloven som gjorde at rusmisbrukere har krav på å få hjelp (ibid).

Det finnes et hav av ulike rusmidler og kan være alt fra lovlige rusmidler, som tobakk og alkohol, til medikamenter og ulovlige rusmidler, som heroin og amfetamin. I følge Fekjær (2008) må man venne seg til de fleste rusmidler, altså lære seg å like de. Et eksempel kan være første gang man prøver en sigarett. De fleste synes dette er en ubehagelig opplevelse, men noen ”lærer” seg til å like det ved gjentatte forsøk.

3.2.2 Fysisk eller psykisk avhengighet?

Man kan bli både psykisk og fysisk avhengig av forskjellige rusmidler. Alle rusmidler er avhengighetsskapende. Fysisk avhengighet går ut på at man utvikler en toleranse for stoffet og får ubehagelige symptomer dersom man ikke får stoffet tilført med jevne mellomrom (Håkonsen 2003). Alle ”hemmende” stoffer som alkohol og opioidpreparater gir en fysisk avhengighet, men det er mer omdiskutert angående de andre stoffene (ibid).

Psykisk avhengighet kommer av at man er vant med å tilføre stoffene i kroppen i visse sammenhenger, for eksempel for å dempe angst (ibid). Mange misbrukere av disse stoffene sier at de trenger dem tilført for at kroppen skal fungere normalt. Eksempel på denne gruppen kan være benzodiazepiner, som valium.

Opplevelsen av rus kommer som en følge av inntak av rusmiddelet, men også som en følge av hva vår forventning til rusmiddelet er (Håkonsen 2003). For eksempel er det gjort flere undersøkelser på å gi noen rusmidler, for eksempel alkohol, mens andre får placebo, altså alkoholfri drikke. Etter en stund oppdaget man at alle hadde den samme følelsen av å være beruset selv om noen kun hadde drukket alkoholfri drikke (ibid). Her vises det også at den sosiale sammensetningen har mye å si på forventet effekt av et rusmiddel (Bratteig m.fl. 2005). Hvorfor bruker man da et stoff som er skadelig?

Rusmidler gir en endring i bevisstheten. Man kan føle oppstemthet, mens noen blir deprimerte av det samme stoffet (Håkonsen 2003). Dette kalles psykoaktive stoffer. Det er mye som gjør oss glad, for eksempel kan sukkertøy bidra til en godfølelse i kroppen. Rusmidlene kokain, amfetamin og heroin kan gi den samme følelsen, den narrer hjernen til å tro at disse stoffene er bra for kroppen (ibid).

3.2.3 Røyke, sniffe, spise eller injisere?

De kjemiske stoffene i rusmidlene kan tilføres til kroppen vår på forskjellige måter (Håkonsen 2003). Man kan røyke det, altså la det tilføres i kroppen via lungene som for eksempel nikotin. Det kan føres direkte til blodet ved å injisere det i en vene, som for eksempel heroin. Eller det kan tas opp via fordøyelsessystemet, som for eksempel tabletter (ibid). Man kan også sniffe noen rusmidler, for eksempel løsemidler og aerosoler (gass fra for eksempel hårsprayflasker). Da tas stoffene opp via slimhinnene i munn eller nese (Bratteig m.fl. 2005).

Virkningen av de forskjellige stoffene avhenger av hvor mye kroppen klarer å ta opp av stoffet og hvor fort det metaboliseres, altså hvor fort kroppen klarer å kvitte seg med stoffet. Heroin og andre rusmidler som injiseres direkte i blodåren gir den raskeste rusfølelsen. Det vil ha en mye kraftigere virkning så lenge kvaliteten på rusmidlet er bra. Stoffet som tas opp via fordøyelsen vil bruke lengre tid på å oppnå en rusfølelse fordi det skal igjennom mange prosesser i kroppen før det kommer til blodet (Håkonsen 2003).

Det norske helsevesenet bruker klassifiseringssystemet ICD-10 for å diagnostisere rusmiddelmissbrukere (Håkonsen 2003). Dette systemet skiller mellom skadelig bruk og avhengighet. Skadelig bruk innebærer at bruksmønsteret av de forskjellige rusmidlene gir alvorlige fysiske og/eller psykiske skader. Mens avhengighet er: ”et spektrum av fysiologiske,

atferdsmessige og kognitive fenomener der bruken av en substans eller substansklasse får en mye høyere prioritet for en gitt person enn annen atferd som tidligere var av stor verdi” (Håkonsen 2003, s. 436). Med andre ord så forandrer personen sin personlighet ved inntak av stoffet, i forhold til hvordan personligheten var forut av inntaket av rusmidler.

3.3 Miljøterapi

”utvikle, avhandle, reagere, håndtere, motta og hilse velkommen”

3.3.1 Fra Guds straff til terapeutisk samfunn

Opp igjennom århundrene har behandlingen av psykiske lidelser bestått av mange forskjellige metoder. I middelalderen ble den psykiatriske pasient sett på som ”besatt” og psykisk lidelse ble sett på som Guds straff (Hagqvist og Widinghoff 2000). På 1600-tallet begynte man å låse inne de sinnssyke i institusjoner. På Hopital Gènèral i Paris var omtrent 1 % av byens innbyggere innlagt, på ett eller annet tidspunkt i løpet av noen få måneder. Hopital Gènèral var en moralsk institusjon som baserte seg på å korrigere og straffe fravær av ”normal” atferd og samfunnsmoral, den såkalte moralske behandlingen (ibid).

På 1700-tallet kom noen av de første legene som fordypet seg innen psykiatrien. Disse brakte også med seg et nytt syn på den moralske behandlingen og ved århundreskiftet var denne behandlingsformen stort sett glemt. I takt med dette ble sinnssykehusene større, ofte hadde de konstant overbelegg. I tillegg benyttet man seg av tvang i form av tvangstrøyer og polstrede celler. Man fikk da også de første forvaltningsanstaltene. Denne utviklingen kom som en konsekvens av at den moralske behandlingsformen viste seg å være lite effektiv sammenlignet med andre behandlingsformer. Metoden var heller ikke akseptert i visse kretser. Gamle holdninger var fortsatt holdt ved like, det vil si at man anså den sinnssyke som ubotelig og et umenneskelig offer for organisk degenerering som man ikke kunne gjøre noe med (ibid).

Under og etter 2. verdenskrig skjøt det terapeutiske samfunnet fart. Dette kom som en konsekvens av at veteransykehusene ble fylt opp med soldater fra fronten. Disse ble ansett som mer verdt og deres psykiske problemer kunne man til dels identifisere seg med (ibid).

3.3.2 Miljøterapeutiske prinsipper – like aktuelt i dag som under 2. verdenskrig

Mange ser på Maxwell Jones som grunnleggeren av de miljøterapeutiske prinsippene. Under og etter 2. verdenskrig, arbeidet denne britiske psykiateren med soldater som pådro seg psykiske problemer i forbindelse med sitt arbeid ved fronten. Han så fort at det store antallet soldater med psykiske problemer ikke kunne behandles med individuell terapi. Derfor utviklet han gruppeterapi og det terapeutiske samfunn. Vi tolker her at det terapeutiske samfunn og miljøterapi brukes mye om hverandre. Dette er fordi man i det terapeutiske samfunnet benytter seg av gruppen i behandlingen av pasientene noe vi finner mange likheter med i

miljøterapi. Per i dag er prinsippene hans og det terapeutiske samfunn mest benyttet i institusjoner for rusmisbrukere, men de har også blitt benyttet i institusjoner for ungdom (Halvorsen 2006). De 8 miljøterapeutiske prinsippene går ut på:

- Åpen kommunikasjon
- Demokrati
- Nye roller
- Symptomtoleranse
- Konstant granskning og virkelighetskonfrontasjon
- Frivillighet
- Felles mål
- Kontakt med verdenen utenfor

(Hagqvist og Widinghoff 2000, s. 24).

Åpen kommunikasjon innebærer at alle skal kommunisere med hverandre. Alle skal gi hverandre informasjon om det som foregår, avgjørelser som tas, hva som planlegges for fremtiden og hva man føler og kjenner i her- og nå-situasjoner. Det må være rom i hverdagen for at man kan snakke sammen enten i gruppe eller individuelle samtaler. Man må også huske på at kommunikasjonen skal være målrettet.

Demokrati dreier seg mye om å gi tilbake makten til pasienten og retten til medvirkning i følge pasientrettighetsloven (1999) § 3-1. Ved likeverdige samtaler mellom pasienter og ansatte skal man sammen komme frem til avgjørelsene, dette gjelder alt fra behandling til hvordan avdelingen styres.

Pasientene må lære seg å ta nye roller. De skal være engasjert og ta del i både egen og andres behandling, mens personalet først og fremst skal ha en lærerrolle. Dette gir pasientene en oppgave og et nytt mål om mestring når de må ta del i andres behandling. Samtidig skal de gi av seg selv i egen behandling.

I stedet for å dømme pasienten på grunn av sine handlinger, spør man seg i stedet hvorfor pasienten handler som han gjør? For eksempel kan dette kobles opp i mot tilbakefall. Hvorfor fikk pasienten ett tilbakefall nå? Er det miljøet rundt han eller hun som fortsatt er preget av

mye rus? Er det et sosialt nettverk rundt pasienten som kan hjelpe til å forebygge fremtidige tilbakefall? Blir pasienten sterkere ”rustet” av dette tilbakefallet?

Man benytter situasjoner i hverdagen for å bearbeide problemer. Dette innebærer alt fra problemer mellom pasienter til problemer mellom pasient og behandler. Man nøster opp for å komme til roten av problemet.

All behandling, innleggelse og utskrivning skal foregå på et frivillig grunnlag fra pasienten sin side. Her kommer psykisk helsevernloven (1991) § 2-1 inn som er hovedregelen om samtykke. Altså at pasienten er innlagt på et frivillig grunnlag etter pasientrettighetsloven (1999) § 2-1: ”Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Retten gjelder bare dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt”. Her kan man også ta med paragrafen om ”frivillig tvang” i sosialtjenesteloven. Dette går ut på at man kan holde pasienten tilbake i institusjonen inntil tre uker etter at han eller hun har ytret ønske om å få reise hjem, altså at samtykket har opphørt. Ved opphold i minst tre måneder kan pasienten holdes tilbake inntil tre ganger i løpet av oppholdet. Samtykket til dette må gjøres skriftlig og skal gjøres senest ved innleggelse i institusjonen. Dette gjelder kun for rusmiddelmissbrukere (Sosialtjenesteloven 1991, § 6-3).

Pasienter og personalet må jobbe sammen for å nå sine felles mål. Man må ha med både kortsiktige og langsiktige mål for hver pasient. Eksempler på kortsiktige mål kan være å få en god struktur på hverdagen. Andre mål kan være å skaffe seg et nytt rusfritt nettverk ved å delta i forskjellige aktiviteter sammen med andre. Det er ofte de kortsiktige målene som er i fokus, i hvert fall så lenge pasienten er innlagt i en institusjon, men etter hvert bør man begynne å tenke på litt mer langsiktige mål. Å ha et langsiktig mål som å komme ut i arbeid, fullføre skolegang eller å skaffe egen bolig. Det kan være med på å motivere pasienten mot en rusfri hverdag. Hvis pasienten har et slikt langsiktig mål vil pasienten føle at han fortsatt har håp for fremtiden. Det er viktig vi har troen på at vedkommende kan klare å nå disse.

Man skal ha mulighet til sosialt samvær og kontakt med verdenen utenfor. § 4-5 i psykisk helsevernloven (1999) sier at: ”Den som har døgnopphold i institusjon for psykisk helsevern, har rett til å motta besøk og benytte telefon, samt sende og motta brev og pakker”. Med andre ord har ikke institusjonen lov til å være isolert. Mange institusjoner har også tilbud om at

pasientene får delta på forskjellige aktiviteter som fotball, volleyball og utflukter. I tillegg har hver enkelt avdeling sine vaner som gir pasientene oppgaver som å handle på butikken og lage mat til resten av avdelingen. Det er viktig å la pasientene møte verdenen utenfor. De må vite hva livet handler om utenom rusmiljøet. Likevel kan det være noen pasienter som kvier seg for å dra hjem på perm. De kan være engstelig for tilbakefall, redd for at familien ikke vil ha noe med dem å gjøre og de vet kanskje ikke hvordan de skal takle livet utenfor institusjonen. Derfor er det viktig at de blir forberedt på livet utenfor institusjonen.

3.3.3 Utfordringer i behandlingen og sykepleierens holdninger

Sammen med disse miljøterapeutiske prinsippene er det mange elementer man må tenke på i behandlingen av dobbeltdiagnostiserte. Randby (2010) har satt opp 11 punkter som hovedelementer i behandlingen av dobbeltdiagnostiserte:

- Behandlingen bør ha lav intensitet, og man bør unngå å være for pågående og konfronterende.
- Det bør ikke være et absolutt krav om rusfrihet. Målsettingen bør heller være en reduksjon i rusbruken.
- Behandlingsteamene må ha spesiell kompetanse og spesielle behandlingsteknikker overfor rus- og psykiatripasienten.
- Behandler må være oppsøkende og respektfull.
- Det er viktig å finne individuelle tilnærminger.
- Hjelpetiltak må være tilgjengelig i pasientens nærmiljø.
- Det arbeides for å skape trygge rammer slik at klienten kan hjelpes til bedre ruskontroll.
- Tjenestene som tilbys pasienten, må omfatte helhetlig rehabilitering. Dette inkluderer en trygg og tilrettelagt boligsituasjon, stabil økonomi, familienettverk, kriseplaner og stressmestring.
- Det må finnes muligheter for innleggelse i psykiatriske døgnavdelinger ved behov.
- Medisinsk behandling er en viktig del av programmet.
- Man bør ta utgangspunkt i at pasienten trenger oppfølging over år. Ofte kan livslang oppfølging være nødvendig.

(Randby 2010, s. 27).

Ved for eksempel en utagering, som ofte kan komme i forbindelse med ett opphold i institusjon, bør førsteprioritet være å roe ned pasienten igjen. Dette kan skje ved bruk av medikamenter, samtaler og skjerming. I etterkant, når situasjonen har roet seg ned, bør man ta opp med pasienten hva som skjedde i forkant av utageringen. Prøve å finne ut hvorfor pasienten reagerte som han gjorde. Dette gjør at vi ikke er for pågående og konfronterende, men samtidig reflekterer over situasjonen og det som har hendt sammen med pasienten.

Husk alltid på at tilbakefall er mer regelen enn unntaket. Det er også vanskelig å slutte brått med rusmidler. Rusmidler har både en psykisk og en fysisk avhengighet og mange situasjoner fremkaller suget etter rusmidler.

Man må lage rom for samtaler, utvikle et godt klinisk blikk for å fange opp forandringer i pasienten tidlig og behandle pasienten med verdighet. I følge Kristoffersen (2005) mener Joyce Travelbee at mennesket blir pasient når det søker hjelp, enten mennesket opplever ett problem eller en krise i livet. Det er da mennesket som mottar sykepleie og at man da bør ta avstand fra pasientbegrepet. Det er pasienten som opplever situasjonen og legger en mening i den. Dette skal være hovedfokuset, ikke hans diagnose (ibid). Som mennesker har vi ulike behov. Alle mennesker er forskjellige og derfor må man gå frem på ulike måter, avhengig av personens behov og ønsker.

At vi er tilgjengelige for pasientene til enhver tid er en trygghet og et hjelpemiddel for å skape gode relasjoner med pasientene. For eksempel skal det alltid oppholde seg en ansatt ute i miljøet på avdelingen.

Å skape gode rutiner rundt pasienten er viktig. Noen pasienter har også behov for skjerming under en innleggelse. Dette er med på å skape trygge rammer fordi den psykiske lidelsen gjør det vanskelig å forholde seg til mange mennesker på en tid. Med tanke på en fremtidig utskrivelse må man også skape trygge rammer rundt dette som en bolig, bygge opp et sosialt nettverk rundt pasienten, som blant annet er rusfritt.

Selv om pasientene har et rusmiddelmisbruk er medisinsk behandling viktig. Dette er for å komme over de verste toppene i forbindelse med både abstinens og sin psykiske lidelse og hjelp til å mestre dette.

De fleste pasienter med dobbeltdiagnose har rett på individuell plan. I følge psykisk helsevernloven (1999) § 4-1 gjelder det alle med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Dette kan også bidra til å skape trygghet for pasientene når de skal skrives ut fra institusjon, da de er sikret en god oppfølging både innen økonomi, psykisk hjelp og bolig.

Sykepleiere er lovpålagt, gjennom yrkesetiske retningslinjer å holde seg faglig oppdatert. Dette gjelder innen forskning, utvikling og dokumentert praksis innen sitt område (Slettebø 2009). Det vil si at det er viktig at vi holder våre kunnskaper ved like og at vi stadig sørger for ny kunnskap. De aller fleste institusjoner tilbyr kurs for å gi sine ansatte den kunnskapen de har behov for, slik at de kan gjøre en god jobb. Man har også etterutdanning for sykepleiere, blant annet innen psykiatri, for å heve kompetansenivået til sykepleierne.

3.3.4 Hvorfor er struktur og regler så viktig for pasienter med dobbeltdiagnose?

I følge Furuholmen og Andresen (2007) må man ha en god organisasjon og klare regler i arbeidet med miljøterapi. Dette er fordi pasientene må ha noe fast å forholde seg til. Forut for innleggelse i en institusjon for rus og psykiatri, kommer ofte pasientene fra et ustrukturert rusmiljø og pasientene har ofte manglet struktur og regler i oppveksten (ibid). Derfor er det viktig at vi skaper en følelse av tilhørighet over tid. Å ha en god struktur i hverdagen kan bidra til å gi pasientene en trygghetsfølelse. Å ha klare regler og god struktur ved innleggelse gir en god ytre struktur. Når dette følges kan man etter en tid begynne å trappe ned på den ytre strukturen fordi pasienten har utarbeidet en egen indre struktur. Det handler mye om at pasientene skal sette seg mål om å klare seg bra når han blir utskrevet ved hjelp av en strukturert hverdag (ibid).

Absolutte regler i en institusjon fungerer ofte bedre enn å ha mange skrevne regler. Disse reglene går mye på sunn fornuft (ibid). I følge Furuholmen og Andresen (2007) kan eksempler på disse absolutte reglene være:

- Det er forbudt å ruse seg (med piller, alkohol eller stoff)
- Det er forbudt å øve vold eller komme med trusler om vold
- Det er forbudt å ha sex med andre beboere
- Det er forbudt å opptre destruktivt i kollektivets nærmiljø

(Furuholmen og Andresen 2007, s. 156).

I de fleste avdelinger har man til enhver tid pasienter som snart er utskrivingsklare, og pasienter som nettopp har blitt lagt inn. Dette gjør at disse absolutte reglene mer eller mindre går i arv. "Slik er det bare" på denne avdelingen. Hvis det er brudd på absolutte regler kan det gå utover fellesskapet. Ved brudd på regelen om å ruse seg, kan dette føre til utvisning fra posten eller utskrivelse. Som vi skrev tidligere i kapittelet bør det ikke være et krav om at pasienten skal være rusfri, men pasienten må være rusfri så lenge han er innlagt i en institusjon for å kunne gjennomføre behandlingen. Et tilbakefall vil mest sannsynlig skje på ett eller annet tidspunkt etter utskrivelse, fordi man da ofte kommer tilbake til sitt gamle miljø eller vil oppleve "den første, gode" rusen igjen.

Hvis en pasient blir voldelig eller utagerende kan konsekvensene være at pasienten blir skjermet en periode for å få roet situasjonen. I ettertid kan man ta opp med pasienten hva som utløste utageringen og om dette alltid har vært pasientens reaksjon på frustrasjon. Pasienten må da forsøke å sette ord på og identifisere de følelsene han eller hun sitter med, og lære at det fins andre metoder å av reagere på. Ofte har pasientene lært at dette er måten å reagere på gjennom oppveksten, og man må lære pasienten hva som er "riktig" måte å reagere på til senere.

I forhold til regelen om at man ikke skal opptre destruktivt i miljøet, er dette med tanke på at pasienten må lære seg å forholde seg til gjeldende normer i samfunnet. Dette er for å kunne bruke nærmiljøet som en ressurs, kunne skape gode relasjoner i nærmiljøet og skape rusfrie kontakter slik at pasienten er godt forberedt på hva som møter han etter en utskrivelse (ibid). Nærmiljøet her tolker vi som fotballklubber, utflukter og veldedige tiltak.

Angående regelen om ikke å ha sex med andre beboere er den ofte mindre absolutt enn de andre reglene. Seksualitet er et område de fleste pasientene har et komplisert forhold til. Mange institusjoner har skilte avdelinger for menn og kvinner på grunn av disse problemene. Kvinnene har ofte prostituert seg enten for penger eller beskyttelse, mens mennene er overmakten i forholdet. Det vil også gå utover behandlingen til begge partene hvis man innleder ett forhold i avdelingen (ibid). Likevel er det forståelig at pasienter innleder forhold og kan bli tiltrukket av hverandre. Seksualitet er et menneskelig behov. Pasienter som

oppholder seg sammen på en institusjon kan utvikle følelser for hverandre. Da er det også normalt at det seksuelle vil spille en rolle. Vil de tidligere rusmisbrukerne erstatte rusen med forelskelse og seksualitet?

Innen miljøterapien setter man mye fokus på samarbeid og at pasientene skal ta et visst ansvar. Når man lever i denne form for ”kollektiv” er det viktig at hver og en tar det ansvaret de har blitt tildelt, hvis det ikke gjøres går dette utover alle som bor der. Å skifte unna arbeid og illojalitet mot de andre blir synlige på en helt annen måte enn ellers ute i samfunnet. Samtidig bidrar man til fellesskap og bedre samarbeid ved å kunne gi pasientene et visst ansvar og forskjellige oppgaver som skal gjøres hver dag (Hagqvist og Widinghoff 2000). Slike oppgaver kan for eksempel være husarbeid, skrive handleliste, reise på butikken å handle og være ansvarlig for ett eller flere måltider.

3.3.5 Miljøterapi – mål og samarbeid

Flere institusjoner legger mer vekt på miljøterapi som en behandlingsmetode i dag. Miljøterapi bruker forskjellige aktiviteter som behandling i tillegg til her-og-nå situasjoner (Halvorsen 2006).

Miljøterapi i sin helhet handler om å gi han en følelse av mestring og kontroll over eget liv, innenfor strukturerte rammer (Snoek og Engedal 2008). Dette innebærer at vi skal hjelpe pasienten med å oppnå en god mestringsfølelse. Rutinene til en pasient med dobbeltdiagnose vil ofte være ”snudd på hodet”, og det er da viktig at vi samarbeider med pasienten for å skape gode rutiner i hverdagen. Dette kan være i form av faste måltider, møter, leggetider og aktiviteter.

Miljøterapi kan omhandle ulike aktiviteter som friluftsliv, aktiviteter i hverdagen, idrett, kunst og musikk. Ved friluftaktiviteter kan man for eksempel reise på en telttur. Her lærer man seg å samarbeide med andre mennesker ved å benytte ulike aktiviteter som oppsetting av telt og tenning av bål (Halvorsen 2006). I bunn og grunn handler det om å gi en følelse av mestring og i form av å klare noe alene eller sammen med andre. Det passer ikke for alle å reise på en tur, dermed må pasienter og personale kunne spille på lag. Man må finne aktiviteter som passer for den enkelte pasient. Noen kan få like mye ut av en time med hard trening i

treningsstudio som å reise på telttur. Man må kunne møtes på halvveien for å tilpasse aktiviteter som passer for både personale og pasient, alt ettersom hvilke aktiviteter institusjonen kan tilby.

For å bidra til en god psykisk helse er det viktig med fysisk aktivitet og trening (Snoek og Engedal 2008). Dette trenger ikke bety at samtlige med psykisk lidelse skal trene fire dager i uken på treningsstudio, men at man benytter seg av aktiviteter som ballspill, gåturer og lek. Ved aktiviteter som innbefatter flere, for eksempel ballspill, hjelper dette også til bedre samarbeid, evne til å jobbe mot ett felles mål og en egen regulering av grensesetting.

Hvis man er sykepleier i en institusjon må det stilles store krav til modenhet, samarbeidsevne og personlig egenhet (Snoek og Engedal 2008). Man må være samarbeidsvillig og villig til å spille på lag med andre, både ansatte og pasienter.

3.3.6 Kvaliteten på arbeidet vi gjør

Under arbeidet med miljøterapi må man fokusere på hele gruppen. De fleste avdelinger opererer med individuelle kontakter, altså at en av de ansatte er kontakt til en (eller noen få) av pasientene. Dette kan skape vanskeligheter når hovedfokuset skal være på gruppen som helhet (Furuholmen og Andresen 2007). I løpet av dagen på en vanlig avdeling har pasientene behov for samtale med sin kontakt, men man må huske på gruppen også i disse samtalene. De må kunne støtte hverandre i arbeidet mot en rusfri hverdag og som hjelp til å takle sine psykiske lidelser.

Avdelingen må kunne fungere dynamisk. For mange er dette et ord de ikke forstår. Hva er dynamikk? Hva ligger i begrepet dynamikk? Furuholmen og Andresen (2007) stiller følgende spørsmål angående temaet dynamikk: ” Hvordan er stemningen i miljøet, hvordan er samspillet, hva driver de med, hvilke temaer og følelser er herskende?” (Furuholmen og Andresen 2007, s. 168). Dette er en stor del av vårt arbeid som sykepleiere på en kombinasjonspost med rusomsorg og psykiatri. Ved å reflektere over disse spørsmålene utvikler vi vårt kliniske blikk. Dette hjelper også i arbeidet med å ta problemer før de oppstår, bedre samarbeidet mellom sykepleiere og pasient og finne ut hvilke mål hver enkelt pasient skal ha.

I en avdeling som arbeider med miljøterapi så vil hovedfokuset være på samspillet i gruppa. Hvordan er klimaet på vår avdeling? Er det lukket eller åpent miljø? Er gruppen produktiv eller destruktiv? Når man først skal ha fokuset på miljøterapi må dette fungere hele døgnet. Det hjelper verken sykepleiere eller pasienter hvis miljøterapien kun er aktiv mellom halv åtte og tre (Furuholmen og Andresen 2007).

3.4 Kommunikasjon

”Gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i, ha forbindelse med”

Kommunikasjon er så mye mer enn kun en samtale mellom to eller flere mennesker. Man har nonverbal kommunikasjon, man har muligheter til å chatte med mennesker på nettet og massekommunikasjon gjennom globale satelittnettverk (Eide og Eide 2009). I dag blir det brukt sosiale nettverk som for eksempel Facebook, Twitter og MSN messenger m.fl. Dette bidrar til at det er forholdsvis enkelt å holde kontakt med mennesker som bor langt unna eller mennesker man sjeldent snakker med i det daglige.

3.4.1 Den hjelpende kommunikasjonen

For oss som arbeider i helsevesenet er det veldig viktig å vite at kommunikasjonen med menneskene rundt oss fungerer. Dette gjelder både andre vi arbeider sammen med, pårørende og ikke minst pasientene våre. For å vite at kommunikasjonen mellom oss og våre pasienter fungerer har Eide og Eide (2009) satt opp ti punkter angående hjelpende kommunikasjon:

1. Å lytte til den andre
2. Å observere og fortolke den andres verbale og nonverbale signaler
3. Å skape gode og likeverdige relasjoner
4. Å formidle informasjon på en klar og forståelig måte
5. Å møte den andres behov og ønsker på en god måte
6. Å stimulere den andres ressurser og muligheter
7. Å strukturere en samtale eller samhandlingssituasjon
8. Å skape alternative perspektiver og åpne for nye handlingsvalg
9. Å forholde seg åpent til vanskelige følelser og eksistensielle spørsmål
10. Å samarbeide om å finne frem til gode beslutninger og løsninger

(Eide og Eide 2009, s. 21)

Her ser man hvor viktig det er, særlig i helsevesenet hvor det jobber en del fremmedspråklige, at man er god på det norske språket. Dette gjelder også for oss som er etnisk norske. Vi er et langstrakt land med mange forskjellige dialekter. Vi må kunne gjøre oss forstått selv om vi kommer fra vestlandet og snakker med mennesker som kommer fra østlandet. Mange pasienter med dobbeltdiagnose kan ha problemer med å kommunisere. Dette kan både komme av en psykose eller at de er rusa. Vi må også prøve å tolke det våre pasienter sier for å kunne

gi en bedre behandling der og da. Dette kan kanskje spare oss for en del skjerming av pasientene.

Vi må være oppmerksomme på hvilke signaler vi sender ut non-verbalt, ha en åpen og imøtekommende væremåte, og passe på at non-verbal og verbal kommunikasjon sender de samme signalene. Står ikke disse i samsvar med hverandre kan det fort oppstå frustrasjon og i verste fall føre til utagering i avdelingen. Ved å ha en åpen og imøtekommende væremåte kan det være tilstrekkelig at vi er tilstede uten å kommunisere verbalt hele tiden. Flere foretrekker kun tryggheten ved at vi er tilstede.

For pasienter med dobbeltdiagnose kan det være ekstra utfordrende å ha god kommunikasjon og kunne bygge relasjoner. Pasientene må være innstilt på å forandre sin livsstil og tanken om å bli rusfri en gang i fremtiden må være tilstede.

Det er viktig at vi utvikler gode kommunikasjonsferdigheter. Dette går ut på at vi, til en viss grad, klarer å sette oss inn i situasjonen til pasienten og bakgrunnen vedkommende har. Mennesker som har vokst opp i trygge og gode forhold i hjemmet kan føle det er vanskelig å forestille seg en slik situasjon. Derfor er det viktig at vi bygger på det vi har lært på skolen i forbindelse med sykepleieutdanningen om god kommunikasjon og relasjonsbygging. I tillegg vil erfaringer fra tidligere praksis og arbeidsplasser ligge til grunn for bedre forståelse og hjelpe oss til å utøve god kommunikasjon.

3.4.2 Forandringsprosessen

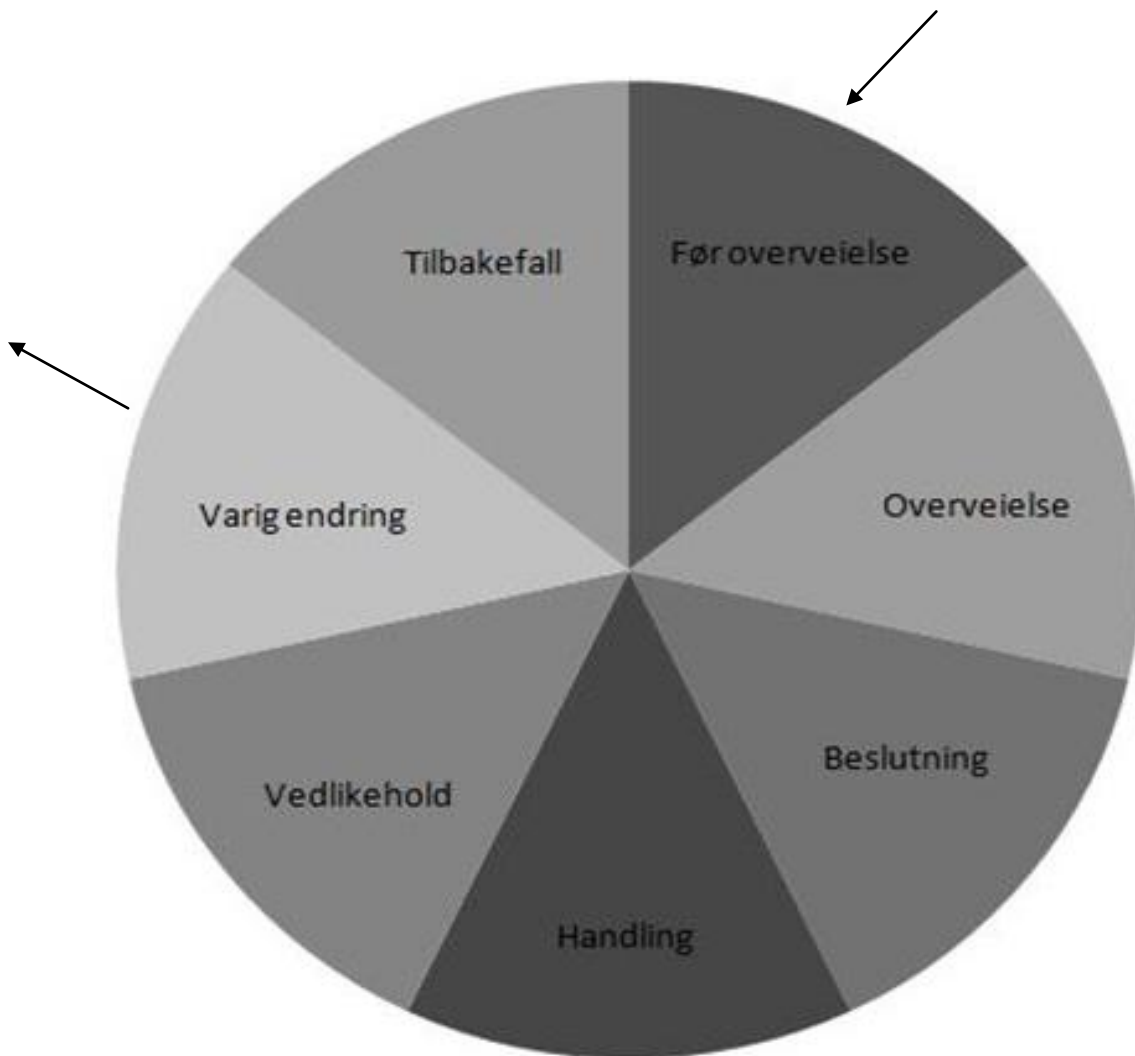
Å veilede pasienter og klienter i forandringsprosesser og bidra til styrket motivasjon for forandring blir en stadig viktigere oppgave i helsevesenet. Det kan være snakk om endring av vaner og livsstil, av helsemessige, sosiale eller andre årsaker (Eide og Eide 2009). Vanligvis fungerer vi i helsevesenet som veiledere fordi vi har noe å lære en annen part, altså våre pasienter. I endringsprosessene må vi legge dette fra oss og tenke at vi i stedet har alt å lære. Dette for å kunne fungere som en profesjonell samtalepartner (ibid). Med andre ord skal vi ta med oss den kunnskapen vi har om de forskjellige sykepleierfaglige emnene, men samtidig vise at vi har noe å lære av våre pasienter. Dette kan være med på å bygge gode relasjoner mellom pasienten og sykepleieren.

Som sykepleiere kan vi faget, systemet og det å kommunisere profesjonelt, men det viktigste vet vi i utgangspunktet ikke noe om. Fordi det først og fremst handler om pasienten og hvordan han opplever situasjonen. Det handler om pasientens prioriteringer, følelser og valg. Det handler om pasientens liv og hans forestillinger om fremtiden. Å stille seg åpen og interessert til dette er en god grunnholdning hos oss. Men om dette er et uoppnåelig mål er en annen sak. Vi skal møte pasienten som vi er, men likevel så kan vi være åpne, fristilte og allierte med pasientens ressurser. Det er pasienten som skal finne veien og han som skal gjennomføre endringsprosjektet. Det er vår oppgave i en slik prosess å bidra med det vi kan – på pasientens premisser (ibid).

Joyce Travelbee sier også at det er viktig at vi legger fra oss disse rollene og heller viser oss fra et nivå som er likt pasientene våre. Dette bidrar til at vi skaper gode relasjoner og hjelper både pasientene og oss selv på veien mot endring (Kristoffersen 2005).

3.4.3 Endringer

Som tidligere nevnt må pasientene være innstilt på å forandre seg. For å komme frem til endringen må man gjennom mange faser. For å komme til dette punktet trenger man å forandre vaner og livsstil, få ny kunnskap og utvikle nye ferdigheter. Pasienter vil i slike situasjoner kunne trenge informasjon og rådgiving, veiledning og/eller terapi. Som oftest vil man kunne trenge litt av alt (Eide og Eide 2009). For å vise prosessene frem til endring benytter vi oss av endringshjulet til Prochaska og DiClemente (Eide og Eide 2009; Randby 2010):



Før overveielse: Ved dette stadiet er ikke pasienten klar for å slutte og ruse seg. Han tenker mye på det positive med rusen og ser ikke på rusmisbruket som problematisk. Han vet at det er skadelig å fortsette og ruse seg, men gleden ved rusen er større enn ulempene. Her kan vi kobles inn for å kunne være samtalepartner for pasienten. Dette kan hjelpe til så han får sortert tanker og følelser angående rusfrihet og hjelpe til så han tar det riktige valget.

Overveielse: På dette stadiet begynner pasienten å vurdere fordeler og ulemper ved det pågående rusmisbruket og er usikker på om han vil slutte. Han tenker at det kunne vært ønskelig eller nødvendig å slutte med rusmisbruket. Det er veldig vanlig at han blir ambivalent på dette stadiet. Han utsetter avgjørelsen, veier for og i mot og må være 100% sikker på at han vil slutte med rusmisbruket. I denne fasen prøver mange å slutte, men siden det ikke er godt nok gjennomtenkt og kanskje litt halvhjerta er det få som greier det. Det fins

også eksempler på pasienter som ikke kommer videre fra dette stadiet og blir i en endeløs vurderingsfase.

Beslutning: Også kalt forberedelsesfasen. På dette stadiet har pasienten tatt den endelige beslutningen og ønsket er å bli rusfri. Han begynner da planleggingen for å bli rusfri og endrer livsstilen. Han går fra tanke til handling fordi forandringen snart skal skje og ønsker at den kommer snart. Han er mottakelig for råd og gjør små endringsforsøk. På dette stadiet i prosessen er det kanskje nødvendig å legge inn pasienten i en avdeling for rusomsorg for å kunne støtte opp om beslutningen.

Handling: Pasienten gjør da endringene som er nødvendig for å bli rusfri. Forandringene blir synlige for andre mennesker noe som innebærer en stor innsats fra han. Forandringen kan innebære endring av atferd, tanker og miljø. Å komme til dette stadiet kan ta flere måneder. Å ha muligheten til å være i en avdeling for rusomsorg vil kunne hjelpe han gjennom dette stadiet.

Vedlikehold: Her gjelder det å opprettholde motivasjonen og hindre tilbakefall. I denne fasen er fristelsen mange og de kommer jevnlig. Motivasjonen settes på prøve. Gjelder det dop er tilbudet på alle kanter så lenge han er i samme miljø. Pasient og sykepleiere vil på dette stadiet begynne å tenke på en utskrivelse. Man må koble inn ekstern hjelp slik at han har et godt og sikkert nettverk blant annet innen psykiatri, rusomsorg og NAV etter utskrivelse. Alt dette kan være med i en individuell plan. Dette innebærer at pasienten får en koordinator som plikter å følge opp han og hans individuelle plan.

Varig endring: Pasienten trenger forskjellige mestringsstrategier for å kunne forebygge tilbakefall og trekke frem det positive i arbeidet pasienten har lagt ned. Her gjelder det å bruke de ressursene som ble nevnt ovenfor. Samtidig må pasienten bygge seg et nytt sosialt nettverk noe mange har problemer med fordi ”gjengen” fortsatt ruser seg. Vi må oppfordre pasienten til å være med på forskjellige aktiviteter i nærmiljøet. Dette gjør at han får tankene over på noe annet enn kun rus og dette er med på å bygge nye rusfrie nettverk.

Tilbakefall: Tilbakefall er mer regelen enn unntaket. Det er viktig at vi prøver å unngå å dømme pasienten hvis han får et tilbakefall, men heller trekke frem det positive og arbeide

videre med å bygge på de erfaringene han har gjort så langt i prosessen. Det er ofte nødvendig med et nytt opphold i institusjon, særlig første gang han eventuelt får et tilbakefall. Det må være fokus på det som skjedde og bygge pasienten opp slik at han kan takle en lignende situasjon annerledes. Pasienten må klare å tolke signalene som sier at et nytt tilbakefall kanskje kommer.

(Eide og Eide 2009; Randby 2010).

3.5 Forebyggende helsearbeid

”Med en tanke for fremtiden”

I følge Mæland (2005) viser befolkningsundersøkelser, både i Norge og i andre land, at mellom 20 % og 40 % av alle voksne på et gitt tidspunkt har et psykisk problem. De viser også at mellom 15 % og 20 % av alle voksne har et diagnostiserbart psykisk problem (ibid). Det viser hvor vanlig det er i hele befolkningen og mye av dette kan tolkes som normale reaksjoner. De kan komme som følge av belastning og tap.

Å finne en direkte årsak til psykiske lidelser er vanskelig. Det er ofte en sammensatt og komplisert bakgrunn i tillegg til en stressfaktor som ofte utløser psykiske lidelser. Det er balansegangen mellom belastninger, egne ressurser og det sosiale nettverket som ofte er dårlig. Noen psykiske lidelser har også en genetisk forekomst i visse familier (ibid).

Forebyggende helsearbeid for dobbeltdiagnostiserte handler mye om hjelp i oppveksten og bidra til å gi et godt miljø. I følge Mæland (2005) er det mye som tyder på at det er de første leveårene som legges til grunn for å utvikle en sårbarhet ovenfor flere psykiske lidelser. Man må også forebygge i forhold til arbeidsliv og sosialt nettverk senere i livet, fordi dette også vil ha en stor betydning. Dette er på grunn av at belastninger i arbeidslivet eller belastninger i det sosiale nettverket kan ha en vedlikeholdende eller utløsende faktor for psykiske lidelser (ibid). Det er avhengig av hvor mye sosial støtte personen er omgitt av, spesielt da av sine nærmeste. Man ser at ensomme menn er utsatt for å utvikle psykiske lidelser og rusmisbruk.

3.5.1 Strategier for helsefremmende og -forebyggende arbeid.

Det forebyggende arbeidet mot psykiske lidelser har mange forskjellige tiltak. Tiltakene kan gå på alt fra nærmiljø og samfunnsforhold til hele familien og den enkelte personen det gjelder (ibid). En del mennesker med psykiske lidelser og samtidig rusmisbruk vil som regel ha opplevd svikt i enten en eller flere av disse forholdene som nevnt ovenfor, og derfor er det viktig å ha fokus på dette.

Siktemålet for helsefremmende arbeid er å styrke de generelle ressursene for mental helse. Dette innebærer en aktiv innsats fra flere mennesker. Man må i tillegg sette inn tiltak rettet direkte mot risikogrupper og risikoindivider på ett tidlig tidspunkt. Man må også sette inn

tiltak sekundært, altså i forbindelse med psykiske lidelser. Dette er for å hindre kronisk svikt og for å forhindre tilbakefall (ibid).

3.5.2 Tre mål for helsefremmende og -forebyggende tiltak

- Trygge og gode oppvekstvilkår
- Utviklende og meningsfull tilværelse
- Støttende og stimulerende omgivelser

(Mæland 2005).

Trygge og gode oppvekstvilkår kan være med som et tiltak for å hindre rusmisbruk blant ungdom. Man ser også at flere psykiske lidelser kan komme som en følge av en vanskelig barndom og oppvekst. Hvis det hadde blitt satt inn tiltak på tidlige tidspunkt for barn og ungdom kunne kanskje mange ha vært spart for et liv med dobbeltdiagnose.

Å ha mulighet for å ta utdanning, fullføre skolegang, skaffe seg jobb og bolig er en stor del av å ha en meningsfull tilværelse. Skolen er nødt til å arbeide med å se risikoindivider, for eksempel ungdom som har mye fravær og vanker i et utsatt miljø hvor det er mye kriminalitet og bruk av rusmidler. Det er ofte mye press i denne typen miljø som bidrar til at barn og unge føler seg presset til å prøve rusmidler.

Lærere, arbeidsgivere, venner og familie er nødt til å støtte opp hvis man ser en i sitt nettverk som har det vanskelig. Dette er ofte en vanskelig situasjon for eksempel foreldre av barn som ruser seg. Hvordan takler man det faktum at sønnen din ruser seg?

Å kunne ha en hobby man trives med, arbeide i et yrke man liker eller ha fag på skolen som man mestrer er med på å skape trivsel. Man ser ofte at mennesker med dobbeltdiagnose fungerer dårlig i både det sosiale livet og arbeidslivet. Ofte har de ikke fullført skolen og kan være hjemløse (Randby 2010). Hvorfor faller disse mellom to stoler?

4.0 Konklusjon

Problemstillingen vår er:

Hvorfor er miljøterapi benyttet av sykepleiere i behandlingen av pasienter med dobbeltdiagnose?

I denne oppgaven har vi gjort rede for miljøterapi som behandlingsmetode. I tillegg har vi gått litt inn på hva det vil si å leve med en dobbeltdiagnose, hva rusmidler er og hva det gjør med en person som misbruker dette. Vi har også gått litt inn på hvorfor pasienter med dobbeltdiagnose har en tendens til å bli ”kastet” rundt i behandlingssystemet.

Samtidig har vi funnet ut igjennom teori og drøfting at miljøterapi som behandlingsmetode har god effekt på denne pasientgruppen. Miljøterapi er med på å styrke fellesskapet og gjør at pasientene hjelper hverandre både med sine psykiske lidelser og sitt rusmisbruk. Dette innebærer at pasientene må få et visst ansvar i sin egen behandling og ikke stole på at leger og sykepleiere gjør ”alt” i arbeidet med og bli frisk. Miljøterapi hjelper både den psykiske delen og hjelper pasienten på vei mot en rusfri hverdag. Ved å bruke miljøterapi vil vi kunne forberede pasienten på hva som venter han utenfor institusjonen.

Vi tror den største utfordringen sykepleierne vil møte i behandlingen av pasienter med dobbeltdiagnose vil være å ha tilstrekkelig med kunnskap. Dette innebærer både rusomsorg og psykiatribehandling. Vi tror noen av utfordringene kommer av at helsevesenet har blitt for spesialiserte på sine ”felt”. Ofte kan de mye psykiatri eller rusomsorg. Som igjen vil resultere i at de skyver pasientene fra seg når de føler at pasientene er ferdig behandlet i sitt ”felt”.

Det kan også være en utfordring å få pasienter med dobbeltdiagnose ut i samfunnet igjen. Sykepleierne må lede pasientene i riktig retning for å unngå at pasienten faller tilbake til sitt gamle miljø. Her er det viktig å kunne ha et godt nettverk og hjelpe pasienten med å skape relasjoner utenfor rusmiljøet.

Vi har erfart i praksis at pasienter med rusproblemer ofte kan bli ”gitt opp”. De har en tendens til å bli svingdørs-pasienter og kommer stadig tilbake med samme problematikk. Her ser man også viktigheten av et helhetlig tilbud, godt ettervern og tiltak på et tidlig tidspunkt.

Etter å ha arbeidet med faglitteraturen føler vi at vi sitter igjen med mange spørsmål. Blant annet hvorfor det ikke blir dannet et helhetlig behandlingstilbud til pasienter med dobbeltdiagnose. Vi mener det må utarbeides klare mål for denne pasientgruppen. Samtidig går mye av faglitteraturen ut på hvilke utfordringer man har i arbeid med pasienter med dobbeltdiagnose, men det er ingen som kommer med noen klare svar på hvordan man skal løse disse utfordringene.

5.0 Etterord

Vi var enig fra starten om hvilke temaer vi ville arbeide med. Vi har hatt et godt samarbeid med mange spennende faglige diskusjoner. Under diskusjonene og arbeidet med oppgaven har vi tilegnet oss mye ny og lærerik kunnskap som vi kan ta med oss videre. Vi har også kommet med egne erfaringer fra praksis og delt dette med hverandre. Dette har vært med på å gi oss en bedre forståelse for temaene.

Ved å arbeide med denne oppgaven har vi lært oss en ny måte å se pasienter med dobbeltdiagnose på. Vi har blitt mer observante med å se pasienten som helhet og ikke kun fokusere på diagnosen. Dette er noe vi må ha i bakhodet uansett hvor vi jobber. Dette er noe vi kan møte på flere typer avdelinger også somatiske. Det er lett kun å konsentrere seg om innleggelsesårsaken og ”ignorere” de andre problemene pasienten har.

Til slutt vil vi si at det har vært en spennende og lærerik prosess. Vi er fornøyde med sluttresultatet og det gode samarbeidet vi har hatt.

Litteraturliste

*Bratteig, Margot, Ingunn Hove, Amund Aakerholt (2005). *Rusa eller gal? Sammenhenger mellom rusmisbruk og psykiske lidelser*. 3. utgave. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning. 5 sider.

Dalland, Olav (2005). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eide, Hilde og Tom Eide (2009). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Evjen, Reidunn, Knut Boe Kielland og Tone Øiern (2007). *Dobbelt opp – om psykiske lidelser og rusmisbruk*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget. 3 sider.

*Fekjær, Hans Olav (2009). *Rus: Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk*. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 1 side.

*Furuholmen, Dag og Arne Schanche Andresen (2007). *Fellesskapet som metode: Om miljøterapi og rus*. 3. utgave Oslo: Cappelens Forlag AS. 2 sider.

*Hagqvist, Anders og Björn Widinghoff (red.) (2000). *Miljöterapi – i går, i dag och i morgon*. Sweden: Studentlitteratur. 32 sider.

*Halvorsen, Terje (2006). *Miljøarbeid – teori og praksis*. 2. utgave. Bergen: Fagbokforlaget. 10 sider.

*Helsenett.no (2009). *Schizofreni*. [Online]. URL: http://www.helsenett.no/index.php?option=com_content&view=article&id=4307&Itemid=69) (01.04.11) 1 side.

*Hättenschwiler, J, P. Rüesch og J. Modestin (2001). Comparison of four groups of substance-abusing in-patients with different psychiatric comorbidity. I: *Acta Psychiatr Scand.* 104, s. 59-65. 4 sider.

Håkonsen, Kjell Magne (2003). *Innføring i psykologi*. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*KoRus-øst, *Hva er dobbeltdiagnose*. [Online]. URL: (<http://www.rus-ost.no/Default.asp?WCI=DisplayGroup&WCE=48&DGI=48>) (01.04.11) 1 side.

Kringlen, Einar (2008). *Psykiatri*. 9. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, Nina Jahren (2005). *Grunnleggende sykepleie: bind 4*. 1. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Pasientrettighetsloven (1999). *Lov om pasientrettigheter*. [Online]. Lovdata. URL: (<http://lovdata.no/all/hl-19990702-063.html>) (06.04.11) 1 side.

*Psykisk helsevernloven (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*. [Online]. Lovdata. URL: (<http://lovdata.no/all/hl-19990702-062.html>) (06.04.11) 1 side.

*Randby, Margareth (2010). *Å leve med alvorlige rus- og psykiatriproblemer: På vei mot en bedre hverdag*. 1. utgave. Oslo: Kommuneforlaget AS. 53 sider.

*Regjeringen.no (2004). *Rusreformen - pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven*. [Online]. URL: (<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rundskriv/2004/i-82004.html?id=445634>) (14.04.11) 1 side.

*Skårderud, Finn, Svein Haugsgjerd og Erik Stänicke (2010). *Psykiatriboken: Sinn – kropp – samfunn*. 1. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 5 sider.

Slettebø, Åshild (2009). *Sykepleie og etikk*. 5. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Snoek, Jannike Engelstad og Knut Engedal (2008). *Psykiatri: Kunnskap, forståelse, utfordringer*. 3. utgave. Otta: Akribe Forlag AS.

*Sosialtjenesteloven (1991). *Lov om sosiale tjenester m.v.* [Online]. Lovdata. URL: (<http://lovdata.no/all/hl-19911213-081.html>) (06.04.11) 1 side.

*St. meld. Nr. 25 (1996-97). *Åpenhet og helhet – om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. [Online]. URL: (http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-25_1996-97/6.html?id=191092) (01.04.11) 2 sider.

Strand, Liv (1991). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet – psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. 1. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.