



BACHELOROPPGAVE

Hvilke faktorer er viktige for en god terapeutisk relasjon mellom pasient med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse og sykepleier i behandling, for at pasienten sikres god ivaretagelse av egenomsorg?

HØGSKOLEN I GJØVIK
AVDELING HELSE, OMSORG OG SYKEPLEIE
VÅREN 2015
DATO: 10.05.2015

FORFATTERE:

MARY EMILIE KJERNSVIK
INGRID DORTHEA JENSRUD

Mennesker med rusproblemer skal møtes med likeverd og respekt. Hjelp skal tilbys uten at det stilles krav om rusfrihet, samtidig som rusfrihet må være et mål for de fleste. Hjelpen skal tilpasses den enkeltes behov, og den enkelte skal medvirke i utforming av tjenestene og beslutninger som angår dem (Helse- og omsorgsdepartementet 2012).

SAMMENDRAG

Tittel:	Hvilke faktorer er viktige for en god terapeutisk relasjon mellom pasient med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse og sykepleier i behandling, for at pasienten sikres god ivaretagelse av egenomsorg?	Dato : 10/5-15
Deltaker(e)/	Mary Emilie Kjernsvik Ingrid Dorthea Jensrud	
Veileder(e):	Lisbeth Kjeldsrud Aass	
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Sykepleie, terapeutisk relasjon, egenomsorg, ROP-lidelse, rusbehandling og psykisk helsevern.	
Antall sider/ord: 59/13.060	Antall vedlegg: 1	Tilgjengelighet (åpen/konfidensiell): ja
Kort beskrivelse av master/bacheloroppgaven:		
<p>Introduksjon: Ved alvorlig ROP-lidelse kan man oppleve svekket evne til å ivareta egenomsorg. I rusbehandling er den terapeutiske relasjonen mellom sykepleier og pasient viktig for behandlingsopplevelsen. Denne oppgaven undersøker hvilke faktorer som er viktige i relasjonen for at sykepleier kan hjelpe pasienten til å ivareta egenomsorg under behandlingsoppholdet.</p> <p>Hensikt: Å styrke sykepleieres kunnskaper, og dermed styrke kvalitetene på den terapeutiske relasjonen mellom pasienter med ROP-lidelse og sykepleiere i behandling.</p> <p>Metode: Litteratursøk i databaser med følgende søkeord: sykepleier, terapeutisk relasjon, rusbehandling, psykisk helsevern.</p> <p>Resultat: Tillit, respekt og sykepleieres gode kunnskaper er faktorer som er viktige i den terapeutiske relasjonen, både for pasienten og sykepleieren. Når sykepleierne bruker tid med pasientene, gir av seg selv, er ærlige og viser forståelse, vekkes tillit hos pasientene. At pasientene ble sett og hørt av sykepleierne ga pasientene opplevelsen av å bli respektert. Økte kunnskaper om ruslidelser og psykiske lidelser, og sykepleiers evne til å utøve kunnskap, er også svært viktig for den terapeutiske relasjonen.</p> <p>Konklusjon: Den terapeutiske relasjonen mellom pasienter med ROP-lidelser i rusbehandling og sykepleiere er svært viktig både for behandlingsforløpet og for pasientenes opplevelse av behandlingen. Funn tyder på at sykepleierens veiledningsarbeid i forhold til ivaretagelse av pasientens egenomsorg lettes ved at pasienten har tillit til, og føler seg sett, hørt og respektert av sykepleieren. Sykepleiers kunnskap øker trygghet, trygghet vekker pasientens tillit og tillit bidrar til en god terapeutisk relasjon mellom sykepleier og pasient.</p>		

ABSTRACT

Title:	Which factors are important for a good therapeutic relationship between patients with substance-related disorders and mental illness and nurses during treatment, so that the patient is ensured his self-caring abilities are strengthened?	Date : 10/5-15
Participants/	Mary Emilie Kjernsvik Ingrid Dorthea Jensrud	
Supervisor(s)	Lisbeth Kjeldsrud Aass	
Keywords	Nursing, therapeutic relationship, self-care, substance abuse treatment, mental health nursing.	
(3-5)		
Number of pages/words:	Number of appendix: 1	Availability (open/confidential): yes
59/13.060		
Short description of the bachelor thesis:		
<p>Introduction: Severe drug abuse and mental disorder can impair a patient's ability to maintain self-care. In drug treatment, the therapeutic relationship between nurse and patient is important for the treatment experience. This paper examines the factors that are important in the relationship so that the nurse can help ensure the patient's self-care during the rehabilitation period.</p> <p>Objective: To strengthen nurses' knowledge, thereby enhance the quality of the therapeutic relationship between patients with substance abuse and mental disorders and nurses in treatment.</p> <p>Method: Literature search in databases with the following keywords: nurse, therapeutic relationship, substance abuse treatment, mental health care.</p> <p>Results: Trust, respect and the nurse's knowledge are important factors in the therapeutic relationship between patients with substance-related disorders and mental illness and nurses. When nurses spend time with patients, provide personal support, and are honest and understanding, patients are able to build trust. Being seen and heard by the nurses gave patients the feeling of being respected. Increased knowledge about substance abuse and mental disorders and the nurses' ability to exercise this knowledge, is also vital for the therapeutic relationship.</p> <p>Conclusion: The therapeutic relationship between patients with substance-related disorders and mental illness and nurses is very important both for the course of treatment and for the patients perception of the therapy. The nurses workload with management of these disorders ease when the patient trusts the nurse and feels heard, seen and respected by the nurse. The nurses knowledge increases safety in the workplace, safety builds the patients trust and trust creates a good therapeutic relationship between the nurse and patient.</p>		

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	2
ABSTRACT	3
1 Begrepsavklaring	5
2 Innledning.....	7
3 Bakgrunn	9
3.1 Rus og rusens virkeområder	10
3.2 Diagnose	11
3.3 Samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP- lidelse)	12
3.4 Behandling.....	12
3.5 Grunnleggende behov	14
3.6 Teoretisk perspektiv	15
3.7 Terapeutisk relasjon	17
3.8 Hensikt med oppgaven og problemstilling.....	18
4 Metode	19
4.1 Litteraturstudie som metode	19
4.2 Litteratursøk	20
4.3 Avgrensninger og analyse.....	21
4.4 Forskningsetiske overveielser	23
5 Resultat.....	26
5.1 Presentasjon av resultat- matriser	26
5.2 Oppsummering av resultatet	34
5.2.1 Tillit:.....	35
5.2.2 Respekt:	35
5.2.3 Kompetanse:	35
6 Drøfting.....	37
6.1 Tillit:	37
6.2 Respekt:	42
6.3 Kompetanse:	44
7 Konklusjon	47
8 Litteraturliste.....	48

Vedlegg 1- Søkedokumentasjon s. 55.

Antall ord: 13.060

1 Begrepsavklaring

Begreper er avklart tidlig i oppgaven for at det ikke skal oppstå misforståelser av begreper for den som leser oppgaven. Følgende begreper er plukket ut fordi de er begreper som kan oppfattes på ulike måter, og dermed skape en annen betydning enn det som er ment.

Ruslidelser

Med ruslidelser menes mennesker som har et ukontrollert skadelig bruk og/eller avhengighetsforhold til et rusmiddel, og som har behov for rusbehandling. Disse menneskene kan være diagnostisert med en avhengighet. Begrepet er gjennomgående i litteratur som omhandler temaet rus, og anses som å være presist og lett å forstå.

Psykiske lidelser

Med psykiske lidelser menes mennesker som er diagnostisert med sykdom som rammer sinn og bevissthet, og ikke fysiske og kroppslige plager. Begrepet er presist, «folkelig» og lett å forstå.

Helsepersonell

Med helsepersonell menes alt faglig personell som arbeider med pasienter med ruslidelser og psykiske lidelser, der i blant sykepleiere, psykologer, psykiatere, terapeuter o.l. Begrepet helsepersonell benyttes fordi det kan anses som et nøytralt begrep, som likevel dekker flere aktuelle yrkesgrupper, der begrepet sykepleier ikke er tilgjengelig eller passende.

ROP-lidelser

ROP-lidelser er en samlebetegnelse og brukes om mennesker som har samtidig ruslidelse og psykiske lidelser. Begrepet brukes aktivt i både rusomsorgen og i psykiatrien, samt i litteraturen. Lignende kjente begreper er «dobbeldiagnose» eller «doble diagnoser».

Terapeutisk relasjon

Med dette menes det emosjonelle båndet mellom sykepleier (og helsepersonell) og pasient, som skal virke terapeutisk for pasienten. Relasjonen er en av tre elementer som danner den terapeutiske alliansen.

Terapeutisk allianse

Med dette menes et behandlingssamarbeid mellom sykepleier (og helsepersonell) og pasient. Alliansen består av følgende tre elementer: emosjonelt bånd mellom sykepleier og pasient, enighet mellom sykepleier og pasient, og enighet mellom sykepleier og pasient om behandlingsmål.

2 Innledning

Bacheloroppgavens tema omhandler den terapeutiske relasjonen mellom sykepleier og pasient i langtids døgnbehandling for samtidig ruslidelser og psykiske lidelser (ROP-lidelser). Oppgaven vektlegger både pasienters og sykepleieres, samt annet helsepersonells erfaringer med den terapeutiske relasjonen, herunder hvilke faktorer som fremmer kvaliteten på relasjonen hvor målet er ivaretagelse av pasientens egenomsorg under behandlingsoppholdet.

Rusomsorg har de siste årene fått økt fokus både i politikken, helsevesenet og i samfunnet. I 2004 kom rusreformen som blant annet ga pasienter med ruslidelser pasientrettigheter på lik linje med andre pasienter i helsetjenesten (Helsedepartementet 2004). Sykepleiere rapporterer som følge av reformen at pasientgruppen er bedre ivaretatt, men at sykepleierne har nye utfordringer i form av flere og bredere arbeidsoppgaver, hvor manglende sykepleierressurser og kunnskaper er et problem (Sælør og Biong 2011). I 2012 ga helse- og omsorgsdepartementet ut Stortingsmelding nr. 30 om en helhetlig rusmiddelpolitikk, hvor de blant annet la vekt på samhandling mellom instanser, økt kompetanse og kvalitet, og hjelp til tungt rusavhengige (Helse- og omsorgsdepartementet 2012). Samme år kom Stortingsmelding nr. 13, som påpeker nødvendigheten av kunnskapsbaserte tjenester som setter pasienten og brukeren i sentrum, for å bidra til bedre helse og velferd i befolkningen, blant annet for mennesker med ruslidelser og psykiske lidelser (Kunnskapsdepartementet 2012).

Samfunnet har utviklet seg til å bli mer åpent rundt ruslidelser og psykiske lidelser, og det blir ikke lenger ansett som tabu verken å være diagnostisert med ruslidelse eller psykisk lidelse, eller å ha nære relasjoner til noen som er det. Spesialisthelsetjenesten og rusomsorgen består av et tverrfaglig samarbeid av flere yrkesgrupper, der i blant sykepleiere. Sykepleiere har en sentral rolle for denne pasientgruppen under behandlingsoppholdet, og deres relasjon er av betydning for behandlingsutfallet (Kristoffersen og Nortvedt 2011).

Pasienter med ruslidelser kan oppleve svekket eller redusert evne til å ivareta grunnleggende behov og egenomsorg. Egenomsorg er betegnelsen på individets egen

håndtering av fysisk eller psykisk funksjonssvikt. Dette omfatter behandling av sykdom, tiltak for å kompensere for funksjonssvikt og evne til å kontakte annen hjelp dersom det er behov for det (Nylenna og Braut, 2009). Under rusbehandling i en langtids døgninstitusjon kan sykepleiere informere, veilede eller kompensere for funksjonssvikt ved hjelp av den terapeutiske relasjonen. På lik linje kan de også påvirke pasientene til å gjenoppta sine evner til ivaretagelse av egen helse. Sykepleiens grunnlag er respekten for mennesket. Utøvelsen av sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene (Aakre 2011). Sykepleien skal være kunnskapsbasert, det vil si at fagutøvelsen baseres på forskningsbaserte kunnskaper, i sammenheng med kliniske erfaringer og pasientens ønsker og behov (Kristoffersen, Nortvedt og Strand 2011).

Klinisk sykepleieforskning retter seg mot fenomener som er knyttet til sykepleietjenester sett fra pasient-, pårørende- eller sykepleieperspektiv. Høgskolen i Gjøvik presenterer tre forskningsområder i klinisk sykepleie som bacheloroppgavens tema skal knyttes opp mot: utdanningskvalitet, kvalitet i sykepleie og helse i dagliglivet (Foss 2014). Denne bacheloroppgaven baseres på forskningsområdet kvalitet i sykepleie. Høgskolen i Gjøvik deler dette forskningsområdet i to fokusområder: pasienters behov og sikkerhet, og personalets funksjon og sikkerhet. Pasienters behov og sikkerhet omhandler blant annet kunnskapsutvikling i forhold til menneskers grunnleggende behov. I denne bacheloroppgaven vil dette dreie seg om svekket eller nedsatt evne til å ivareta grunnleggende behov og egenomsorg hos pasienter med ROP-lidelser. Sykepleiere kan bidra til at pasientene gjenopptar disse evnene. Bacheloroppgaven fokuserer på den terapeutiske relasjonen mellom sykepleier og pasient, og hvordan dette fremmer pasientens evne til ivaretagelse av egen helse. Personalets funksjon og sikkerhet retter seg blant annet mot den psykososiale arbeidssituasjonen. Som nevnt tidligere er tilbakemeldinger fra sykepleiere i rus- og psykiatrinstitusjoner at mangel på tid, ressurser og kunnskaper er utfordringer i arbeidshverdagen etter at rusreformen kom i 2004. Denne oppgavens fokus kan heve sykepleieres kunnskapsnivå om terapeutisk relasjon, og dermed bedre den psykososiale arbeidssituasjonen.

3 Bakgrunn

Ruslidelser og psykiske lidelser forekommer hos mange mennesker, i alle aldre og i ulike deler av befolkningen. Noen håndterer disse problemene på egenhånd, mens andre kan ha behov for profesjonell hjelp av helsetjenesten. Om lag en sjettedel av den voksne befolkningen har til enhver tid en ruslidelse eller psykisk lidelse, og om lag fem prosent har vært i behandling i psykisk helsevern eller i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) (Helsedirektoratet 2014a). I 2014 mottok 30 300 pasienter behandling innen TSB. Dette er i følge Helsedirektoratet (2015a) en økning på 2,5 prosent fra året før.

I følge Helsenorge (2014) viser studier fra både Norge og USA at rusavhengighet og psykiatri svært ofte henger sammen. Forskingen slår fast at behandlingen av disse lidelsene må sees i sammenheng hvis den skal være effektiv. Furuholmen og Andresen (2007) bekrefter disse studienes funn. De påpeker økende grad av psykiske lidelser blant pasienter med ruslidelser, og at det er flere pasienter fra psykiatrien som velger å ruse seg. Det har vært økt oppmerksomhet mot denne pasientgruppen i nyere tid, men det er fortsatt mye som mangler når det gjelder utredning, behandling og oppfølging. Ofte skjules den ene lidelsen bak den andre, slik at pasientene i denne gruppen ikke får tilfredsstillende hjelp og behandling. Helsedirektoratet har utgitt Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av mennesker med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse, kalt ROP-lidelser, for å fremme bedring og livskvalitet hos denne pasientgruppen (Helsedirektoratet 2012).

I følge Helse- og omsorgsdepartementet (2014) skal tilbudet til rus og psykisk helse primært bygges opp i kommunene, og spesialisthelsetjenesten skal involveres og gi utredning og behandling av mer alvorlige tilstander. I statsbudsjettet for 2015 er rus og psykisk helse en av hovedprioriteringene hos Helse- og omsorgsdepartementet (Finansdepartementet 2014). Rus og psykisk helsearbeid skal bidra til flere friske leveår for befolkningen, ved å redusere negative konsekvenser av rusmiddelbruk og psykiske helseproblemer, for den enkelte og samfunnet. Målet er å fremme bedre levekår, forebygge problemutvikling og fremme mestring av eget liv (Helsedirektoratet 2014a).

3.1 Rus og rusens virkeområder

Rusmidler er kjemiske stoffer som påvirker menneskers sentralnervesystem. Dette fører til opplevde endringer i fysiske og psykiske funksjoner hos personen som bruker rusmidlet. For å kunne bruke et kjemisk stoff som rusmiddel, må disse endringene straks føles tiltrekkende, slik at personen liker virkningen som påføres kroppen (Politiet 2013). Det finnes mange typer rusmidler, men de mest brukte i Norge er alkohol, cannabis, amfetamin og reseptbelagte legemidler (Christophersen, Nesvåg og Ystrøm 2015). Alkoholkonsumet i Norge har økt betydelig de siste 15 årene. Alkohol er det rusmidlet som forårsaker flest sosiale- og helsemessige skader, og er den nest viktigste risikofaktor for sykdom og tidlig død i industrialiserte land. I følge Bramnes (2012) finnes det rundt 2-300 000 mennesker med alkoholproblemer i Norge, minst 20-30 000 med narkotikaproblemer og minst 30-50 000 som misbruker reseptbelagte legemidler. I 2013 døde 662 personer av direkte alkohol-, -narkotika- og medikamentmisbruk i Norge (Folkehelseinstituttet u.d.). Om lag 10 000 personer i landet injiserer narkotiske stoffer som heroin (Helsedirektoratet 2014a), og dødsfall som følge av narkotikabruk i Norge er hovedsakelig relatert til injisering av heroin (Skretting, Lund og Bye 2013).

Alle typer rusmidler er kjemiske stoffer som på ulike måter kan framkalle endringer i bevisstheten (psykoaktive stoffer) som påvirker de delene av hjernen som regulerer følelsene våre (Håkonsen 2011). Rusmidlet kan skape en rus som øker intensiteten i menneskets varierende følelser, og dermed dempe opplevelsen av angst og uro, følelsmessig ustabilitet eller gi en pause fra hverdagens realitet. Rusmidler kan dempe følelsen av fysisk eller psykisk smerte, fylle emosjonelle tomrom, og dermed påføre brukeren både savn og ubehag ved å avslutte bruken (Lossius 2010).

Hyppig og langvarig rusmiddelinntak fører til endringer i nervesystemet, som gir økt toleranse og abstinenssymptomer ved redusert eller avsluttet inntak av rusmidlet. Stort og hyppig rusmiddelinntak kan føre til organsykdommer, som for eksempel skader i hjerne og nervesystem, leverskader, økt blodtrykk og virusinfeksjoner som hepatitt og HIV (Skretting, Lund og Bye 2013). Med samtidig psykiske lidelser øker i tillegg faren for store sosiale og økonomiske tap, psykiske og sosiale belastninger for pårørende, og svekket evne til ivaretagelse av grunnleggende behov og egen helse (Lossius 2010).

3.2 Diagnose

Det finnes to godkjente sykdomsklassifikasjoner for rusdiagnoser, ICD og DSM. International Classification of Diseases (ICD) er utgitt av Verdens helseorganisasjon. Diagnostics and Statistics Manual (DSM) ble utviklet i USA som et alternativ til ICD (Malt 2014). De forandres med årene, og per dags dato er det den tiende versjonen av ICD (ICD-10) og den fjerde versjonen av DSM (DSM-IV) som benyttes. ICD-10 skiller mellom skadelig bruk og avhengighet, mens DSM-IV definerer misbruk (Helsedirektoratet 2012). I Norge benyttes ICD til diagnostisering, mens DSM ofte brukes i forskning (Fekjær 2011).

Skadelig bruk er hovedsakelig knyttet til helseskadene rusmisbruket gir, og ikke tilknyttet avhengighet, da skadelig bruk kan gi mye helseskade uten at det foreligger en avhengighet. Skadelig bruk oppstår når bruksmønsteret og rusinntaket gir fysiske og/eller psykologiske skader (Helsedirektoratet 2012).

Når rusen og rusmidlet får høyere prioritet enn alt annet som bør være av betydning eller verdi for personen det gjelder, kan man si at personen er avhengig. Avhengighet kjennetegnes ved at brukeren fortsetter å innta rusmidlet til tross for skadelige konsekvenser. For å sette denne diagnosen må minst tre av følgende kriterier ha intruffet samtidig i løpet av det foregående året: sterk lyst eller følelse av tvang til å innta substansen, problemer med å kontrollere substansinntaket, abstinensstilstand når substansinntaket opphører eller reduseres, utviklet toleranse og behov for økt dose for å oppnå samme effekt som tidligere ved lavere dose, brukeren føler økende likegyldighet for gleder eller interesser, og brukeren opprettholder substansbruken til tross for åpenbare tegn på skadelige konsekvenser, eksempelvis leverskade etter betydelig alkoholkonsum (Helsedirektoratet 2012).

Misbruk innebærer ikke at en trenger å oppfylle kriteriene for avhengighet, men at gjentatt bruk av rusmiddel det siste året har ført til minst ett av følgende kriterier: at personen ikke oppfyller viktige rolleforpliktelser (arbeid, familie o.l.), bruk i situasjoner der det er fysisk risikabelt (bilkjøring), gjentatte problemer med rettsvesenet eller vedvarende eller tilbakevendende sosiale eller interpersonlige problemer (Fekjær 2011).

3.3 Samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP- lidelse)

Som presisert tidligere er det stor hyppighet av rusmisbruk blant personer med psykiske lidelser. På lik linje er det stor hyppighet av psykiske lidelser blant personer med ruslidelser. Hva som opptrer først kan ofte være vanskelig å gi svar på (Fekjær 2011). På 90-tallet viste det seg at av inneliggende pasienter i rusbehandling, hadde 60-70% av pasientene også en depresjon. Angst, psykoser og personlighetsforstyrrelser var også fremtredende. Mange pasienter hadde vist tegn til psykiske lidelser allerede som barn. Dette gir et bilde av hvordan underdiagnostiseringen av denne problematikken lenge har vært i psykiatrien (Furuholmen og Andresen 2012). «Dobbeldiagnoser» er blitt den norske betegnelsen på mennesker med samtidig ruslidelse og psykiske lidelser. I følge Fekjær (2011) har helsetilsynet inndelt disse pasientene i fire følgende undergrupper: misbrukere med psykose, misbrukere med alvorlig depresjon, angst, spiseforstyrrelser eller liknende, misbrukere med alvorlig grad av utagerende personlighetsforstyrrelse, og misbrukere med kognitiv svikt, spesielt lett psykisk utviklingshemmede eller ADHD. Det finnes ulike teorier om hvorfor ruslidelser og psykiske lidelser i så stor grad påvirker hverandre. Noen hevder at mennesker med psykiske lidelser benytter rusmidler som selvmedisinering, eller at ensomme og usikre mennesker lett kan oppleve en tilhørighet og identitet i rusmiljøet (Fekjær 2011).

3.4 Behandling

Helsedirektoratet (u.d) definerer behandling som «tiltak for å helbrede, bekjempe, lindre og forhindre plager, sykdom, skade eller funksjonshemning eller eventuelle konsekvenser av dette med bakgrunn i adekvat vitenskap og kunnskap». Det finnes mange former for behandling, eksempelvis rehabilitering, poliklinisk behandling eller døgnbehandling.

En pasient som skal innlegges til behandling for ruslidelse eller ROP-lidelse i spesialisthelsetjenesten må henvises til tverrfaglig spesialisert behandling. Tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) omfatter tilbud om døgnbehandling, dagbehandling og polikliniske tjenester. TSB er hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven, og pasientenes rettigheter går fram av pasientrettighetsloven. Pasienten henvises til TSB fra sosialtjenesten, barneverntjenesten, lege eller annet personell med myndighet, hvor det blir tatt en individuell vurdering av pasientens tilstand og behov for helsehjelp. Alle henvisninger vurderes i forhold til prioriteringsforskriften av en vurderingsinstans for TSB. Pasienter som tilkjennes rett til nødvendig helsehjelp, kan få dette i form av poliklinisk behandling,

dagbehandling eller døgnbehandling. I et døgnbehandlingstilbud bor pasienten på institusjonen (Helsedirektoratet 2015b).

Hvem kommer så til rusbehandling? I følge Fekjær (2011) oppsøker ikke mennesker med ruslidelser behandling fordi de selv er bekymret for sitt inntak av rusmidler, men fordi det er oppstått uønskede konsekvenser av bruken. Eksempelvis vil alkoholikere ofte si at det har oppstått problemer på hjemmebanen med kjæresten, eller problemer med jobben. De som oppsøker behandling er ofte ambivalente, føler seg hjelpeløse, har et ønske om å vise velvilje overfor sine nærmeste, eller ønsker et opphold på institusjon som et avbrekk fra realiteten. Det er vanlig at det er flere av disse forholdene som sammen bidrar til at man søker hjelp og behandling.

Forskrift om habilitering og rehabilitering (2011) definerer habilitering og rehabilitering som «tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet». Forskriftens formål er å sikre at personer som har behov for habilitering og rehabilitering skal tilbys tjenester som kan bidra til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse.

I Norge finnes det 63 behandlingssteder for ROP-lidelser innenfor spesialisthelsetjenesten (Frittsykehusvalg 2015). Det finnes flere forskjellige behandlingsfilosofier og metoder brukt på behandlingsstedene, som eksempelvis miljøterapi. Dette er en behandlingsmetode hvor pasientene i stor grad omgås og behandles av blant annet sykepleiere. Miljøterapi handler om at alt som foregår i en døgninstitusjon utenom faste behandlingstider skal virke som terapi for pasientene (Furuholmen og Andresen 2012). Dette går ut på at personalet utfører terapifremmende handlinger ovenfor pasientene, i den hensikt å bidra til pasientenes bedring (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke 2010). Sykepleieren og tilretteleggingen av miljøet, miljøterapien, skal fungere som bidrag til å styrke pasientenes ego. Egostyrkende sykepleie betyr tiltak og holdninger sykepleieren benytter ovenfor pasienter med svekket egofunksjon, når pasientens «jeg-grenser» er svake og dermed «jeg-ressursene» lite tilgjengelige (Strand 2013). Norsk sykepleierforbund har definert sykepleie i rehabilitering som

en aktiv målrettet prosess basert på individets samlede ressurser, der sykepleier i samhandling med andre aktører assisterer personen, familien og nettverket til mestring av eget liv. Gjennom relasjonsarbeid og intervensjoner, basert på fortid, nåtid og fremtid, etablerer sykepleieren et gjenoppbyggende miljø, ivaretar grunnleggende behov, fremmer verdighet og bistår personen med erfaring av ulike livsfenomen (Butli 2011).

3.5 Grunnleggende behov

Grunnleggende behov er de behov alle mennesker har som må dekkes for å kunne oppleve god helse. Behovene deles inn i fysiske, psykiske, sosiale og åndelige eller kulturelle behov (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2011a).

Abraham Maslow kom i 1954 ut med en teori om hva som motiverer mennesker. Han kom frem til at det er behovet for å oppnå visse behov som er motivasjonen for vår eksistens. Når et behov er oppfylt søker mennesket etter å oppfylle neste. Han har satt opp disse grunnleggende behovene i et hierarki ut i fra hva som er viktigst. Dette kalles Maslows behovspyramide. Nederst finner vi de fysiske behovene som mat og drikke, så kommer behovet for trygghet, og deretter behovet for tilhørighet og kjærlighet; altså sosiale behov, videre kommer behovet for å bli akseptert, respektert og verdsatt, og til slutt behovet for selvrealisering (Maslow 1954). Thorsen (2011) mener at behovenes rekkefølge noen ganger kan forskyves i forhold til hva som er viktigst, slik Maslow kaller for «peak experiences». Det kan ofte ses at pasienter med ROP-lidelser har forskjøvet disse behovene. Behovet for å innta rusmiddelet overstyrer andre behov, slik at mat, søvn og trygghet blir mindre viktige. I behandling ønsker man å lære pasienten viktigheten av å ivareta grunnleggende behov på en tilfredsstillende måte.

MASLOWS BEHOVSPYRAMIDE:



I sykepleiefaglig sammenheng om grunnleggende behov benyttes gjerne også begreper som fundamentale, primære eller allmenmenneskelige behov. Samtlige behov hører med til det å være menneske. Ivaretagelse av grunnleggende behov er sentralt i utøvelsen av sykepleie, slik det også står nedfelt i blant annet Kunnskapsdepartementets (2008) rammeplan for sykepleierutdanning. Når sykdom, skade eller lidelse oppstår kan mennesker ha behov for sykepleie. I slike sammenhenger er det ikke tilstrekkelig sykepleie å gi pasienten hjelp til å ivareta grunnleggende behov. Med det menes at god og tilfredsstillende sykepleie til lidende pasienter innebærer å utføre handlinger som reduserer pasientens opplevelse av lidelse, understøtter pasientens opplevelse av mening og livsvilje, og hjelper pasienten og pårørende til å mestre livssituasjonen (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2011b).

3.6 Teoretisk perspektiv

Egenomsorg bør anses som sentralt i langtids døgntilrettelagt behandling for pasienter med ROP-lidelser, fordi det ofte ses en svikt i denne pasientgruppens evne til ivaretagelse av egenomsorg.

Dorothea Orem (1914-2007) var en amerikansk sykepleier. Hun arbeidet i mange år innenfor sykepleietjeneste og sykepleierutdanning ved flere universitetssykehus. I 1959 påbegynte hun arbeidet med å utvikle sin sykepleieteori. I 1971 ga hun ut boken *Nursing: Concepts of Practice*, hvor hun presenterte sin egenomsorgstenkning og teori om egenomsorgssvikt. Boken er senere revidert en rekke ganger. Målet i Orem's egenomsorgsteori er å fremme normalfunksjon, utvikling, helse og velvære. Teorien er utviklet og bygget på menneskets grunnleggende behov (Kristoffersen 2011).

«Egenomsorg er de handlinger som et menneske tar initiativ til, og utfører på egne vegne for å opprettholde liv, helse og velvære» (Kristoffersen 2011, s. 228). I følge Strand (2013) beskriver Orem's egenomsorgsteori godt hvordan sykepleiere ikke bare forholder seg til pasientens lidelse, men også til funksjonssvikten som er resultatet av lidelsen. En pasient med ROP-lidelse kan oppleve svekket eller nedprioritert evne til ivaretagelse av sine grunnleggende behov. Når pasienten er innlagt for rusbehandling i langtids døgninstitusjon, kan sykepleieren kompensere eller veilede pasienten til å ivareta sin selvstendighet i forhold til egenomsorgstiltak. Eksempelvis kan dette være tiltak som å innta tilstrekkelige mengder mat og drikke, utføre personlig hygiene eller å vaske klær.

Kristoffersen (2011) beskriver Orem's tre problemløsende faser i sykepleie. Fasene benyttes for å kartlegge pasientens behov for hjelp og veiledning. Den første fasen er å samle data og identifisere pasientens behov for sykepleie. Den andre fasen er å utarbeide et sykepleiesystem med en plan for sykepleien, hvor man identifiserer hvilke ansvarsområder pasienten kan ha, og hvilke ansvarsområder sykepleieren skal ha for å hjelpe pasienten. Den tredje og siste fasen er å iverksette og lede sykepleiesystemer. Sykepleiesystemer er tre systemer sykepleieren bruker som verktøy i utøvelsen av sykepleie, basert på pasientens ressursvikt og behov for sykepleie. Det helt kompenserende systemet benyttes når pasientens ressursvikt er total. Det delvis kompenserende systemet benyttes når pasienten selv utfører de tiltakene han mestrer, og sykepleieren kompenserer for de tiltakene pasienten ikke mestrer. Det støttende og undervisende systemet benyttes når pasienten selv har ressurser eller mulighet til å utvikle nødvendige ressurser til å ivareta sine egenomsorgsbehov, men ikke er i stand til å gjøre det uten veiledning fra sykepleieren. Denne bacheloroppgaven knyttes hovedsakelig til det støttende og undervisende systemet (Kristoffersen 2011).

3.7 Terapeutisk relasjon

For at sykepleieren skal kunne hjelpe pasienten er man avhengig av en relasjon. En terapeutisk relasjon beskriver Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke (2010) som en kjerne i psykiatrisk behandling og en del av behandlingskuren. En gjennomgang av tidligere studier viser at den terapeutiske relasjonen er av stor betydning for utfallet av behandlingen, men at det er lite kunnskaper om hva som avgjør kvaliteten på relasjonen mellom helsepersonellet og pasienten i rusbehandling (Meier, Barrowclough og Donmall 2004).

I følge Shatell mfl. (2006) sin studie er forholdet mellom sykepleier og pasient grunnlaget for psykiatrisk behandling. God omsorg for pasienter med psykiske lidelser krever kunnskaper om mennesket, og sykepleier må evne å forstå pasienten. Det finnes mange terapeutiske kommunikasjonsteknikker, men likevel er det få bevis på at teknikkene faktisk fungerer, sett i fra pasientenes synsvinkel. Forskning viser at pasienter med psykiske lidelser ofte ikke har tillit til, eller føler seg forstått av psykiatrisk helsepersonell. Pasientene anser deres forhold til sykepleieren som viktigere enn andre aspekter av behandlingen.

Å være profesjonell i en terapeutisk relasjon med en pasient handler om både å bruke sin faglighet og sin menneskelighet i samværet med pasienten. Det er ingen klare grenser mellom disse to, da de glir over i hverandre. En må kunne gjøre faglige vurderinger og handlinger, samt skape nærhet og kontakt, og dermed gjøre relasjonen mulig. I en terapeutisk relasjon kan sykepleieren bidra til at pasienten er aktiv i sine endringsprosesser. Det kreves at det utvikles en gjensidig tillit mellom behandler og pasient og at pasienten opplever støtte og nærhet. I tillegg må behandleren fremme positiv mestring for pasienten. På denne måten kan pasienten få en bedre forståelse og innsikt i egen situasjon for selv å kunne gjøre gode valg for seg selv. Respekt, kunnskaper og ferdigheter er i tillegg nøkkelord som trekkes frem som elementer for å styrke relasjonen. (Håkonsen 2011).

3.8 Hensikt med oppgaven og problemstilling

Hensikten med dette litteraturstudiet er å øke sykepleieres kunnskaper, og dermed styrke kvalitetene på den terapeutiske relasjonen mellom pasienter med ROP-lidelser og sykepleiere i behandling. En god terapeutisk relasjon er nødvendig for å bistå pasienten i ivaretagelse av egenomsorg under oppholdet. Studien inkluderer både etablering av relasjon og opprettholdelse av allerede etablert relasjon, og tar hensyn til både pasienters og sykepleieres (og annet helsepersonells) erfaringer om terapeutiske relasjoner.

Bacheloroppgavens problemstilling er:

Hvilke faktorer er viktige for en god terapeutisk relasjon mellom pasient med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse og sykepleier i behandling, for at pasienten sikres god ivaretagelse av egenomsorg?

4 Metode

For å besvare en problemstilling må vi velge en metode. Metode betyr en fremgangsmåte for å løse problemer og finne frem til nye kunnskaper. Metoden er vårt redskap i møte med det vi vil studere og forteller oss hvordan vi kan arbeide for å finne eller etterprøve kunnskap (Dalland 2012). I dette kapittelet presenteres metode og framgangsmåte benyttet i bacheloroppgaven til ønsket resultat.

4.1 Litteraturstudie som metode

Bacheloroppgaven er en litteraturstudie, hvor det er brukt forskningsbasert litteratur for å besvare vår problemstilling. I følge Dalland (2012) er en litteraturstudie en oppgave bygget på kunnskaper fra tidligere studier, og en skal derfor ikke benytte egne undersøkelser og intervjuer. Fordelene med litteraturstudie som metode er at det allerede finnes mye tilgjengelig litteratur i både fag- og forskningslitteratur om mange ulike temaer. Ulempen er at det ofte er tidkrevende å finne ønsket litteratur, da mengden av tilgjengelig litteratur ofte er stor å lete i. Svakheten ved litteraturstudie som metode, kan være at vi som oppgaveskrivere ikke kommer i direkte kontakt med verken helsepersonell, pasienter eller pårørende via intervjuer, noe som kunne vært både interessant og lærerikt for oss som studenter.

Forutsetningene for en god litteraturstudie er at kildene som benyttes er pålitelige og av god kvalitet. Kilder er den litteraturen man bruker for å besvare problemstillingen i en oppgave (Rienecker og Jørgensen 2012). Det skilles mellom primærlitteratur, sekundærlitteratur og tertiærlitteratur. Primærlitteratur er «råmaterialet» i oppgaven, sekundærlitteratur tolker råmaterialet og tertiærlitteratur sammenfatter sekundærlitteraturen og gir en oversikt over det faglige feltet (Rienecker og Jørgensen 2012).

I dette litteraturstudiet er forskningslitteratur benyttet som primærlitteratur, mens faglitteratur er benyttet som både primær- og sekundærlitteratur. Eksempelvis har vi i bakgrunnskapittelet skrevet om Dorothea Orem's egenomsorgsteori, hvor Orem er primærlitteraturen. Vi henviser til litteratur som har tolket Orem's teori, altså sekundærlitteraturen. Vi benyttet sekundærlitteratur på grunn av språklige utfordringer i primærlitteraturen. Vi forsøkte imidlertid å oppdrive primærlitteraturen på norsk, uten hell, både i skolens bibliotek og lokale bibliotek. Sekundærlitteraturen i nevnt eksempel er

pensumlitteratur på sykepleierstudiet og anses dermed som en pålitelig kilde til bacheloroppgavens bruk.

Litteraturen skilles mellom kvalitativ og kvantitativ metode. For å besvare problemstillingen er det hovedsakelig benyttet forskningslitteratur av kvalitativ metode. Kvalitative studier gir resultater og svar i form av deltakernes meninger og opplevelser, sammenlignet med kvantitative studier som gir resultater i form av tall og statistikk. Ved å benytte kvalitative studier får vi et inntrykk av deltakernes erfaringer fra studien eller undersøkelsen (Dalland 2012).

Dette litteraturstudiet er ikke et empirisk studie, men det er derimot benyttet empirisk litteratur for å besvare problemstillingen, eksempelvis forskningslitteraturen. I følge Malt (2009) betyr empiri erfaringslære og brukes i medisin fag om kunnskap som er hentet ved hjelp av systematiske observasjoner og undersøkelser av studiens forfatter. I empiriske studier har forfatteren funnet objektiv informasjon, istedenfor å benytte personlige erfaringer.

4.2 Litteratursøk

Vi begynte tidlig søkeprosessen. Litteratursøk betyr å søke etter tilgjengelig kunnskap i databaser (Dalland 2012). Litteratursøk er tidkrevende, og vi erfarte at det også er utfordrende. Det er utfordrende både med tanke på (faglig)språk og fordi databasene er store og inneholder mye litteratur, slik at det er vanskelig å være konkret nok med søkeord for å finne god litteratur.

I følge Rienecker og Jørgensen (2012) skilles det mellom kjedesøking, systematisk søking og bevisst tilfeldig søking. Kjedesøking går ut på å finne egnet litteratur ved å søke generelt, og deretter oppdage interessant litteratur underveis i det generelle søket. Systematisk søking er søk etter litteratur om et konkret tema. Bevisst tilfeldig søking går ut på bevisst å la tilfeldigheten føre til funn av interesse, og dermed la seg inspirere. Denne typen søk er godt egnet i oppgavens første idéfase.

Vi tok utgangspunkt i temaet terapeutisk relasjon mellom sykepleier og pasient med ROP-lidelse i behandling før vi begynte søkeprosessen. Først benyttet vi bevisst tilfeldig søking på Google for å se hva som fantes av litteratur til temaet, og for å lete etter gode søkeord til

systematisk søk i databaser. Vi benyttet søkeord på norsk som: rus, rusbehandling, rus og avhengighet, rusinstitusjon, rusmidler, kommunikasjon med pasienter, sykepleier i rusinstitusjoner, sykepleier-pasient-relasjon, russtatistikk, rusreformen og definisjoner av rus og avhengighet. Det som var av interesse er sammen med aktuell pensumlitteratur og fagartikler benyttet som støttelitteratur til forskningslitteraturen i oppgaven.

For å finne relevante forskningsartikler har vi benyttet forskjellige databaser. Vi valgte de databasene som Høgskolen i Gjøvik har merket med helse, da de var mest hensiktsmessig til søk etter forskning på sykepleiefaget. Vi har benyttet databasene Cinahl, Ovid nursing database, PsychInfo, PubMed og Google Scholar. Følgende søkeord er benyttet til søk i databasene: nurse, nurse-patient-relations, substance abuse, therapeutic relations, drug abuse, communication, motivation, quality of life, substance addiction, rehabilitation, substance abuse recovery, physical impact, mental health care.

Søkeordene resulterte i både fag- og forskningsartikler. Fagartikler er artikler som retter seg mot bestemte faggrupper. De inneholder ofte en blanding av fagstoff og artikler basert på forskning. Fagartikler som primærlitteratur holder imidlertid ikke i en bacheloroppgave, men kan fint benyttes som støttelitteratur til forskningsartikler. Forskningsartikler publiseres i vitenskapelige tidsskrifter, og gjennomgår en strengere kvalitetssikring enn fagartiklene. Det stilles et bestemt krav til innhold og form i disse artiklene, og de blir fagfelleurdert av fagekspertter før de publiseres (Dalland 2012).

4.3 Avgrensninger og analyse

Vi forsøkte tidlig å søke etter forskningslitteratur som omhandlet egenomsorg tilknyttet rusbehandling, uten at det ga noe resultat. Derfor har vi benyttet forskningslitteratur for å belyse rus og psykiatri, og annen litteratur for å belyse egenomsorg. Som avgrensning til søket har vi inkludert litteratur som er publisert i perioden 2005-2015, med ett unntak, hvor studien var publisert i 2003 (se matrise). Vi huket av for «abstract available», «full text» og «peer reviewed». Vi har først benyttet søkeordene alene, før vi kombinerte de med hverandre ved å velge «AND» for å innsnevre søket. Vi benyttet artikkelens tittel i Google Scholar for å finne fulltekst til de artiklene som ikke hadde fulltekst tilgjengelig i databasene. Søkeresultatet presenteres i tabell (se vedlegg 1).

Etter avgrenset litteratursøk satt vi igjen med et overkommelig antall treff i databasene. Vi måtte nå lese artiklenes sammendrag (abstract) for å undersøke om de var av interesse for vårt tema. Vi så flere av de samme nøkkelordene gå igjen i de relevante artiklene. Ved gjennomlesning av artiklene noterte vi stikkord fra hver artikkel, og sorterte artiklene etter funn, eksempelvis rus eller psykiatri, og pasient eller sykepleier/terapeut/behandlers opplevelser/erfaringer. Dette hjalp oss til å sortere funnene våre. Vi så også i artiklenes litteraturlister etter andre kilder av interesse. På denne måten fant vi en av artiklene, Johansson og Eklund (2003). Vi inkluderte forskningsartikler med skriftlig språk på engelsk og norsk, og de som fulgte IMROD-struktur. IMROD-struktur er den mest brukte normen for oppbygging og struktur av artikler (Dalland 2012). IMROD (eller IMRAD på engelsk) står for Innledning, Metode, Resultat Og Diskusjon (HiG 2011). Deretter undersøkte vi at artiklene var vitenskapelige (nivå 1 eller 2). Dette gjorde vi ved å kopiere artiklenes tittel eller ISSN-nummer inn i søkeregisteret til NSD – Database for statistikk om høgre utdanning. Dette er et register som kan kontrollere at utgivelsestidsskriftet forskningsartikkelen er publisert i en autorisert publiseringskanal. Dette svarer også på om artikkelen er fagfelleverdert og om den har vitenskapelig nivå, som sier noe om artikkelens gyldighet (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS 2015).

Artiklene ble valgt på grunnlag av inklusjon- og eksklusjonskriterier (se tabell nedenfor). Kriteriene ble laget for å vise til hva som ble ansett som relevant og mindre relevant av litteratur for oppgaven i forhold til valg av tema. Oppgaven fokuserer på mennesker med ROP-lidelser, både kvinner og menn, avgrenset til voksen alder (fra 18 år). Videre er den avgrenset til å forholde seg til langtids døgnbehandling i institusjon under spesialisthelsetjenesten. Dette er sannsynligvis fordi sykepleiere vil kunne etablere en tettere relasjon til pasientene i langtids døgninstitusjon, sammenlignet med kortere opphold eller polikliniske samtaler i kommunene. Medikamentell behandling, avrusning, korttids døgnbehandling og poliklinisk behandling er dermed ekskludert. I langtids døgninstitusjon vil sykepleiere også bli bedre kjent med pasientene og deres behov for behandling og støtte, og dermed også kunne påvirke positivt til endring ved å bruke seg selv terapeutisk. Fokuset er rettet mot behandling av pasienter med allerede oppstått ROP-lidelse, og ikke forebyggende arbeid, slik det ofte arbeides med i kommunene.

Inklusjonskriterier	Ekksklusjonskriterier
Personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse	Personer uten verken ruslidelse eller psykiatrisk lidelse
Personer med ruslidelse	Personer uten ruslidelse eller personer i faresonen for å utvikle ruslidelse
Personer med psykisk lidelse	Personer uten psykiske lidelse eller personer i faresonen for å utvikle psykisk lidelse
>18 år	<18 år
Langtids døgnbehandling i spesialisthelsetjenesten (+ ett tilfelle av studie fra akuttinnleggelse)	Kommunehelsetjenesten, poliklinisk behandling, korttids døgnbehandling
Pasienter som er eller har vært i rusbehandling	Pasienter i avrusning
Pasienter som er eller har vært i psykiatribehandling	Pasienter som ikke er eller ikke har vært i psykiatribehandling
Publiseringsår 2003-2015	Publiseringsår > 12 år gamle
Engelsk eller norsk språk	Andre språk
Forskningsartikler med IMROD-struktur	Forskningsartikler uten IMROD-struktur
Forskningsartikler som er fagfellevurdert	Forskningsartikler som ikke er fagfellevurdert
Utgivelsestidsskrift med vitenskapelig nivå 1 eller 2	Utgivelsestidsskrift uten vitenskapelig nivå

4.4 Forskningsetiske overveielser

Nylenna (2009) skriver at forskningsetikk er den delen av etikken som omhandler planlegging, gjennomføring og rapportering av forskningen. Innenfor medisinsk forskning dreier dette seg om å unngå å skade eller å påføre forskningsdeltakerne belastninger, ivareta personvern og å opprettholde forskningsresultatene troverdighet. Forskningsetiske retningslinjer innenfor samfunnsvitenskapelige fag er basert på disse målene. Dagens medisinske forskning reguleres av både nasjonale og internasjonale deklarasjoner og konvensjoner (Dalland 2012).

Forskningsetikk har ikke alltid hatt det fokuset som det har i dag. Under andre verdenskrig utførte de nazistiske legene medisinske forsøk på mennesker, som påførte forskningsdeltakerne både belastninger og skader. Som følge av dette ble det i 1947 opprettet en etisk kodeks, Nürnbergkodeksen. Dette skulle forhindre utførelsen av tilsvarende forsøk utført på mennesker. Likevel er vitenskapelige forsøk høyst nødvendig for å videreutvikle og forbedre medisinsk diagnostikk og behandling. Derfor ble det i 1964 opprettet en internasjonal deklarasjon, Helsinkideklarasjonen, for å ivareta etiske hensyn ved forsøk utført på mennesker (Winther og Førde 2015).

Helsinkideklarasjonen, også kjent som Helsinkierklæringen, krever blant annet at deltakere må gi samtykke til forskningen. Målet med deklarasjonen er å beskytte pasientene som deltar i forskningen, og verne dem mot vedvarende skader som følge av forsøket. Erklæringen bygger på tre hovedavsnitt; grunnleggende prinsipper, medisinsk forskning kombinert med pasientomsorg og ikke-terapeutisk biomedisinsk forskning med forsøk på mennesker. Disse avsnittene inneholder krav til forskningen for å sikre at forskningsdeltakerne blant annet får informasjon om forskningens formål, metoder, fordeler og farer, at de har rett til å trekke seg underveis i forskningen, og at de skal sikres de beste diagnostiske og terapeutiske metodene som hittil er forsøkt. Deklarasjonen ble revidert i 2000, og åpnet da for forskning også på mennesker som selv ikke kan gi sitt samtykke. Dette fordi mangel på kunnskaper truer utviklingen av medisinsk behandling. Før revisjonen av deklarasjonen var det ulovlig å utføre forsøk på mennesker som selv ikke kunne samtykke, da forskning på barn eller mennesker med psykisk utviklingshemning ble ansett som uetisk (Molven 2013).

Opprettelsen av Helsinkideklarasjonen var imidlertid ikke nok til å forhindre uetisk medisinsk forskning utført på mennesker. I 1975 anbefalte dermed Verdens legeforening at forskningsetiske komiteer skulle etableres. Disse komiteene skulle vurdere den medisinske forskningen og forhindre uetisk forskning på mennesker (Winther og Førde 2015).

For å ivareta menneskenes og samfunnets interesser innen forskning er det etablert forskningsetiske komiteer. All medisinsk forskning som involverer mennesker, menneskelig biologisk materiale eller helseopplysninger, skal søkes forhåndsgodkjent fra en av sju regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Komiteen skal avgjøre om forskningen er nødvendig og at alle etiske hensyn ivaretas. REK ønsker også innsyn i forskningen, med tanke på at forskerne kan ha bindinger til eksempelvis legemiddelindustrien, da dette kan føre til uheldig vending i fri forskning. REK består av en tverrfaglig sammensetning av blant annet leger, psykologer, jurister og sykepleiere (Dalland 2012). Denne sammensetningen skal blant annet sikre at hensyn til befolkningen tas, på den måten at det sikrer befolkningens tillit til at forskningen utføres etisk forsvarlig, og at de dermed ønsker å delta i forskningen (Winther og Førde 2015). REK er oppnevnt av Kunnskapsdepartementet og nedfelt i forskningsetikkloven og helseforskningsloven (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk 2011).

Den nasjonale forskningsetiske komite for medisin og helsefag (NEM) er en rådgivende og koordinerende instans for REK. NEM ble opprettet i 1990 og har en tverrfaglig sammensetning av 12 personer med ulik faglig bakgrunn (De nasjonale forskningsetiske komiteene 2014). Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) skal sikre dataformidling og tjenesteyting overfor forskningssektoren. Kompetansesenteret har som formål å beskytte personvernet ved å sikre anonymisering av data, og forhindre lekkasje av sensitive data (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste u.d).

Sykepleiernes etiske retningslinjer bygger på ICNs (International Council of Nurses) etiske regler, og beskriver sykepleiernes profesjonsetikk og forpliktelsene tilknyttet utføringen av god sykepleie. Sykepleiens grunnlag er respekten for det enkelte menneskets liv og verdighet, og skal bygges på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og den skal være kunnskapsbasert. ICN påpeker at sykepleiernes ansvarsområder er å fremme helse og forebygge sykdom, gjenoppbygge helse og lindre lidelse (Aakre 2011). I følge Kunnskapsdepartementet (2008) er det utviklet rammeplaner for blant annet sykepleierutdannelsen i Norge, som sier at sykepleieren blant annet er ansvarlig for sin videre fagutvikling, kvalitetssikring og forskning. Dette innebærer at sykepleieren skal utføre systematisk arbeid med fag- og kvalitetsutvikling som bidrar til klinisk utviklingsarbeid og klinisk forskning.

5 Resultat

5.1 Presentasjon av resultat- matriser

Nr. 1 Referanse	Wadell, K., og Skarseter, I. (2007) Nurses' experiences of caring for patients with a dual diagnosis of depression and alcohol abuse in a general psychiatric setting. I: <i>Issues in Mental Health Nursing</i> , 28, s. 1125-1140.
Hensikt	Studiens hensikt var å beskrive sykepleiernes erfaringer og opplevelser av omsorgen de ga til pasienter med depresjon og avhengighetslidelser i akutte faser. Studien belyser tre kategorier: samarbeidet mellom sykepleiere og pasienter, tilrettelegging for omsorg og behandling, og faktorer som hindret behandlingsalliansen mellom sykepleiere og pasienter.
Metode	Dette er en kvalitativ studie utført på tre psykiatriske avdelinger i Sverige i 2003. Deltakerne var 11 sykepleiere med erfaringer fra pasienter med ROP-lidelser.
Resultat	Studien påpeker at alkoholmisbruk og avhengighet er blant de mest utbredte ruslidelser i befolkningen, og ofte kan lidelsene ses i kombinasjon med depressive lidelser. Studien påpeker at pasienter med slike «doble diagnoser» føler seg som kasterballe i helsetjenesten, med tanke på tilfredsstillende og rett behandling. «Dobbeldiagnoser» fører til økt alvorlighetsgrad og økt risiko for selvmord. Tilfredsstillende behandling, støtte og omsorg viser seg å ha positiv effekt på denne pasientgruppen. Sykepleierne rapporterte at denne pasientgruppen er utfordrende å behandle, da mange av pasientene ofte kan slite med tillit til sykepleierne. Mangel på tillit og dårlig samarbeid mellom sykepleierne og pasientene ga pasientene dårlig motivasjon for å fortsette behandlingen.
Bearbeiding av resultatet	Studien belyser viktigheten av å se psykiske lidelser og ruslidelser i sammenheng, og at tillit er avgjørende for å oppnå en god terapeutisk relasjon mellom sykepleier og pasient under behandlingen. Til tross for at studien omhandler pasienter i akutt fase, kan den likevel bidra til å besvare bacheloroppgavens problemstilling.

Nr. 2 Referanse	Nordfjærn, T., Rundmo, T., og Hole, R. (2010) Treatment and recovery as perceived by patients with substance addiction. I: <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> , 17, s. 46-64.
Hensikt	Det finnes lite forskning om pasienter med ruslidelser og hvordan de opplever sin rusbehandling, hensikten med denne studien var å undersøke positive og negative opplevelser fra rusbehandlingen blant pasienter med ruslidelser.
Metode	Dette er en kvalitativ studie utført ved datasamling og intervjuer av pasienter som har fullført rusbehandling, og av pasienter som har droppet ut og avbrutt sin behandling. Studien ble utført i både langtids- og korttidsinstitusjoner i Norge.
Resultat	Rusbehandling skal tilpasses hver enkelt pasient, uavhengig av bakgrunn, ruslidelse, biologiske-, sosiale-, og økonomiske forhold. For å kunne tilby en individuell tilpasset behandling med et godt resultat, er det sentralt å inkludere pasientenes meninger og inntrykk av behandlingsformene. Resultatene viser blant annet at en god terapeutisk relasjon mellom pasienter og behandlere, der pasienter blir hørt, er viktig for pasientenes positive opplevelse av behandlingen. Studien støtter påstandene om at en terapeutisk relasjon preget av gjensidig respekt, forståelse og imøtekommenhet er av viktig betydning for pasientene. Noen pasienter rapporterte psykiske symptomer under rusbehandlingen, og at personalets kompetanse innen psykiske lidelser i rusbehandlingsinstitusjoner ikke var tilfredsstillende nok, og bør heves til samme nivå som personalets kompetanse i andre psykiatriavdelinger.
Bearbeiding av resultatet	Studien påpeker nødvendigheten av et godt sykepleier-pasientforhold, terapeutisk relasjon, brukermedvirkning, faktorer som påvirker pasientenes motivasjon for behandling og sykepleiernes kompetanse i forhold til pasientgruppa. Samtlige faktorer er av interesse for bacheloroppgavens tema.

Nr. 3 Referanse	Welch, M.(2005) Pivotal moments in the therapeutic relationship. I: <i>International Journal of Mental Health Nursing</i> , 14, s. 161-165
Hensikt	Fra sykepleieperspektiv belyses refleksjoner om den terapeutiske relasjonen til pasienter med psykiske lidelser. Hensikten var å belyse sentrale elementer i relasjonen.
Metode	Dette er en kvalitativ studie, hvor seks sykepleiere med over 10 års erfaring fra ulike deler av psykiatrien ble intervjuet.
Resultat	Intervjuene fant seks sentrale elementer som var viktige i en terapeutisk relasjon: tillit, gjensidighet, makt, selvgjenkjennelse, kongruens og autentisitet. Sykepleierne erfarte at pasientene ofte hadde tillit til dem, fordi sykepleierene bekreftet og gjenkjente pasientenes sårbarhet. Tillit og gjensidighet opplevdes ved at sykepleierne viste pasientene gjensidig tillit. At sykepleierene anvendte makt ved å ta kontroll der det var nødvendig, og overførte kontrollen til pasientene når det var hensiktsmessig, viste seg som positivt for relasjonen. Selvgjenkjennelse gikk ut på at sykepleierne delte noe av seg selv for å vise pasienten at de også var menneskelige, og ikke bare profesjonelle sykepleiere. Når sykepleierne uventet var uenige eller grensesatte pasientenes oppførsel, slik at pasientene innså at sykepleierne ikke alltid ville være enige med dem, beskrev de dette som kongruens, og også viktig for relasjonen. Autentisitet ble beskrevet som en følelse av fullstendighet i relasjonene med pasientene, det vil si i hvilken grad de var i stand til å behandle profesjonelt, uten form for interessekonflikt eller avstand. Forfatteren mener at undersøkelsen er av betydning for utvikling av sykepleiepraksis, da den fremhever det mellommenneskelige i psykisk helsearbeid.
Bearbeiding av resultatet	Den mellommenneskelige forbindelsen, erkjennelse og ydmykhet viser seg som den røde tråden i arbeid med psykiske lidelser. Studien er relevant fordi den belyser viktige faktorer for en god terapeutisk relasjon i behandling av pasientgruppen. Selv om den kun omhandler pasienter med psykiske lidelser, anses den som relevant fordi mange pasienter i rusbehandling også har psykiske lidelser som må behandles. Det er nevneverdig at det kun er seks deltakere. Likevel er det positivt at de seks har erfaring fra tre ulike områder i psykisk helsetjeneste. Forfatteren presiserer at undersøkelsen kun er tankevekkende og ikke avgjørende i psykisk helsearbeid. Den er relevant fordi den belyser mye av det samme som også går igjen i andre undersøkelser.

Nr. 4 Referanse	Johansson, H., og M. Eklund (2003) Patients' opinion on what constitutes good psychiatric care. I: <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 17, s. 339-346.
Hensikt	Studien var en del av en offisiell undersøkelseskommisjon om de psykiatriske tjenestene i et stort medisinsk distrikt i Sverige. Hensikten var å undersøke pasientenes erfaringer med psykisk helsevern.
Metode	Dette er en kvalitativ studie med åpent dybdeintervju, hvor syv pasienter deltok. Samtalene dreide seg rundt tre hovedtemaer; hva var den viktigste opplevelsen med å motta psykisk helsehjelp, hva har behandlingen betydd for deg og ditt liv og hvordan opplevde du forståelse fra terapeuten. Studien er delt i to grupper; en gruppe med pasienter som hadde mottatt poliklinisk behandling og en gruppe som hadde vært innlagt i institusjon. Analysen av resultatene er gjort gruppevis.
Resultat	Hovedresultatet for begge gruppene viste at kvaliteten på relasjonen mellom pasient og terapeut, og graden av forståelse fra terapeut dannet de mest sentrale aspekter av opplevelsen av god omsorg. De innlagte pasientenes gode opplevelse av behandlingen viste seg å være selve etableringen av relasjonen mellom pasient og behandler, og kvaliteten på relasjonen. Når pasientene hadde en behandler de følte de kunne snakke med og som så dem, ga det positiv følelse av eksistens. Pasientene var ambivalente i forhold til hvor dypt de ønsket relasjonen med behandler. Blant annet viste noen lengsel etter en dypere kontakt, samtidig som de uttrykte frykt for det. Begrepet mening viste seg også som viktig for pasientene. Det at pasientene oppfattet kommunikasjonen som meningsfull, at de følte seg respektert, og fikk forklaring og informasjon om behandlingen, ga pasientene opplevelse av mening. Stabilitet og struktur i behandlingen og blant ansatte ble også ansett som viktig, da dette kunne øke motivasjonen for behandlingen.
Bearbeiding av resultatet	Resultatene viser at relasjonen med behandler var den viktigste faktoren for god omsorg. Relasjonen i seg selv, følelsen av å bli sett, behandlingsinformasjon, stabilitet og struktur ble oppfattet som positivt for de innlagte pasientene. Det er nevneverdig at studien kun har syv deltakere, da dette ikke gir stor bredde av pasienterfaringer. Artikkelen er publisert i 2003, men den er valgt fordi den belyser relasjon og forståelse som viktig i behandlingen.

Nr. 5 Referanse	Meier, P. og M. Donmall (2006) Differences in client and therapist views of the working alliance in drug treatment. I: <i>Journal of substance use</i> , 11, s. 73-80.
Hensikt	Studiens hensikt var å undersøke om det er samsvar mellom pasienters og terapeuters opplevelser av den terapeutiske relasjonen i rusbehandling, og om opplevelsene er avgjørende for behandlingsforløpet.
Metode	Dette er en empirisk undersøkelse med 163 pasienter fordelt på 24 terapeuter. Deltakerne var under langtids rusbehandling i tre ulike behandlingsboliger. Undersøkelsen bestod av intervju og spørreskjema som pasient og terapeut besvarte i samarbeid med forfatterne av undersøkelsen. Spørreskjemaet handlet om opplevd kvalitet på samarbeidet og relasjonen mellom pasient og terapeut.
Resultat	Resultatet viser at kvaliteten på den terapeutiske alliansen mellom pasient og terapeut i rusbehandling ble svakere over tid. Det var før undersøkelsen forutsett at dårlig allianse mellom pasient og terapeut kunne bidra til tidligere «drop-out» i løpet av de tre første ukene av behandlingen. Det viste seg imidlertid at pasientene som hadde tidlig «drop-out» ikke nødvendigvis opplevde en dårlig allianse med sin terapeut. I likhet med tidligere undersøkelser, viste også denne undersøkelsen at samsvaret mellom pasientenes og terapeutenes opplevelser av den terapeutiske alliansen er generelt dårligere enn i andre typer psykiatrisk behandling. Det kan antas at pasienter med ruslidelser sine oppfatninger av alliansen er annerledes enn andre pasientgruppers oppfatninger. Mens andre undersøkelser viser til at opplevelsen av alliansen samsvarer bedre på et senere tidspunkt i behandlingen, virker det motsatt i relasjonen mellom pasient og terapeut i rusbehandling. Dette kan ha sammenheng med at pasienten kan se på alliansen som mer personlig enn terapeuten.
Bearbeiding av resultatet	Denne undersøkelsen belyser behovet for at sykepleiere som behandler denne pasientgruppen øker interessen for pasientenes opplevelser av alliansen. Ved å søke regelmessige tilbakemeldinger fra pasienter vedrørende den terapeutiske relasjonen, kan sykepleieren iverksette tiltak som styrker kvaliteten på alliansen.

Nr. 6 Referanse	Braun, T. (2013) Chapter 12. Therapists' narratives of therapeutic relationships in the treatment of drug-dependent patients. I: Substance Use and Misuse, 48, s. 1416-1433.
Hensikt	Hensikten med denne studien var å analysere terapeutenes opplevelser av behandlingsprosessen med pasienter med ruslidelser. Den terapeutiske relasjonen er av stor betydning for utfallet av behandlingen, og det er verdifullt å sette fokus på terapeutiske relasjoner sett i fra terapeutenes synspunkt.
Metode	Dette er en kvalitativ studie med 5 deltakere. Tre av deltakerne presenteres med tittel, henholdsvis psykodynamisk terapeut, humanistisk psykolog og kognitiv atferdsterapeut. Terapeutene sendte inn sine opplevelser til artikkelforfatteren om terapeutiske relasjoner til pasienter.
Resultat	Terapeutene benytter ulike kommunikasjonsmetoder basert på ulike teorier, men felles er at de alle skal fungere som kommunikasjonsverktøy i behandlingen. Terapeutene er enige om noen avgjørende faktorer for etableringen av relasjonen, bl.a. blir de først kjent med pasienten, danner et førsteinntrykk og vurderer om de sammen kan etablere et samarbeid for behandlingen. De påpeker viktigheten av at de er ærlige om diagnosens alvorlighetsgrad, uten å fokusere for mye på diagnosen, men å heller etablere en rolig og trygg atmosfære for pasienten. Tidlig etablering av terapeutisk allianse viser seg positivt for at pasientene fullfører behandlingen med gode resultater. Et av målene med relasjonen er at pasientene skal avslutte eller redusere rusmisbruket til et mindre skadelig bruk. Terapeutenes oppgave er å støtte og hjelpe pasientene gjennom vanskeligheter i behandlingen, men det forutsetter en god relasjon. Relasjonen forenkler også uenigheter mellom terapeuten og pasienten. Alliansen styrkes ved at pasienten trygges når terapeutene «gir av seg selv» og forteller at de også kan ha utfordringer i livet. Relasjonen etableres av flere sammenfattede faktorer, bl.a. hvor pasienten respekteres, informeres og føler seg trygg på terapeuten. Dette er avgjørende for å oppnå en god terapeutisk allianse, som igjen avgjør et vellykket terapeutisk arbeid.
Bearbeiding av resultatet	Studien påpeker viktige faktorer for en terapeutisk relasjon, som bidrar til en god terapeutisk allianse. Deltakerne er ikke sykepleiere, men den er likevel relevant da sykepleiere som arbeider tett på pasientgruppen også er avhengig av en god relasjon. Det er nevneverdig at studien kun består av 5 deltakere, da dette gir liten bredde av informasjon. Likevel er deltakerne profesjonelle på pasientgruppen, slik at deres uttalelser og erfaringer er av stor interesse for denne bacheloroppgaven.

Nr. 7 Referanse	Shatell, M., S. Starr og P. Thomas (2007) «Take my hand, help me out»: Mental health service recipients' experience of the therapeutic relationship. I: <i>International Journal of Mental Health Nursing</i> , 16, s. 274-284.
Hensikt	Hensikten var å studere pasientenes opplevelse av å bli forstått i den psykiatriske helsetjenesten, samt pasientenes opplevelse av betydningen av den terapeutiske relasjonen.
Metode	Analyse av kvalitative intervjuer av psykiatriske pasienter. Analysen er basert på data fra 20 pasientintervjuer i en studie om pasientenes opplevelse av å bli forstått av psykiatrisk helsepersonell.
Resultat	Pasientene opplevde den terapeutiske relasjonen til helsepersonell som hjelpelig og positiv i forhold til livsutfordringer de hadde, som psykiske lidelser, voldepisoder, rusmisbruk og hjemløshet. Pasientene beskrev helsepersonellens ferdigheter i den terapeutiske relasjonen med begreper som «å forholde seg til meg», «kjenne meg som menneske» og «komme til en løsning i behandlingen». Relasjonen viser seg å være spesielt viktig i oppstarten av behandlingen. Pasientene rapporterte at de følte seg sett og forstått av helsepersonellet de hadde en god relasjon til. Pasienter ønsker gode terapeutiske relasjoner med sykepleiere og annet helsepersonell. De ønsker at sykepleierne skal se dem, sette av tilstrekkelig med tid, og vise støtte og forståelse den tiden de er innlagt i institusjonen. Sykepleieren må kunne forstå pasienten, opptre ærlig og ta seg tid til å bli kjent med hver pasient. En sykepleier som viser forståelse, ser pasienten og har gode kunnskaper er avgjørende for å utvikle en god terapeutisk relasjon under behandlingen.
Bearbeiding av resultatet	Denne analysen er av interesse for bacheloroppgaven da den belyser pasientopplevelser og betydningen av relasjonen under behandlingsoppholdet. Det er nevneverdig at analysen er en sekundær analyse, da den ikke er empirisk og selve forskningen ikke er utført av forfatterne selv.

Nr. 8 Referanse	Shatell, M. mfl. (2006) «She took the time to make sure she understood:» Mental health patients' experiences of being understood. I: <i>Archives of Psychiatric Nursing</i> , 20 (5), s. 234-241.
Hensikt	God omsorg for pasienter med psykiske lidelser krever kunnskaper om mennesket, og sykepleiere må ha evnen til å forstå pasienten, og hvilke handlinger som fører til at pasienten føler seg forstått. Hensikten med studien var å undersøke hvordan sykepleieren kan etablere en god relasjon til pasienten.
Metode	Dette er en kvalitativ studie med 20 deltakere i alderen 21-65 år med psykiske lidelser. Pasientene som deltok hadde erfaring med å bli forstått av psykiatrisk helsepersonell.
Resultat	Studien fant at mennesker med psykiske lidelser ikke kan beskrive opplevelsen av å bli forstått uten også å inkludere vonde erfaringer med å bli misforstått av helsepersonellet. Vonde erfaringer inkluderte sårbarhet, ikke ha tro på seg selv, diskriminering, ensomhet og isolasjon. Opplevelsen av å bli forstått ble beskrevet som; jeg var viktig, vi hadde en god kjemi og de kom til mitt nivå. Ved at behandlerne lytter, bekrefter og har god kjemi med pasientene, føler pasientene seg forstått. Dette hjelper pasientene til å slutte å isolere seg, og å akseptere seg selv. Deltakerne rapporterte få erfaringer med forståelse fra psykiatriske sykepleiere, men at de derimot ble forstått av annet helsepersonell. Sykepleiere har i dag ofte travle arbeidsdager og tidsbegrensninger i samvær med pasientene. Studien påpeker at sykepleierne derfor bør være ærlige om sin knappe tid til pasientene, slik at pasientene ikke får urealistiske forventninger. Studien konkluderer med at psykiatriske sykepleiere ved hjelp av denne studien kan arbeide for en dypere forståelse av pasientene, og dermed også skape en mer meningsfylt terapeutisk relasjon. Sykepleierstudiet bør også fokusere mer på kommunikasjon og terapeutiske relasjoner med psykiatriske pasienter. Deltakerne beskriver en terapeutisk relasjon som det viktigste i behandlingen.
Bearbeiding av resultatet	Denne studien er svært relevant for bacheloroppgaven, da den tar for seg mange viktige elementer som fremmer en god relasjon. Den benytter pasientenes erfaringer og inkluderer sykepleierelevansen, i tillegg til å påpeke viktige forbedringsområder for sykepleiere som arbeider med pasientgruppen.

5.2 Oppsummering av resultatet

Her presenteres sammenfatningen av resultatene fra forskningsartiklene som er presentert i matrisene. Først presenteres forskningsartiklene systematisk ut i fra henholdsvis pasienters eller helsepersonells erfaringer. Deretter har oppgavens forfattere trukket ut og vektlagt de områdene som er hensiktsmessige å drøfte i forhold til oppgavens problemstilling. Disse områdene er herunder systematisk sortert under undertitler.

Wadell og Skarseter (2007), Welch (2005) og Braun (2013) har undersøkt sykepleieres og helsepersonells erfaringer med den terapeutiske relasjonen i behandlingen av pasienter med ruslidelser og ROP-lidelser. Studiene undersøkte hvilke erfaringer og opplevelser sykepleierne hadde av behandlingen de utførte, i forhold til hvilke faktorer som var viktige for å etablere en ny, og å styrke en allerede etablert relasjon. Studiene påpeker også hvilke faktorer som kan virke negative for relasjonen mellom helsepersonell og pasienter.

Nordfjærn, Rundmo og Hole (2010), Shatell, Starr og Thomas (2007), Johansson og Eklund (2003), og Shatell mfl. (2006) undersøkte pasienter med ruslidelser, psykiske lidelser og ROP-lidelsers opplevelser av den terapeutiske relasjonen til helsepersonellet i behandlingen. Pasientene var enten under behandling, ferdige med behandlingen eller hadde droppet ut av behandlingen.

Meier og Donmalls (2006) studie har undersøkt både terapeuters og pasienters opplevelser av kvaliteten på den terapeutiske relasjonen mellom terapeut og pasient.

En terapeutisk relasjon synes å være grunnlaget for en terapeutisk allianse, så vel som den er grunnlaget for et hensiktsmessig og positivt behandlingsopphold (Braun 2013 og Håkonsen 2011). Funn i artiklene viser til at en god terapeutisk relasjon bygger på visse faktorer. Disse faktorene sier noe om både grunnleggende menneskelige egenskaper og forventede tilegnede egenskaper hos profesjonelt helsepersonell. Sammenfatningen presenteres under valgte undertitler som representerer noen av de avgjørende faktorene for relasjonen:

1. Tillit
2. Respekt
3. Kompetanse

5.2.1 Tillit:

Tillit er en grunnleggende faktor for en god terapeutisk relasjon (Welch 2005). Resultatene i studiene viser at pasienter med ruslidelser og ROP-lidelser er utfordrende å tilnærme seg for sykepleiere og helsepersonell, fordi mange av pasientene sliter med tillit og frykt for å bli avvist. Dette relateres til at de har tidligere negative erfaringer av helsetjenesten, hvor de eksempelvis har følt seg som kasterboller og opplevd manglende forståelse fra helsepersonellet. Tillit er viktig for at den terapeutiske relasjonen skal være god. Faktorer som bidrar til å vekke pasientenes tillit er forutsigbarhet, balansert maktutøvelse, forståelse, gjensidighet og selvgjenkjennelse. Relasjonen bør være uten form for interessekonflikt eller følelse av avstand til pasientene for at den skal være tilfredsstillende.

5.2.2 Respekt:

Pasienter påpeker at det å bli hørt og respektert som pasient er viktige faktorer for en positiv opplevelse av behandlingen (Nordfjærn, Rundmo og Hole 2010). Videre kommer det frem at det er viktig for pasientene at den terapeutiske relasjonen er bygget på gjensidig respekt, forståelse og imøtekommenhet fra helsepersonellet. Helsepersonellet må se pasientene som mennesker, og ikke bare diagnosene de har, de må sette av tid til å lytte og snakke med pasientene, slik at de opplever å bli respektert og forstått.

Studiene viser til at pasientene i stor grad har positive opplevelser av den terapeutiske relasjonen til sykepleiere og helsepersonell. Dette fordi de følte seg sett, hørt og respektert. Pasientene ønsker gode terapeutiske relasjoner til sykepleiere og annet helsepersonell. En sykepleier som viser forståelse, struktur og stabilitet, respekterer og ser pasienten, er avgjørende for å utvikle en god terapeutisk relasjon til pasienten under behandlingen (Johansson og Eklund 2003 og Shatell, Starr og Thomas 2007).

5.2.3 Kompetanse:

Kunnskap og kompetanse hos helsepersonell som arbeider med pasienter med ruslidelser og ROP-lidelser er viktig for både relasjonen og behandlingsutfallet (Nordfjærn, Rundmo og Hole 2010, Welch 2005, Meier og Donmall 2006, og Shatell, Starr og Thomas 2007).

Flere faktorer er nødvendige for å kunne etablere en terapeutisk relasjon mellom sykepleier og pasient. Det er nødvendig at sykepleiere hever sin kompetanse på hvilke kommunikasjonsteknikker og ferdigheter som vekker tillit, og som får pasientene til å føle seg respektert og forstått (Nordfjærn, Rundmo og Hole 2010, Welch 2005, Meier og Donmall

2006 og Shatell, Starr og Thomas 2007). Sykepleiere bør også søke tilbakemeldinger på pasientenes opplevelse av den terapeutiske relasjonen, fordi helsepersonellet og pasientene ofte har ulike opplevelser av relasjonen. Deres ulike opplevelse viser seg å bli desto mer ulik underveis i behandlingsforløpet (Meier og Donmall 2006). Det påpekes at personalets kompetanse innen psykiske lidelser i rusbehandlingsinstitusjoner bør heves til samme nivå som personalets kompetanse i andre psykiatriavdelinger, da psykiske lidelser kan forverre prognosen til pasienter med ruslidelser (Nordfjærn, Rundmo og Hole 2010).

6 Drøfting

I dette kapitlet drøftes funn i forskningsstudiene opp mot bacheloroppgavens problemstilling, herunder med fokus også på egenomsorg. Drøftingen er systematisk fremstilt ved bruk av de gjennomgående undertitlene benyttet i tidligere kapittel.

Samtlige studier påpekte at forholdet mellom sykepleier og pasient er grunnlaget for både rusbehandling og psykiatrisk behandling, slik Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke (2010) også bekrefter. Johansson og Eklund (2003) har i sin studie kommet frem til at selve relasjonen mellom helsepersonell og pasient, og relasjonens kvalitet, var det viktigste elementet for en god opplevelse av behandlingen, både for helsepersonellet og pasientene. Derimot påpeker Meier, Barrowclough og Donmall (2004) at det finnes lite kunnskap om hva som vil avgjøre relasjonens kvalitet. Med bakgrunn i dette, er disse uttalelsene studert nærmere i denne bacheloroppgaven. Resultatet relateres så til hvordan det kan anvendes i praksis, slik at det fremmer den terapeutiske relasjonen mellom sykepleier og pasient, og dermed også sykepleieres veiledning innen ivaretagelse av pasientens egenomsorg.

6.1 Tillit:

Pasienter med ROP-lidelser har ofte ikke tillit til og føler seg ikke forstått av psykiatrisk helsepersonell. Likevel anser mange pasienter deres forhold til sykepleieren som viktigere enn andre aspekter av behandlingen (Wadell og Skarseter 2007). Dette er sannsynlig å kunne relatere til at sykepleieren er den pasienten har tettest relasjon til under behandlingsoppholdet, med tanke på miljøterapi og daglige tiltak som personlig hygiene, ernæring, medisiner og andre aktiviteter. For å relatere dette til problemstillingen, kan man eksempelvis anta at pasienten vil oppleve det som ukomfortabelt at en sykepleier pasienten ikke har tillit til likevel skal veilede i tiltak for å opprettholde personlig hygiene. Det er rimelig å påstå at de fleste mennesker ser på slike tiltak som svært personlige, og at det dermed oppleves som vanskelig å slippe til hvem som helst for å hjelpe deg i situasjonen. Videre kan det dermed antas at tillit til sykepleier vil være svært betydningsfullt i en terapeutisk relasjon.

Sykepleieren kan benytte ulike tilnæringsmetoder for å vekke tillit hos pasienten. Tillit og mistillit er i følge Håkonsen (2011) grunnleggende holdninger i menneskets personlighet. Mennesket vil erverve seg disse holdningene i løpet av sitt første leveår. Gjennom nærhet,

mat, stell, omsorg og stimulering av barnets nære omsorgspersoner, vil barnet lære seg at omgivelsene er forutsigbare og trygge. På denne måten utvikler barnet tillit til omgivelsene, som er viktig i all utvikling i senere år. Dersom barnet ikke opplever forutsigbarhet og trygghet rundt sine elementære behov i sitt første leveår, vil det heller ikke utvikle tillit til omgivelsene, men heller en grunnleggende mistillit. For å etablere grunnleggende tillit hos barnet må en legge stor vekt på opplevelsen av et miljø med trygghet og forutsigbarhet over lang tid. På bakgrunn av dette kan det være mulig at denne tankemodellen også kan anvendes i behandlingen av pasienter med ruslidelser og ROP-lidelser. Er det nok for pasienten å få plass på en behandlingsinstitusjon med struktur og trygghet, og deretter forvente at pasienten utvikler tillit til stedet og helsepersonellet som jobber der? I så måte, kan denne hypotesen overføres til tillit- og relasjonsbyggingen mellom sykepleier og pasient?

Helsepersonellet i samtlige studier påpekte at viktige faktorer for å bygge tillit i relasjonen blant annet var å vise omsorg, bekrefte pasientens sårbarhet (Welch 2005) og å gi av seg selv (Braun 2013). Dette viste seg å styrke relasjonen mellom terapeut og pasient. Pasientene i Nordfjærn, Rundmo og Holes (2010) studie bekreftet de samme faktorene som terapeutene i Brauns (2013) studie, at å imøtekommes som pasient var svært viktig for relasjonen. Å vise omsorg og gi av seg selv kan gi pasientene opplevelsen av at de blir forstått, og dermed også føler seg prioriterte i en verden hvor de ellers ofte blir ignorerte (Shatell mfl. 2006). Terapeutene som deltok i Braun (2013) sin studie påpekte også at pasientene ble tryggere av at terapeutene under behandlingssamtalene viste til utfordringer i egne liv, slik at pasientene forstod at terapeutene også kunne ha vanskeligheter, og at de også var mennesker bak terapeutansiktet. Welch (2005) fant det samme i sin studie, men presiserte derimot at dette ikke var en del av den daglige behandlingen, men at det i noen tilfeller var nyttig å benytte denne teknikken. Det kan dermed være naturlig å tenke at relasjonen raskt kan vike fra den profesjonelle relasjonen, dersom man antar at sykepleieren deler overdrevent mye av sitt privatliv med pasienten.

Pasientene i Shatell mfl. (2006) sin studie påpekte at det å føle god kjemi med helsepersonellet var viktig for opplevelsen av relasjonen. På lik linje påpekte sykepleierne i Welch (2005) sin studie at å føle fullstendighet i den terapeutiske relasjonen, uten form for interessekonflikt eller avstand til pasientene, var av betydning for hvordan de evnet å

behandle pasientene profesjonelt. Med dette tatt i betraktning, kan det være naturlig å tolke dette som en beskrivelse av at kjemi kan være innblandet i relasjonen. Dersom sykepleierne opplever interessekonflikt i relasjonen, kan det påvirke sykepleierne og i hvilken grad de er i stand til å behandle pasientene profesjonelt. Hvis dette oppfattes riktig, kan det for denne problemstillingen relateres til at sykepleieren eksempelvis opplever at pasienten ikke opprettholder personlig hygiene, eller ikke holder avtaler vedrørende dette tiltaket, slik at dette kan bidra til å påvirke i hvilken grad sykepleieren er i stand til å forholde seg profesjonell i samhandling med pasienten. Hvis sykepleieren opplever å bli skuffet og personlig berørt av at pasienten ikke holder avtalen de hadde, og dermed viser pasienten en unprofesjonell reaksjon på hendelsen, kan det tyde på at den terapeutiske relasjonen rommer personlig kjemi, som vil vise seg å virke lite terapeutisk for pasienten. Denne hypotesen understøttes av Kristoffersen og Nortvedt (2011), som hevder at man som sykepleier ikke skal basere forholdet til pasienten på personlighet og kjemi, men på et profesjonelt og terapeutisk grunnlag. Dette betyr ikke at sykepleieren ikke skal vise personlighet og medmenneskelighet, eller påvirkes følelsesmessig av pasientens situasjon, men at forholdet skal baseres på pasientens rett til helsehjelp og sykepleierens forpliktelse til å hjelpe. Håkonsen (2011) bekrefter dette og utdyper at profesjonalitet i relasjon med pasienter handler om både å bruke sin faglighet og kunnskap, men også sin menneskelighet i samværet med pasienten. For å kunne gjøre relasjonen mulig, må en som sykepleier kunne utføre faglige handlinger og samtidig skape nærhet og kontakt med pasientene. Relasjonen mellom sykepleier og pasient skal være et profesjonelt terapeutisk forhold med den hensikt å bidra til pasientens bedring. Det skal ikke være et forhold basert på deres kjemi. Hvordan kan det så ha seg at sykepleierne og pasientene trekker frem dette med kjemi som viktig? Kan det være fordi helsepersonellet ikke holder relasjonen profesjonell nok, slik at relasjonen er basert på personlig kjemi? Er relasjonen faktisk så profesjonell at pasientene likevel opplever å ha god kjemi med helsepersonellet, eller kan det være så enkelt som at pasienten har behov for kjemi i den profesjonelle relasjonen? Skillet mellom en profesjonell relasjon og en relasjon basert på personlighet og kjemi er minimal. I følge Furuholmen og Andresen (2012) kan det være skremmende lett for helsepersonell å «gå i fella», og faktisk etablere et vennskap til pasientene, og ikke en terapeutisk relasjon.

Det viste seg at relasjonen også ble styrket da terapeutene viste pasientene gjensidig tillit. Dette kan relateres til hverdagslige aktiviteter i rusbehandlingen som innebærer egenomsorg. Sykepleieren kan, etter å ha veiledet en pasient med ressursvikt i hygieniske tiltak, vise tillit til at pasienten selv forsøker å opprettholde de hygieniske prinsippene. Det kan så være rimelig å forvente at pasienten vil oppfatte dette som en tillitserklæring fra sykepleieren. På den annen side, kan det tenkes at pasienten kan utnytte denne tillitten, hvis han for eksempel ikke er motivert nok for behandlingen (Braun 2013).

Tid ble trukket frem som en viktig faktor i Shatell, Starr og Thomas (2007) sin studie.

Tilbakemeldinger fra pasientene som deltok i studien er at de ønsket at sykepleierne skulle sette av mer tid til å bli kjent med dem og å bruke mer tid sammen med dem. Det viste seg at pasientene hadde de beste relasjonene til de sykepleierne som nettopp satte av tilstrekkelig med tid til pasientene. Men har sykepleierne egentlig ressurser nok til å gi hver enkelt pasient den tiden de ønsker og har behov for?

Sykepleiere kan ha travle arbeidsdager og tidsbegrensninger i samvær med pasientene, og pasientene understreker behovet for mer tid med sykepleierne. Det kan tenkes at man som pasient har liten tillit til sykepleieren som ikke har tid til å snakke og vise forståelse. Samtidig er det kjent at sykepleieres arbeidsoppgaver er mange. Sykepleiere skal både pleie syke mennesker, administrere medisiner, være samtalepartnere, delegere oppgaver, oppdatere seg på nyere forskning og ta seg av pårørende og kolleger. Likevel er det viktig at sykepleieren har god nok tid til å forstå hver enkelt pasient, slik at pasientens tillit vekkes, og den terapeutiske relasjonen bevares som en del av arbeidsoppgavene. Det rapporteres ofte fra helsetjenesten at det er mangler på ressurser, og at tiden ikke strekker til, spesielt for sykepleierne, som har mange og sammensatte oppgaver. Dette bekreftes også i studien til Sælør og Biong (2011), av sykepleiere som arbeider med pasienter i rus- og psykiatribehandling. Til tross for økt fokus på rusomsorgen etter rusreformen, er tiden likevel dårligere fordi sykepleierne har fått bredere arbeidsoppgaver. På bakgrunn av dette er det rimelig å påstå at sykepleiernes ressursmangler går ut over tiden sammen med pasientene. På den annen side er rus og psykisk helse en av hovedprioriteringene i statsbudsjettet 2015, og det kan antas at dette på sikt vil lette arbeidshverdagen til sykepleierne. Det er svært viktig at sykepleierne er ærlige om sin knappe tid til pasientene, slik at pasientene ikke får falske forventninger til sykepleierne og behandlingen (Braun

2013). Ærlighet skaper forutsigbarhet og trygghet, som igjen kan legge et grunnlag for tillit. Furuholmen og Andresen (2012) hevder at mennesker som er tydelige og gir klare og ærlige svar, framfor å gi urealistiske svar og lover bort eksempelvis mer tid, skaper trygghet for menneskene de omgås. På bakgrunn av dette er det rimelig å si at forutsigbarhet og trygghet vekker tillit mellom pasient og sykepleier, som videre kan bidra til å bygge en god terapeutisk relasjon i behandlingen.

Wadell og Skarseter (2007) finner i sin studie at sykepleiere rapporterer at pasienter med ROP- lidelser er utfordrende å tilnærme seg under behandlingen, da pasientene ofte sliter med tillit til sykepleierne og helsepersonellet. Studien påpeker at dette kan knyttes til pasientenes opplevelser av å være kasteballer i psykiatrien, fordi de ikke har noen tilhørighet til verken den ene eller andre behandlingsformen, henholdsvis fordi de har samtidig ruslidelse og psykisk lidelse. Dette bekrefter også Fekjær (2011), som sier at disse pasientene lett vil kunne møte nye hjelpere med mistillit underveis i behandlingen. I Norge hadde ikke pasienter med ruslidelser pasientrettigheter på lik linje med andre pasienter før rusreformen trådte i kraft i 2004, og ga ruslidelsene økt fokus og rett på behandling. Wadell og Skarseters (2007) studie er utført i Sverige i 2003, altså ett år før Norge vedtok rusreformen. Det er derfor naturlig å spørre seg om denne studien kunne hatt et annet resultat hvis den ble utført i Norge noen år senere? Likevel er det viktig å belyse de tillitsutfordringene pasientene møtte sykepleierne med da, og som kanskje fremdeles virker hindrende. Disse tillitsutfordringene er nødvendige opplysninger for at sykepleiere kan iverksette ekstra ressurser til de pasientene som har behov for det.

I følge Shatell mfl. (2006) og Johansson og Eklund (2003) er det å forstå pasienten en vesentlig faktor for å kunne hjelpe dem i behandlingen. Uten å utvikle en forståelse for pasientens problemer kan det være utfordrende å møte deres behov for omsorg og behandling, og dermed også vekke deres tillit. Flere faktorer kan virke inn på forståelsen av pasienten, blant annet sykepleieres holdninger. Holdninger, sammen med meninger og verdier, er en av tre faktorer som har mest innflytelse på menneskets atferd, både privat og profesjonelt. Holdninger virker evaluerende, og man har ulike holdninger til alt man ser og finner rundt seg. Holdningene er i oss, bevisst og ubevisst, og de utvikles i oss fra vi er små (Håkonsen 2011). Sykepleiere kan vise forståelse for pasientene med bakgrunn i sine evner til empati (Kristoffersen og Nortvedt 2011). På den annen side kan det tenkes at sykepleiere

opplever pasientenes destruktive handlinger som uforståelige. Dette fordi sykepleieres og pasienters holdninger, meninger og verdier kan være ulike. Dersom sykepleieren i tillegg har travle arbeidsdager og tidsbegrensninger i samvær med pasientene, kan det være desto vanskeligere å bruke tid på å forstå dem.

For å besvare innledningsspørsmålet, kan det hevdes at hypotesen kan overføres til rusbehandling, fordi trygghet og struktur fremmes ved at sykepleiere gir av seg selv, viser tillit til pasientene, bruker tid med pasientene, viser forståelse for dem, og er tydelige og ærlige i relasjonen. Dette kan skape en terapeutisk relasjon basert på tillit.

6.2 Respekt:

Sykepleiere som arbeider med pasienter med rus- og psykiske lidelser bør utøve sykepleie på en slik måte at pasienten føler seg forstått og respektert. Dette vil bidra til å fremme den terapeutiske relasjonen (Shatell mfl. 2006).

Hvis man som menneske skal føle seg respektert av andre, er det sentralt å inkludere at man også føler seg sett og hørt, da dette er gjennomgående funn i flere av studiene. I helsetjenesten møter sykepleierne pasienter med lidelser og plager av ulike arter, men en ting har pasientene til felles, og det er at de alle skal møtes med respekt av alt helsepersonell, også sykepleiere (NSF 2011). Terapeuter som behandler pasienter med ruslidelser sier at det å bli kjent med pasienten, at de begge danner et førsteinntrykk av hverandre og sammen vurderer om de kan etablere et samarbeid for behandlingen, er avgjørende for relasjonsbyggingen (Braun 2013). Når terapeuten og pasienten sammen vurderer om de kan etablere et samarbeid for behandlingen, innebærer dette flere elementer som viser at terapeuten respekterer pasienten. For det første viser terapeuten tillit til at pasienten kan ta selvstendige vurderinger og avgjørelser. For det andre utøver terapeuten balansert maktutøvelse ved å overføre noe av makten til pasienten, og for det tredje viser terapeuten at pasientens meninger er viktige. Dette kan tyde på at terapeuten ser pasienten som et helt menneske, og ikke kun pasientens diagnose som trenger behandling.

Som sykepleier arbeider man tett på pasientene, og ofte har pasientene behov for veiledning eller kompensering der de har en ressurssvikt som hemmer dem. Dette kan innebære at de er nødt til å slippe sykepleierne lang innenfor sin komfortsone, for eksempel i situasjoner

som innebærer utføring av personlig hygiene. De kan også ha behov for veiledning i hverdagslige aktiviteter som andre ser på som en selvfølge å kunne utføre uten hjelp. Under behandlingsoppholdet går mye av samværet med sykepleierne ut på å bli veiledet i oppgaver som dekker grunnleggende behov. Dette kan være å innta tilstrekkelig med næringsrik mat og drikke, være ren, holde rommet rent og ryddig og andre samfunnsbaserte oppgaver. Det kan antas at dette oppleves nedverdiggende for pasienten, og det er derfor viktig at sykepleierne viser pasientene respekt, uavhengig av pasientenes funksjonssvikt. Sett i lys av dette vil det å tilby veiledning uten å overta pasientens egenomsorg, vise respekt for pasienten. Sykepleieren skal ikke overta pasientenes arbeidsoppgaver, men veilede og eventuelt kompensere hvis det er behov for det (Kristoffersen 2011).

I studien til Nordfjærn, Rundmo og Hole (2010) kommer det frem at pasientene føler seg respektert når de blir sett og hørt av sykepleiere og helsepersonellet. Johansson og Eklund (2003) påpeker at det å bli sett også gir en positiv opplevelse av egen eksistens. Dette bekreftes også i studien til Shatell, Starr og Thomas (2007). Pasientene i denne studien opplevde den terapeutiske relasjonen til sykepleierne som støttende når de følte seg sett og hørt. Pasientene understreker i begge studiene at sykepleiere og helsepersonellet må se dem i helhet, og ikke fokusere for mye på diagnosene deres. Dette er en del av det å respektere dem som mennesker. Dette tatt i betraktning, kan det også tenkes at sykepleierne har utfordringer med å se pasienten i helhet, dersom pasientens oppførsel er preget av diagnosens karakteristikk. Motsatt er det allerede påpekt at sykepleieren har plikt til å forholde seg profesjonelt til pasienten, slik at utfordringer som dette ikke behøver å oppstå.

Nordfjærn, Rundmo og Holes (2010) studie fant at pasientene anser det som viktig at sykepleierne er opptatte av hvilke opplevelser de har fra behandlingen. Hvordan kan sykepleieren vite at relasjonen er god, dersom hun ikke viser respekt ved å søke tilbakemeldinger fra pasientenes erfaringer og opplevelser? Studien til Meier og Donmall (2006) belyser noe av dette, da de i sin studie konkluderer med at helsepersonellet må øke sitt fokus på pasientenes følelser og opplevelser, og at de stadig bør søke tilbakemeldinger fra pasientene på behandlingen. Studiens konklusjon baseres på resultater som viser at pasienter i rusbehandling underveis kan endre opplevelsen av relasjonen til helsepersonellet. Pasientenes opplevelser endrer seg ofte i negativ retning, som viser seg å

være det motsatte av opplevelsene i annen psykiatrisk behandling. Studien relaterer dette til at pasientene i rusbehandling ser på den terapeutiske relasjonen som mer personlig enn hva helsepersonellet gjør.

Ved at sykepleieren får pasienten til å føle seg sett og hørt, er tydelig om at relasjonen er basert på profesjonalitet og i tillegg søker tilbakemeldinger fra pasientenes opplevelser, kan det antas at sykepleieren vekker pasientens tillit og viser pasienten respekt. Det kan dermed antas at relasjonens kvalitet vil øke.

6.3 Kompetanse:

God omsorg for pasienter med psykiske lidelser krever kunnskaper om mennesket, og sykepleier må evne å forstå pasienten (Shatell mfl. 2006). Resultater fra flere av studiene viser at sykepleiere som arbeider med pasienter med ROP-lidelser trenger å øke sin kompetanse og kunnskap. Det er naturlig å spørre om på hvilke områder kunnskapen må økes, og hvordan dette kan ses i sammenheng med den terapeutiske relasjonen mellom sykepleier og pasient i veiledning i egenomsorgstiltak?

Først er det nødvendig å belyse ulike årsaker til at kunnskapen oppleves som lav. Kan det være at grunnutdannelsen til sykepleiere ikke inneholder stort nok fokus på ruslidelser og psykisk helse, eller er det sykepleierne som ikke utøver sykepleie som samsvarer med utdannelsen deres? Dette er spørsmålet er vanskelig å gi et konkret svar på, da svaret sannsynligvis kan slå ut i begge retninger.

I Nordfjærn, Rundmo og Holes (2010) studie påpekes det at sykepleiere i rusbehandling har lavere kompetanse enn sykepleiere i andre psykiatriavdelinger. Pasienter med ruslidelser har ofte også psykiske lidelser som trenger behandling, så vel som ruslidelsene gjør, og omvendt. Derfor bør ruslidelser og psykiske lidelser ses i sammenheng, som en lidelse som krever behandling under samme system (Furuholmen og Andresen 2012). Tatt i betraktning at det er satt fokus på ROP- lidelsene i det norske samfunnet i nyere tid, både med Nasjonal faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av mennesker med ROP-lidelse, og økte ressurser i statsbudsjettet 2015, er det naturlig å anta at denne pasientgruppen vil gå en lysere fremtid i møte. Studien til Nordfjærn, Rundmo og Hole (2010) er av relativt ny forskning, men det kan likevel undres over dens «umoderne» funn, når man nå ser fokuset

denne pasientgruppen har fått. Når det er sagt, er studiens funn relevante å inkludere i denne bacheloroppgaven, da fokus på kompetanseheving alltid vil være viktig.

Pasienter med ruslidelser har ofte svekket eller nedprioritert evne til å ivareta grunnleggende behov. Grunnleggende behov er de behov mennesket må dekke for å oppleve god helse, enten de er av fysisk eller psykisk art. Videre er ivaretagelse av grunnleggende behov svært sentralt i utøvelsen av all sykepleie (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2011). Dermed kan det hevdes at sykepleiere blant annet må ha kunnskap både om ruslidelser og psykiske lidelser, ROP-lidelser og grunnleggende behov. Ved at sykepleiere som arbeider med ROP- lidelser har gode kunnskaper om hvordan diagnosen arter seg, både i forhold til ruslidelsen og den psykiske lidelsen, og hvordan lidelsene påvirker hverandre, kan det lette sykepleierens arbeid i å forstå pasienten. Hvis sykepleieren i tillegg har gode kunnskaper om grunnleggende behov og har gode kommunikasjonsevner, kan den terapeutiske relasjonen i veiledningssituasjoner med pasientene oppleves som tilfredsstillende, både for pasient og sykepleier.

Det kan diskuteres hvorvidt en sykepleier med manglende kunnskaper om ROP-lidelser kan utstråle trygghet ovenfor pasienter som har behov for det. Håkonsen (2011) og Braun (2013) sier begge noe av det samme, at mennesker trenger å føle seg trygge hvis de skal kunne utvikle tillit til andre. Dette kan relateres til behovet for kompetanseheving på ROP- lidelser, grunnleggende behov og kommunikasjon, fordi sykepleiere som er sikre i sin kunnskap utstråler trygghet. Slik påvirkes pasienten av sykepleierens trygge vesen. Sykepleierens kunnskaper om sine pasienter kan dermed anses som et viktig verktøy på veien mot en god terapeutisk relasjon. Dersom sykepleieren står i en veiledningssituasjon hvor pasienten skal veiledes i forhold til god ernæring, vil sykepleierens kunnskap utstråle trygghet, som igjen vekker pasientens tillit. Tillit er, som tidligere nevnt, en viktig faktor i den terapeutiske relasjonen. Det finnes mange terapeutiske kommunikasjonsteknikker som kan benyttes i rus- og psykiatribehandling. Det finnes likevel få konkrete bevis på at disse teknikkene faktisk fungerer, i hvert fall fra pasientens synspunkt (Shatell mfl. 2006). Kunnskap om, og anvendelse av teknikkene har liten verdi for andre enn helsepersonellet, så lenge pasientene ikke er tilfredse med teknikkene og dermed også relasjonen. Tidligere nevnt eksempel kan benyttes igjen: Dersom sykepleieren har tilfredsstillende kunnskap om ernæring og ulike typer kommunikasjonsteknikker, hjelper det lite om hun likevel ikke har ferdigheter til å

anvende de rett for å nå fram til pasienten og pasientens behov. Noen vil også hevde at sykepleieres kunnskaper har liten verdi dersom de ikke anvendes med tilfredsstillende ferdigheter.

7 Konklusjon

Den terapeutiske relasjonen mellom pasienter med ROP- lidelser i rusbehandling og sykepleiere er svært viktig både for behandlingsforløpet og for pasientenes opplevelse av behandlingen. Både sykepleiere (og annet helsepersonell) og pasienter fra studiene ga flere eksempler på hva som var viktig i den terapeutiske relasjonen, både for opplevelsen og utfallet av behandlingen. Studienes funn ble trukket ut og drøftet opp mot annen litteratur, og deretter relatert til terapeutisk relasjon mellom sykepleier og pasient, med fokus på veiledning for å opprettholde pasientens egenomsorg under behandlingsoppholdet.

Tillit, respekt og sykepleieres gode kunnskaper er faktorer som er viktige i den terapeutiske relasjonen mellom pasient med ROP-lidelse og sykepleier, både for pasienten og sykepleieren. Funn tyder på at sykepleierens veiledningsarbeid i forhold til ivaretagelse av pasientens egenomsorg lettes ved at pasienten har tillit til, og føler seg sett, hørt og respektert av sykepleieren. Deres terapeutiske relasjon bør bygges på profesjonalitet og ikke kjemi, da den dermed har en terapeutisk effekt for pasienten. Videre tyder funn på at sykepleiere bør heve sin kompetanse på ruslidelser og ROP-lidelser, både fordi pasientene etterspør økt kunnskap, og fordi lidelsene seg i mellom kan forverre hverandres prognoser. Sykepleiers kunnskap øker trygghet, trygghet vekker pasientens tillit og tillit skaper god terapeutisk relasjon mellom sykepleier og pasient.

8 Litteraturliste

- Aakre, M. (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* [online]. Oslo: Norsk sykepleierforbund. URL: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf (14.04.2015)
- Bramnes, J.G. (2012) Innledende ord. I: Lossius, K. (red.). *Håndbok i rusbehandling*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 5-7.
- Braun, T. (2013) Chapter 12. Therapists' narratives of therapeutic relationships in the treatment of drug-dependent patients. I: *Substance Use and Misuse*, 48, s. 1416-1433. (24.04.2015)
- Butli, H.(2011) *Definisjon sykepleie i rehabilitering* [online]. Norsk sykepleierforbund. URL: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/671533/573837/Definisjon-sykepleie-i-rehabilitering> (10.03.2015)
- Christophersen, A., R. Nesvåg og E. Ystrøm (2015) *Alkohol og andre rusmidler- Folkehelse rapporten. I: Folkehelseinstituttet* [online]. URL: http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_7242&Main_6157=7239:0:25,8904&MainContent_7239=7242:0:25,8907&Content_7242=7244:110521::0:7243:1:::0:0 (12.03.2015)
- Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene (2014) *Om NEM* [online] Oslo: De nasjonale forskningsetiske komiteene. URL: <https://www.etikkom.no/vart-arbeid/Hvem-er-vi/Komite-for-medisin-og-helsefag/om-nem/> (14.04.2015)
- Deene, M. (2014) Feeling safe during an inpatient hospitalization: a concept analysis. I: *Journal of Advanced Nursing*, 70 (8), s. 1727-1737. (26.03.2015)
- Fekjær, H.O. (2011) *Rus*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Forskrift om habilitering og rehabilitering (2011) *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Fastsatt ved kgl.res. 16. desember 2011 med hjemmel i lov*

24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) § 3-2 andre ledd og § 7-2 andre ledd. Fremmet av Helse- og omsorgsdepartementet. Øvrige deler av forskriften fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet 16. desember 2011 med hjemmel i lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven) § 7-1 tredje ledd, og § 7-3 andre ledd, lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) § 2-1a sjuende ledd, § 2-5 andre ledd, § 2-5a tredje ledd og § 2-5b andre ledd og lov 2. juli 1999 nr. 62 om psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) § 4-1 andre ledd [online]. URL: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256> (10.03.2015)

Furuholmen, D. og A.S. Andresen (2012) *Fellesskapet som metode – om miljøterapi og rus*. Oslo: Cappelen.

Helsedepartementet (2004) *Rusreformen – pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven* [online]. URL: <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/i-82004/id445634/> (10.03.2015)

Helsedirektoratet (2012) *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser*. Oslo: Helsedirektoratet

Helsedirektoratet (2014a) *Sammen om mestring- veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne*. Oslo: Helsedirektoratet

Helsedirektoratet (2014b) *Samdata – Spesialisthelsetjenesten* [online]. URL: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/samdata-spesialisthelsetjenesten> (20.04.2015)

Helsedirektoratet (2015a) *Psykisk helsevern og rus - antall pasienter, diagnoser og behandling* [online]. URL: <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/statistikk-franorsk-pasientregister/psykisk-helsevern-og-rus-antall-pasienter-diagnoser-og-behandling> (14.04.2015)

Helsedirektoratet (2015b) *Behandle rusavhengighet* [online] URL: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/behandle-rusavhengighet> (10.03.2015)

Helsedirektoratet (u.d) *Alfabetisk oversikt over samordnede begreper.* [online] URL: http://www.kith.no/templates/kith_WebPage_2084.aspx (16.04.2015)

Helsekompetanse (u.d) *Brukermedvirkning* [online]. URL: <http://kurs.helsekompetanse.no/plan/3320> (11.03.2015)

Helsenorge (2014). *Behandling av samtidige rusproblemer og psykiske lidelser* [online] Helsedirektoratet. URL: <https://helsenorge.no/avhengighet-og-rus/behandling-av-samtidige-rusproblemer-og-psykiske-lidelser> (10.03.2015)

Helse- og omsorgsdepartementet (2012). *Se meg! –alkohol – narkotika – doping.* St.meld. nr. 30 (2011-2012) [online]. URL: <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/meld-st-30-20112012/id686014/?docId=STM201120120030000DDDEPIS&ch=1&q=> (06.03.2015)

Helse- og omsorgsdepartementet (2013) *Rusmidler i Norge* [online]. URL: <https://www.regjeringen.no/nb/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/rus/rusmidler-i-norge/id439352/> (06.03.2015)

Helse- og omsorgsdepartementet (2014) *Rusmidler og psykisk helse* [online]. URL: <https://www.regjeringen.no/nb/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/id11695/> (29.04.2015).

Høgskolen i Gjøvik (2011) *Oppgaveskriving – kom i gang* [online]. URL: <http://www.hig.no/biblioteket/skrive/komigang> (26.03.2015)

Høgskolen i Gjøvik (2015) *Databaser* [online]. URL: <http://www.hig.no/biblioteket/databaser> (26.03.2015)

Håkonsen, K. M.(2011) *Innføring i psykologi.* Oslo: Gyldendal akademisk

Kristoffersen, N., F. Nortvedt og E. A. Skaug (red.) (2011a) *Grunnleggende sykepleie, b2 og b3.* Oslo: Gyldendal

Kristoffersen, N., F. Nortvedt og E. A. Skaug (red.) (2011b) *Grunnleggende sykepleie, b2*. Oslo: Gyldendal

Kristoffersen, N. (2011) Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen, N., F. Nortvedt og E.A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie, b1*. Oslo: Gyldendal, s. 207-280.

Kristoffersen, N., F. Nortvedt og E-A. Skaug (2008) *Grunnleggende sykepleie, b2*. Oslo: Gyldendal akademisk

Kunnskapsdepartementet (2008) *Rammeplan for sykepleierutdanning* [online]. URL: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf (14.04.2015)

Lossius, K. (2010) Rusmidler. I: Skårderud, F., S. Haugsgjerd og E. Stänicke. *Psykiatriboken*. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 433-445.

Lossius, K. (red.) (2012) Om å ruse seg. I: Lossius, K. (red.) *Håndbok i rusbehandling*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 23-38.

Maslow A. H. (1954) *Motivation and personality*. New York: Harper & Row.

Malt, U. (2009) *Empiri* [online]. Store medisinske leksikon. URL: <https://sml.snl.no/empiri> (23.04.2015)

Malt, U. (2014) *DSM- systemet* [online]. Store norske leksikon. URL: <https://snl.no/DSM-systemet> (10.03.2015)

Meier, P., C. Barrowclough og M.C. Donmall (2004) The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: a critical review of the literature. I: *Addiction*, 100 (3), s. 304-316.

Molven, O. (2013) *Helsinkideklarasjonen: Store medisinske leksikon* [online]. URL: <https://sml.snl.no/Helsinkideklarasjonen> (13.04.2015)

Nordfjærn, T., Rundmo, T., og Hole, R. (2010) Treatment and recovery as perceived by patients with substance addiction. I: *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, s. 46-64. (10.03.2015)

Nordfjærn, T. (2011) Relapse patterns among patients with substance use disorders. I: *Journal of Substance Use*, (16) 4, s. 313-329. (10.03.2015)

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (u.d) *Om NSD* [online]. URL: <http://www.nsd.uib.no/nsd/omnsd.html> (14.04.2015)

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (2015) *Publiseringskanaler* [online]. URL: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside> (10.04.2015)

Nylenna, M. (2009) *Forskningsetikk* [online]. Store medisinske leksikon. URL: <https://sml.snl.no/forskningsetikk> (13.04.2015)

Nylenna, M. og G.S. Braut (2009) *Egenomsorg* [online]. Store Medisinske leksikon. URL: <https://sml.snl.no/egenomsorg> (31.03.2015)

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter* [online]. Lovdata. URL: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (16.04.2015)

Politiet (2013) *Definisjonen på rusmiddel/rusmisbruker* [online]. URL: https://www.politi.no/rad_fra_politiet/narkotika/mistanke_om_misbruk/Tema_56.xml (10.03.2015)

Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (2011) *Lover* [online]. URL: https://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/komiteerogmoter/alle?p_dim=34677&_i_kbLanguageCode=n (14.04.2015)

Rienecker, L. og P.S., Jørgensen (2012) *Den gode oppgaven*. Bergen: Fagbokforlaget

Shatell, M., S. McAllister, B. Hogan og S. Thomas (2006) «She took the time to make sure she understood:» Mental health patients' experiences of being understood. I: *Archives of Psychiatric Nursing*, 20 (5), s. 234-241. (21.04.2015)

Shattell, M., S. Starr og P. Thomas (2007) «Take my hand, help me out»: Mental health service recipients' experience of the therapeutic relationship. I: *International Journal of Mental Health Nursing*, 16, s. 274-284. (26.03.2015)

Sinnets helse (2005) *Rus- avhengighet* [online]. URL:

<http://www.sinnetshelse.no/artikler/rus.htm> (08.04.2015)

Skretting, A. (red.), K.E., Lund og E.K. (red.), Bye (red.) (2013) *Rusmidler i Norge, SIRUS-rapport 2013*. [online]. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning. URL:

http://www.sirus.no/wp-content/uploads/2014/12/Rusmidler_i_Norge2013.pdf

(15.04.2015)

Skårderud, F., S. Haugsgjerd og E. Stänicke (2010) *Psykiatriboken*. Oslo: Gyldendal

Sosial- og helsedirektoratet (2004) *Kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr. 450* [online].

Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. URL:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/388/veileder-til-forskrift-kommunens-helsefremmende-og-forebyggende-arbeid-i-helsestasjons--og-skolehelsetj-.pdf>

(12.03.2015)

Spesialisthelsetjenesteloven (1999) *Lov om spesialisthelsetjenesten mm* [online]. Lovdata.

URL: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61> (31.03.2015)

Statistisk sentralbyrå (2014) *Spesialisthelsetjenesten, 2013* [online]. URL:

<https://www.ssb.no/speshelse> (20.04.2015)

Strand, L. (2013) *Fra kaos mot samlng, mestring og helhet*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Sælør, K.T., og S., Biong (2011). Endringer i sykepleieres arbeid etter rusreformen. I:

Sykepleien forskning [online]. 6 (2): 168-174. URL:

<https://sykepleien.no/forskning/2011/05/endringer-i-sykepleieres-arbeid-etter-rusreformen>

(06.03.2015)

Thorsen, R. (2011) *Trygghet*. I: Kristoffersen, N., F. Nortvedt og E.A. Skaug (red.).

Grunnleggende sykepleie, b.3. Oslo: Gyldendal, s. 105-132.

Wadell, K., og Skarseter, I. (2007) Nurses' experiences of caring for patients with a dual

diagnosis of depression and alcohol abuse in a general psychiatric setting. I: *Issues in Mental*

Health Nursing, 28, s. 1125-1140. (25.03.2015)

Winther, F.Ø., og R. Førde (2015) *Medisinsk etikk* [online]. Store medisinske leksikon. URL: https://sml.snl.no/medisinsk_etikk (14.04.2015)

Vedlegg 1

Søkedokumentasjon

Søkeord	Database 1	Kombinasjoner	Antall treff
1. Substance addiction treatment	Cinahl		10
2. Substance abuse recovery			10
3. Nurse patient relationship			350
4. Therapeutic relationship			481
5. Substance abuse			7342
6. Therapeutic relationship AND substance abuse		4 AND 5	6
7. Nurse patient relationship AND therapeutic relationship AND substance abuse		3 AND 4 AND 5	5
8. Mental health nursing			870
9. Nurse patient relationship AND mental health nursing		3 AND 8	9
10. Nursing*			22273
11. Nursing* AND therapeutic relationship		4 AND 10	104 - 57 (avgrenset med "all adult")

Søkeord	Database 2	Kombinasjoner	Antall treff
1. Nurse* nurse patient relations	Ovid nursing database		27635
2. Substance abuse			2678
3. Nurse patient relations AND substance abuse		1 AND 2	55
4. Therapeutic relationship			85
5. Nurse patient relations AND therapeutic relationship		1 AND 4	55

Søkeord	Database 3	Kombinasjoner	Antall treff
1. Drug rehabilitation	PsychInfo (ovid)		12089
2. Therapeutic alliance			2586
3. Drug rehabilitation AND therapeutic alliance		1 AND 2	66

Søkeord	Database 4	Kombinasjoner	Antall treff
Sykepleieres erfaringer etter rusreformen	Google Scholar		41
“Nurses’ experiences of caring for patients with a dual diagnosis of depression and alcohol abuse in a general psychiatric setting”			1

1. I Cinahl fant vi følgende artikler:

Johansson, H., og M. Eklund (2003) Patients' opinion on what constitutes good psychiatric care. I: *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17, s. 339-346.

Nordfjærn, T., Rundmo, T., og Hole, R. (2010) Treatment and recovery as perceived by patients with substance addiction. I: *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, s. 46-64.

Welch, M.(2005) Pivotal moments in the therapeutic relationship. I: *International Journal of Mental Health Nursing*, 14, s. 161-165

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

Meier, P. og M. Donmall (2006) Differences in client and therapist views of the working alliance in drug treatment. I: *Journal of substance use*, 11, s. 73-80.

2. I Ovid Nursing database fant vi følgende artikkel:

Wadell, K., og Skarseter, I. (2007) Nurses' experiences of caring for patients with a dual diagnosis of depression and alcohol abuse in a general psychiatric setting. I: *Issues in Mental Health Nursing*, 28, s. 1125-1140.

Artikkelens fulltekst er imidlertid funnet i Google Scholar, ved å søke på artikkelens tittel. Dette fordi Ovid Nursing database ikke hadde tilgjengelig fulltekst.

3. I PsychInfo fant vi følgende artikler:

Braun, T. (2013) Chapter 12. Therapists' narratives of therapeutic relationships in the treatment of drug-dependent patients. I: *Substance Use and Misuse*, 48, s. 1416-1433.

Shatell, M., S. McAllister, B. Hogan og S. Thomas (2006) «She took the time to make sure she understood:» Mental health patients' experiences of being understood. I: *Archives of Psychiatric Nursing*, 20 (5), s. 234-241.

