

BACHELOROPPGAVE:

Psykiatri og rus

- På hvilken måte kan sykepleieren benytte nettverksmøte i behandlingen av dobbeltdiagnosepasienter?

KANDIDATNUMMER: 843

Antall ord: 10 040

Dato: Mars – Mai 2011

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Begrunnelse for valg av problemstilling	1
1.2	Avgrensing av problemstilling	2
1.3	Formål	3
1.4	Disposisjon	3
1.5	Pasientsituasjon.....	4
2	Metode.....	6
2.1	Valg av metode.....	6
2.2	Kildekritikk	9
3	Teoridel	11
3.1	Begrepsforklaring	11
3.2	Teoretikere	12
3.2.1	Kari Martinsens omsorgsteori	12
3.2.2	Dorothea Orem egenomsorgsteori	12
3.3	Dobbeltdiagnose	13
3.4	Amfetamin.....	14
3.5	Angst.....	14
3.6	Depresjon	15
4	Nettverksmøte	15
4.1	Hva er et nettverk?.....	15
4.2	Nettverksbygging.....	16
4.3	Nettverksmøte	16
4.4	Motiverende samtaler.....	19
4.5	Integrert behandling.....	19
5	Drøfting	21
5.1	Nettverksmøte som en del av behandlingen	21
5.2	Sykepleieren i nettverksmøte	24
5.3	Dobbeltdiagnosepasienten i nettverksmøte.....	27
6	Konklusjon.....	31
7	Etterord	32
8	Litteraturliste.....	33

Sammendrag av Bacheloroppgaven

Tittel:	Psykiatri og rus På hvilken måte kan sykepleieren benytte nettverksmøtet i behandlingen av dobbeltdiagnosepasienten?	Dato : Mai 2011
Kandidatnr:	843	
Veileder(e):	Kari Hugsted	
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Dobbeltdiagnose, rusavhengighet, nettverksmøte	
Antall ord: 10 040		Publiseringsavtale inngått: ja/nei
Kort beskrivelse av bacheloroppgaven: I denne oppgaven som er en litteraturstudie vil vi belyse hvordan en sykepleier kan benytte nettverksmøte som en del av behandlingen av dobbeltdiagnosepasienter. Komponentene vi omtaler i oppgaven er integrert behandling, motiverende samtaler og åpne samtaler. Vi har skrevet disse ut fra et sykepleierfaglig perspektiv ved å støtte oss til sykepleieteoretikerne Kari Martinsen og Dorothea Orem. Vi presenterer en fiktiv pasientsituasjon, som vi har fokus på når vi drøfter teorien vi har innhentet. Oppgaven omhandler nettverksmøte som behandlingsmetode og sykepleierens rolle i nettverksmøtet.		

ABSTRACT of bachelor thesis

Title:	Psychiatry and substance abuse How can a nurse use network meetings as a treatment of patients with dual diagnosis?	Date : May, 2011
Candidate number: 843		
Keywords	Dual diagnosis, substance abuse, network meetings	
Number of words*: 10 040		Availability (open/confidential):
Short description of the bachelor thesis: In this assignment we have chosen a literature study, you will learn how a nurse can use network meetings as a part of the treatment of patients with dual diagnosis. The components we refer to is integrated treatment, motivating talks and open conversations. We have written this out of a nurse's perspective by supporting us to the nursing theorists Kari Martinsen and Dorothea Orem. We have used a fictional patient situation that we will discuss the theory we have obtained. The assignment discusses how network meetings can work as a therapy and what nurses can do in this treatment.		

1 Innledning

1.1 Begrunnelse for valg av problemstilling

“Etter fem måneder i trygge omgivelser og med adekvat behandling (som vi ikke får ytterligere innsikt i) var sønnen blitt rusfri. Opplegget viste seg altså isolert sett å være vellykket. Så etter disse månedene, som må ha kostet staten nærmere en halv million kroner, sto han på jernbarneperongen med to plastsekker en fredags ettermiddag. Han kunne riktignok dratt til det kommunale husvære som han har hatt de siste årene. Der sto flasken og Paragin Forte-boksen klar på naboens bord, syv meter unna. Det er bare å slå fast; uten at vi hadde tatt i mot han, ville returen til rushelvete blitt meget kort.” (Vaaland, 2007. s. 92.)

Dette er utdrag fra et av brevene til en pårørende i boka til Tor Øystein Vaaland. Vaaland (2007) skriver at familien til denne gutten har erfart flere “mislykkede” innleggelses, og det kan anes en årelang kamp. Dette er virkeligheten for mange. Ut fra teksten kan vi se at pasienten får god behandling inne på sykehus, men overgangen til egen bolig og et selvstendig liv er for stor belastning og det fører til reinnleggelse etter en periode.

Øverås og Fyhn (2006) henviser til Stortingsmelding nr. 25 (1996-1997) Åpenhet og helhet – Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene som gir uttrykk for at tilbudet til pasienter med “dobbeltdiagnose” er mangelfull. Det ble startet opp et prosjekt, ROP-Tøyen, som skulle prøve ut den såkalte New-Hampshire modellen i behandlingen av dobbeltdiagnosepasienten. Prinsippene for behandlingsmodellen er trinnvis jobbing med motivasjon og ulike behandlingstyper. Behandlingen skjer i hovedsak utenfor institusjon og pårørende spiller en viktig rolle. De får tilbud om kurs i rus og psykiske lidelser. Behandlingen av pasientene deles inn i kontaktetableringsfase, motivasjonsfase, aktiv behandlingsfase og forebygging av tilbakefall. Alle pasienter er forskjellige og trenger ulik tidsrom på de forskjellige fasene. Modellen må ikke nødvendigvis følges i den rekkefølgen den er satt opp. Dette tilpasses den enkelte pasient. Den er også åpen for at man kan gå tilbake til en tidligere fase dersom det er behov for det (Øverås og Fyhn, 2006).

Vi har snart lagt bak oss tre år på sykepleiestudiet. 2.studieenhet var vi i psykiatripraksis, og alle tre fattet interesse for denne type pasienter. Vi var utplassert på forskjellige institusjoner, men alle fikk bekjentskap til dobbeltdiagnosepasienten. På bakgrunn av den overnevnte historien og Stortingsmelding nr. 25 Åpenhet og Helhet ble vi nysgjerrig på hvor stor rolle nettverket rundt pasienten spiller. Generelt har vi en oppfattelse av at et sosialt nettverk er svært viktig for å ha motivasjon til å være en del av samfunnet. Uten familie og venner hvor man har gjensidig støtte hos, virker det håpløst for oss. En med samtidig rusavhengighet og psykisk lidelse har utfordringer i psykososiale forhold. Sånn vi ser det er det da enda viktigere med støtte fra familie og venner. Men skal man kunne forvente at noen stiller opp for en, må man også være til å stole på og gi noe tilbake. Det er her nettverksmøte kommer inn. Et møte hvor pasient, pårørende og en utenforstående forbereder et tilnærmet selvstendig adekvat liv. Hva kan forventes av hvem og hvor langt kan grenser tøyes? Hvordan fungerer disse møtene? Er møtene til nytte? For å få et sykepleieperspektiv på oppgaven falt vi på problemstillingen:

“På hvilken måte kan sykepleieren bruke nettverksmøte i behandlingen av dobbeltdiagnosepasienter?”

1.2 Avgrensning av problemstilling

Psykiatri og rus, og nettverksmøte er vide temaer. Dobbeldiagnosepasienten deles inn i “den sårbare” og “den utagerende” pasienten ut fra hvilken psykisk lidelse og rusavhengighet den har. Å fordype seg i diagnosen kunne blitt en oppgave i seg selv. Vi har valgt å ha fokus på hva nettverksmøte er, hvordan det foregår og om det er til hjelp for pasienten med dobbeltdiagnose og dens pårørende. Behandlingen av dobbeltdiagnosepasienten er sammensatt, hvor medisiner, kognitiv terapi og andre terapeutiske metoder er en stor del, men dette kommer vi ikke til å gå inn på.

For å søke å finne svar på problemstillingen har vi laget en fiktiv pasientsituasjon som vi har fokus på i drøftingen og vår. En dobbeltdiagnosepasient kan ha forskjellige typer psykisk

lidelse og forskjellig rusavhengighet, i oppgaven avgrensers vi det til en pasient som har angst og depresjon og amfetaminavhengighet. Nettverksmøte er tverrfaglig arbeid og forskjellige yrkesutøvere kan ta utdanningen. Vår pasient er i en utskrivelsesfase fra en institusjon og har fått tilbud om nettverksmøte som en del av behandlingen. Vi tar derfor utgangspunkt i at det i dette tilfelle er en sykepleier som holder møtene for Anne og hennes pårørende.

1.3 Formål

Formålet med oppgaven er å tilegne oss mer kunnskap om nettverksmøte som behandling i forhold til dobbeltdiagnosepasienter. Vi vil belyse dette temaet, da det er noe som interesserer oss og det er en forholdsvis ny behandlingsmetode som for mange fortsatt er ukjent. Vi ser på det som svært viktig å behandle den psykiske og den rusrelaterte diagnosen samtidig. Vi har derfor valgt denne problemstillingen for å kunne sette oss inn i både nettverksmøtet og integrert behandling fra en sykepleiers perspektiv.

1.4 Disposisjon

Vi har delt oppgaven i sju kapitler med underkapitler. I første kapittel presenterer vi problemstillingen i tillegg til å avgrense oppgaven og beskriver pasientsituasjonen. Vi fortsetter med å redegjøre for valg av metode og beskrive fremgangsmåten i litteratursøk i kapittel to. Tilslutt i kapitlet kritiserer vi litteraturen vi har brukt. Teori- og drøftingsdel har vi valgt å ha hver for seg da vi mener det er mer oversiktlig. Teorien vi støtter oss til blir presentert i kapittel tre. Kapittel fire er drøftingsdelen vår. Vi har tre underkapitler hvor vi diskuterer nettverksmøte som behandling, sykepleiers rolle i nettverksmøte, og pasient og pårørendes posisjon hver for seg. I kapittel fem har vi forsøkt å trekke en konklusjon på problemstillingen vår. Avslutningsvis i siste kapittel evaluerer vi prosessen av arbeidet vårt og hva vi kunne gjort annerledes.

1.5 Pasientsituasjon

Anne på 26 år er fra et lite tettsted på Østlandet. Fram til hun var 18 år bodde hun sammen med foreldrene sine og to yngre søsken. De hadde et stabilt og nært forhold. Fra Anne var 14 år vanket hun i et miljø hvor alkohol og hasj ble utforsket. For at foreldrene ikke skulle merke noe sov hun hos venninner i helgene. På et lite tettsted går rykter fort og foreldrene fikk tips om Annes uvaner etter et halv års tid. De tok tak i det med en gang med samtaler om risikoen ved rusmidler og tettere oppfølging som henting etter fest. Anne syntes dette var hysteri, men med respekt for foreldrene turte hun ikke annet enn å leve opp til deres forventninger. Gjennom fastlegen ble hun henvist til DPS og gikk til jevnlige samtaler fra hun var 16 år til hun var 18 år. I perioder hadde Anne det tøft. Hun fikk diagnosen moderat depresjon. Hun startet på antidepressive medisiner med god effekt. På videregående fikk hun tre gode venninner og de holdt tett sammen og støttet hverandre. Anne fullførte videregående skole med gode karakterer.

Anne hadde interesse for film og tv, og begynte på medieproduksjon på en annen kant av landet høsten etter videregående. Hun fikk seg en koselig to - roms hybel sentralt i byen. Anne flyttet til Sørlandet uten kontakter, men var positivt innstilt på å bli kjent med nye mennesker. De første ukene på skolen var det arrangementer både på dagtid og kveldstid for alle nye studenter. Anne var deltakende, men følte hun ikke fant sin plass. På fest ble inntaket av alkohol stort, og Anne ble ukritisk. En dag våknet hun opp i ei leilighet hun aldri hadde vært i før. "Injeksjonsutstyret" lå ved siden av henne og hun hadde en gummistrikk rundt overarmen. Hun ble fylt av frykt og skam. Anne samlet sammen sakene sine og ble kjørt hjem av gutten hun hadde overnattet hos. Hjemme i hybelen kom de depressive tankene snikene.

Gjengen hun hadde festet med denne natten kontaktet henne igjen. Hun klarte ikke stå i mot. Følelsen av tristhet og håpløshet var uutholdelig. Hun hadde fått prøve amfetamin sammen med gjengen. Stoffet dekket over de depressive symptomene. Hun ble energisk og bekymringsløs i startfasen, men i perioder hadde hun også paranoide tanker om at hun ble overvåket og forfulgt. Nå var det i gang igjen.

Studielånet dekket hybelen og matutgifter. Av foreldrene fikk Anne en tusenlapp i måneden som skulle gå til telefon og kollektivtrafikk. Anne holdt kontakten med foreldrene og snakket seg ofte til småsummer som hun sa skulle brukes til kino, venninnekvelder med mat og vin og hytteturer. Sannheten er at alt gikk uavkortet til rusmidler. Ukene og månedene gikk mens Anne ruset seg på Amfetamin og lurte foreldrene for penger. For å tjene litt ekstra slik at hun hadde råd til stoff solgte hun seksuelle tjenester.

Nå har det gått fem år. Det gikk et helt år før foreldrene avslørte Annes løgner. De avsluttet pengehjelpen med det samme og sa hun måtte klare seg med det hun fikk får det offentlige hvis hun ikke kan finne seg jobb.

Foreldrene og søsknene er fortvilet over situasjonen. De vil så gjerne hjelpe, men vet ikke hvordan. Anne ønsker også selv å bli rusfri og etter hvert få seg en utdanning og kanskje etablere seg. Hun orker ikke mer av dette livet. Anne kuttet kontakten med det gamle miljøet og la seg inn frivillig på institusjon i nærheten av bostedet til foreldrene. Etter ni måneder var hun på bedringens vei. I utskrivelsesfasen tilbudte primærpsykepleieren nettverksmøte som en del av forberedelsen på livet som rusfri. Anne og familien stilte seg positiv til behandlingstilbudet.

2 Metode

2.1 Valg av metode

Metode er en veiledning i hvordan man kan innhente og vurdere kunnskap (Dalland, 2000). Metode kan defineres som en fremgangsmåte på hvordan vi skal løse problemer og hvordan vi skal tilegne oss ny kunnskap (ibid). Det er altså et redskap for å samle data for å kunne belyse valgt problemstilling på en faglig interessant måte.

Oppgaven vår er en litteraturstudie relatert til en fiktiv pasientsituasjon, men som likevel kan være en aktuell problemstilling i en sykepleiers hverdag. Når en skal skrive en litteraturstudie har Hellevik (Dalland, 2000) laget en fremstilling av sentrale normer som skal følges. Det er viktig at resultatene er i overensstemmelse med virkeligheten (ibid). Det er naturlig at en har tanker rundt temaet før man begynner å skrive oppgaven. Hellevik (Dalland, 2000) sier det er viktig å være bevisst på de tankene man har. Dersom man finner svar man ikke hadde sett for seg før undersøkelsen, skal man akseptere de funnene som kommer fram. Videre skriver Dalland (2000) at oppgaven skal skrives slik at leseren forstår innholdet uten å ha kunnskaper om temaet fra før. På den måten kan leseren ta stilling til om resultatene er tilstrekkelige for svarene og den konklusjonen som er trukket (ibid). Med litteraturen vi velger skal vi få fram en sammenheng og helhet, samt en forståelse av valgt problemstilling. Dette gjør vi ved å søke i forskjellig forskning, knytte de sammen og trekke ut det vi ser på som det viktigste. Når man søker etter litteratur skriver Dalland (2000) at det er av stor betydning at litteraturen har relevans for problemstillingen og at den er sann, gyldig og holdbar.

Litteraturen vi har støttet oss til er forsket frem og skrevet av andre. Tilgangen på litteratur innenfor temaet psykiatri og rus er stor og vi har måttet velge ut fra vårt faglige og praktiske ståsted, samt anbefalinger fra ressurssterke fagpersoner i nærområdet. Vi har brukt pensumlitteratur, selvvalgt litteratur, tillegg til artikler i tidsskrifter og artikler vi har fått anbefalt. Vi har snart lagt bak oss tre år på sykepleierskolen og har opparbeidet oss noe erfaring og kunnskap gjennom forelesninger og praksis, og ved refleksjoner med medstudenter, kontaktlærere, veiledere og pasienter. I forberedelsen til bacheloroppgaven var vi i kontakt med sykepleier fra en psykoseavdeling som ga oss ekstra nysgjerrighet på temaet

psykiatri og rus. Vi fikk også tips om å gå inn på hjemmesiden til Regionalt kompetansesenter for dobbeltdiagnose rus og psykiatri hvor det er listet opp informasjon om temaet og anbefalt litteratur.

Vi er kjent med at det er en videreutdanning i nettverksarbeid. Vi har vært i kontakt med en fagperson innenfor denne utdanningen som sendte oss linker til artikler som har relevans for vår oppgave.

I et møte med et psykiatrisk ambulerende team som jobber med ettervern, fikk vi låne Integrert behandling av rusproblematikk og psykisk lidelse av Kim T. Mueser m.fl. som er en pensumbok i videreutdanning innen psykiatri. Vi fikk også med oss “Dobbelt opp” av Reidun Evjen, Knut Boe Kielland og Tone Øiern. En av de ansatte i psykiatrisk ambulerende team kommer med innspill til “Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus- og psykisk lidelse – ROP-lidelser”. De nye retningslinjene for 2011 er fortsatt på høring, men vi har fått innsyn og bruker noe av dette innledningsvis i oppgaven vår.

Vi har valgt Kari Martinsen og Dorothea Orem som sykepleieteoretikere. I et nettverksmøte er sykepleieren i en posisjon der hun eller han skal veilede pasienten til å tenke selv og ta egne beslutninger. Derfor følte det naturlig å støtte seg til Kari Martinsens omsorgsteori hvor sykepleieren viser omsorg med respekt for pasientens selvbestemmelsesrett uten å forvente noe tilbake. Dorothea Orem sier at egenomsorg handler om å få kontroll over eget liv ved å søke støtte hos de rundt seg. Når pasienten ikke er i stand til dette selv skal sykepleieren hjelpe han/hun til normalfunksjon, utvikling, helse og velvære.

For å friske opp søkekunnskapene våre avtalte vi et møte med en bibliotekar. Hun ga oss nyttige tips om hvordan man gjør gode søk på Ovid Nursing Database. Vi startet med å skrive ned de søkeordene vi mente kunne gi oss treff på aktuelle artikler. Først søkte vi på dual diagnosis. Søketreffet ble på 107. Ved å bruke advanced search og history for så å kombinere dual diagnosis og substans abuse ble søket snevret inn til 23 treff. Vi valgte artikkelen

“Nursing considerations for dual diagnosis in mental health” av Karen Liegh Edward og Ian Munro. Vi leste også gjennom ”Homeless women’s personal networks: implications for understanding risk behavior”, men etter å ha lest abstraktet så vi at den ikke hadde relevans. Artiklene kunne ikke åpnes i denne databasen, men ved å søke på emneordet i bibsys kunne vi skrive den ut og eller bestille den. Artikkelen vi valgte fikk vi også senere anbefalt av en fagperson.

Vi har også vært inne på hjemmesidene til kunnskapsbasert praksis. I en av våre praksisperioder var vi med i et forskningsprosjekt hvor vi skulle være med å bruke kunnskapsbasert praksis til å utforme sykepleieprosedyrer. Gjennom prosessen brukte vi PICO- skjema for å finne forskningsartikler om den prosedyren vi hadde valgt. Dette prosjektet ga oss erfaring i bruken av PICO- skjema. I utgangspunktet skulle vi bruke skjema da vi skulle lage problemstillingen vår og søke etter artikler, men fordi vi fikk veiledning og tips innen vårt valgte fagfelt så vi ikke dette som nødvendig.

Ved å søke på “psykisk lidelse og rus” i bibliotekbasen Bibsys fikk vi 5 treff og vi valgte å bruke “Fra døråpner til alibi”. Vi fikk anbefalt Reidar Andreassen som en viktig person innenfor nettverksmøte. Vi søkte da på navnet hans i Bibsys og fikk opp artikkelen ”Bruk av nettverksmøter som intervensjon og behandlingsform i ambulant virksomhet”. Jaakko Seikkula har skrevet seks bøker, av disse har vi fått anbefalt og søkt på ”Nettverksdialoger” og ”Åpne samtaler”. Da vi skulle finne en definisjon på nettverk brukte vi nettverk som søkeord på Bibsys og fikk 815 treff. Tekstene er rangert med de nyeste utgivelsene først. Vi fant en masteroppgave utgitt i 2010 om nettverksarbeid med tittelen “Sammen er vi dynamitt”. De hadde brukt Olav Havdal sin definisjon på nettverk. I 2002 jobbet han som organisasjonsutvikler ved Nordlandssykehuset i Bodø. Vi var kun ute etter en kort og god definisjon på hva nettverk er, og siden masteroppgaven er publisert i Bibsys og andre databaser, i tillegg til at Havdal er organisasjonsutvikler, ser vi på denne definisjonen som holdbar.

Vi vil også nevne at vi har vært i kontakt med de som driver nettverksmøtebehandling i fylket. Det hadde vært spennende å være med på et møte for å få et klart bilde på hvordan det foregår. På grunn av begrenset tid på oppgaven, og med hensyn til pasient og pårørendes sensitive informasjon ble ikke dette aktuelt.

2.2 Kildekritikk

Kildekritikk innebærer at man har et kritisk blikk for å avgjøre om en kilde er sann, gyldig og holdbar (Dalland, 2000). Det skjer kontinuerlig endringer og forbedringer av litteraturen innen fagfeltet, og hvis vi hadde støttet oss til annen litteratur enn det vi har gjort, kan det være vi hadde hatt en annen vinkling på oppgaven og at konklusjonen hadde blitt annerledes.

Jaakko Seikkula er førsteamanuensis ved Psykologisk Institutt ved et universitet i Finland og er i tillegg tilknyttet universitetet i Tromsø som Professor II ved Institutt for samfunnsmedisin. Seikkula har vært en sentral person i utviklingen av nettverksmøtet som behandlingsmetode i Finland. Vi har brukt hans bøker ”Åpne samtaler” og ”Nettverksdialoger” og ser på disse som pålitelige kilder da han er en så anerkjent fagperson i vårt tema i tillegg til at vi har fått han anbefalt av flere ressurspersoner.

Vi har fått anbefalt ”Dobbelt opp” av en psykiatrisk sykepleier og fra ansatte i psykiatrisk ambulerende team. Boka fokuserer på hjelpebehovet hos personer med alvorlig psykisk lidelser og samtidig rusmisbruk. Forfatterne av boka har utdanning og kunnskapsbredde innenfor rusavhengighet og psykisk lidelse.

Siv Øverås og Anders B. Fyhn sin bok ”Fra døråpner til alibi” er en evaluering av et femårig klinisk behandlingstiltak for personer med alvorlig psykisk lidelse og rusmisbruk ved Tøyen DPS. Dette prosjektet er faglig forankret i New Hampshire-modellen. ”Fra døråpner til alibi” er en sekundærkilde på beskrivelsen av denne modellen. Siden ROP-Tøyenprosjektet har som hovedmålsetting å utvikle en behandlingsmodell som viser seg egnet for dobbeltdiagnose

pasientene i området rundt Oslo, ser vi på dette som en seriøs kilde. Beskrivelsen på New-Hampshire-modellen i boka var oversiktlig og lett å forstå. Modellen er også beskrevet i “Dobbelt opp” og “Integrert behandling av rusproblematikk og psykiske lidelser”.

Det er viktig å være klar over om man bruker primær- eller sekundærkilde. Ulempen med sekundærkilder er at originalkildens data allerede er tolket en gang. Dette kan føre til at budskapet i teksten ikke er det den opprinnelige forfatteren mente. Vi forsøkte å oversette self-care fra Dorothea Orems “Nursing – concepts of practice”, men i J. Kristoffersen m.fl. (2006) er det en meget god definisjon som vi har valgt å bruke. Vi ser på denne boken som en pålitelig kilde da den er utvalgt som pensumlitteratur for bachelor i sykepleie.

3 Teoridel

I denne delen av oppgaven vil vi presentere teori som er aktuell i forhold til vår problemstilling.

3.1 Begrepsforklaring

Sekvensiell behandling: i denne tilnærmingen kan pasienter med dobbeltdiagnose avvises av et behandlingssystem inntil den andre tilstanden er stabilisert.(Mueser, 2006). Et eksempel på det er når en pasient henveder seg til psykisk helsevern og han får beskjed om å få orden på sitt rusproblem før han kan få behandling hos dem. Det samme kan skje hvis han henvender seg til en rusinstitusjon. Der kan han oppleve å bli avvist, med beskjed om at den psykiske lidelsen må behandles før de kan hjelpe han med rusproblemet(ibid).

Parallell behandling: I denne tilnærmingen behandles dobbeltdiagnose pasientene samtidig, altså den psykiske lidelsen og rusproblemet, men av forskjellige behandlere. I teorien høres dette ideelt ut, men i praksis hender det ofte at behandlere er på forskjellige institusjoner og ikke samarbeider (Mueser, 2006 s.37).

Paternalisme: Betegnelse på at forholdet mellom sykepleier og pasient er preget av overstyring over pasienten. Dette er sett på som negativt. Så langt det lar seg gjøre skal pasienten ha autonomi og selvbestemmelsesrett. (Brinchmann, 2008).

Brukermedvirkning: en rett og plikt enhver har til å delta i utformingen og i gjennomføringen av det tjenestetilbudet som gjelder en selv (Hallandvik 2002).

3.2 Teoretikere

3.2.1 Kari Martinsens omsorgsteori

Kari Martinsen (2003) skriver at omsorg er en sosial relasjon som går utpå hvordan vi forholder oss til hverandre. For at man skal kunne forstå andre må man ha noe til felles, som normer, regler, behov og virksomheter (ibid). Videre skriver Martinsen (2003) at den omsorgen en sykepleier gir en pasient er basert på generalisert gjensidighet. Det vil si en gjensidighet hvor sykepleieren gir omsorg og omtanke til pasienten uten å forvente noe tilbake.

Godt omsorgsarbeid er sammensatt av flere aspekter. Ved å tilegne seg fagkunnskaper gjennom lærebøker, for så å praktisere kunnskapen, vil man opparbeide seg egne erfaringer. Empati er et middel for å få forståelse for den syke personen. Sykepleieren skal ikke dømme pasientene. Likevel er det fort gjort å danne seg meninger om pasienten som er verdiladete, enten positive eller negative (Slettebø, 2009). Man må være villig til å sette seg inn i den andre parts situasjon og tenke gjennom hvordan man selv ville blitt behandlet i samme situasjon (Martinsen, 2003). Hvis sykepleieren kombinerer fagkunnskaper, erfaring og forståelse for pasientens situasjon, blir utøvelsen av omsorgsarbeidet utført med svak paternalisme (ibid).

3.2.2 Dorothea Orem egenomsorgsteori

Dorothea Orem (Kristoffersen m.fl. 2006) sier at egenomsorg er de handlinger mennesker gjør for å ha kontroll, utvikling og regulering av eget liv og egen helse og omsorg. Det kan enten være at mennesket søker kunnskap og støtte gjennom andre, eller at det kontrollerer egne tanker, følelser og regulerer bevisste og eksterne faktorer som påvirker personens indre forhold og ytre adferd (ibid). Når det er misforhold mellom pasientens egenomsorgskrav og evnen til å handle i samsvar med kravene, har han behov for sykepleie (ibid). Hensikten med sykepleie er i følge Orem (Kristoffersen m.fl., 2006) å fremme menneskets normalfunksjon, utvikling, helse og velvære.

Dorothea Orem har delt inn egenomsorgsbehovene i 3 grupper. En av gruppene har hun definert som ”utviklingsrelaterte egenomsorgsbehov”, denne ser vi på som relevant for vår oppgave. Dette handler om å opprettholde balanse mellom å være alene og ha sosial kontakt. Det er også tre punkter under dette egenomsorgsbehovet som bør nevnes:

- Å opprettholde kvaliteten og balansen mellom å være alene og å ha sosial kontakt for å fremme selvstendighet og sosial tilhørighet.
- Å skape følelsesmessige bånd, kjærlighet og vennskap uten å utnytte andres individualitet, integritet og rettigheter.
- Å utvikle selvstendighet og sosial tilhørighet.

(Kristoffersen m.fl., 2006)

Under helsesvikrelaterte egenomsorgsbehov skriver Orem om terapeutisk egenomsorgskrav. Det beskriver handlinger som enten personen selv eller andre må utføre for å forebygge, kontrollere og behandle sykdomsprosesser og skade. (Kristoffersen m.fl., 2006).

Orem sier at utøvelse av god sykepleie baseres på utviklede evner til å utføre sykepleie, utdanning, relasjonsbygging og samarbeid med pasient. Sykepleieren må utføre konkrete handlinger med mål om å oppnå realistisk egenomsorg (Tomey og Alligood, 2011).

3.3 Dobbeltdiagnose

Begrepet «dobbeltdiagnose» innebærer at en person har to selvstendige medisinske lidelser. Det er vanligvis brukt om alvorlige psykiske lidelser i kombinasjon med omfattende rusavhengighet. Med alvorlig psykisk lidelse menes først og fremst schizofreni og liknende psykoselidelser, affektive psykoser og alvorlige personlighetsforstyrrelser. Med omfattende rusavhengighet forstår vi både skadelig bruk og avhengighet av legale og illegale rusmidler. (Evjen 2009, s.29-30).

Dobbeltdiagnosepasientene blir ofte delt inn i to hovedgrupper, «de sårbare» og «de utagerende». Med «de sårbare» menes de med psykoser, alvorlig depresjoner, angstlidelser, spiseforstyrrelser og enkelte med personlighetsforstyrrelser. Det er ofte de som står i søkelyset når dobbeltdiagnosepasienter skal utforskes. Forskere har vist at disse pasientene trenger relasjonsorientert, støttende og mindre konfronterende behandling. De har også behov for forutsigbarhet (Evjen, 2009).

Pasienter med dobbeltdiagnose har, uansett gruppering, ofte de samme problemene i forhold til livsførsel. De lider ofte av underernæring, noe som kan skyldes at bruken av rusmidler svekker matlysten. Tannhelsen er gjerne dårlig som en følge av dårlig kosthold, dårlig tannhygiene, få tannlegebesøk og virkning av ulike rusmidler. De er også en utsatt gruppe i forhold til seksuelt overførte sykdommer som klamydia, gonoré, syfilis, HIV, hepatitt B og humant papillomvirus (Evjen 2009, s.85).

3.4 Amfetamin

Amfetamin er et kunstig fremstilt sentralstimulerende middel som holder deg våken, energisk og rastløs, samt at det reduserer behovet for søvn. Samtidig blir man kritikkløs, og mange får nedsatt konsentrasjonsevne. I større doser øker symptomene, og man kan i tillegg få synshallusinasjoner og aggressiv adferd. Lengre tids bruk kan hos noen utløse kronisk angsttilstand, alvorlige søvnforstyrrelse og voldelig atferd fordi man bedømmer omgivelsene feil og ikke kan kontrollere følelser på samme måte som tidligere. Langvarig bruk av amfetamin kan gi alvorlige depresjoner og øke risikoen for selvmord (Hånes 2003, s.10).

3.5 Angst

Angst er en diffus indre uro hvor årsaken kan være ukjent (Kringlen 2008). Vedkommende vet ikke hvor følelsene kommer fra, og det er ofte heller ingen grunn til denne engstelsen

(ibid). ”Angsten består både av den subjektive opplevelsen av angst, kroppslige endringer og handlinger” (Kringlen 2008 s. 160).

3.6 Depresjon

”Depresjonen preges av emosjonelle symptomer med tristhet og håpløshet, kognitive symptomer med konsentrasjonsvansker, manglende motivasjon som i ekstreme tilfeller utarter til handlingslammelse, og somatiske symptomer med søvnløshet, appetittmangel og smerter i kroppen” (Kringlen 2008 s. 349).

4 Nettverksmøte

4.1 Hva er et nettverk?

Havdal (Moe og Ødegård, 2010) sier at nettverk er de usynlige stier som er mellom mennesker og organisasjoner, som gjør at vi kan samhandle for å oppnå en større hensikt enn vi makter alene. Et nettverk inneholder både sterke og svake forbindelser og kvaliteten på forbindelsene varierer over tid (Seikkula, Arnkil, 2007).

Alle har et privat nettverk av familie, utvidet familie, nærmiljø og arbeidskollegaer. Ingen nettverk er like og de kan forandre seg ettersom familien, venner og arbeidssituasjonen endres (ibid).

Det profesjonelle nettverket er sammensatt av flere fagpersoner (Seikkula, Arnkil 2007). Det er både fordeler og ulemper ved det profesjonelle nettverket. Ulempene er at pasientansvaret kan bli uklart og det kan bli mange diskusjoner over hodet på pasienten (ibid). Fordelen er at når møtet mellom den profesjonelle og pasienten fungerer som den skal, får pasienten all den hjelp og alle de råd fagfolkene kan yte (ibid).

Grenseoverskridelser er nødvendige uansett hvilket nettverk det er snakk om, både innad i det profesjonelle, og mellom det profesjonelle og det private nettverket (Seikkula, Arnkil 2007). Det personlige nettverket inviteres ikke inn til møter for å få behandling, men for å være en del av behandlingen til pasienten (ibid). Pårørende kan sitte med ressurser som kan være nyttig i behandlingen på lik linje som leger, psykologer og sosialarbeidere (ibid). Gjennom dialoger kan det skapes en forståelse som det ikke er mulig for en person å komme frem til på egenhånd, på denne måten er pårørende også en stor del av behandlingen (ibid).

4.2 Nettverksbygging

Bruno Latour skriver at alle nettverk har noen grunntrekk til felles der ”forbundenhet er nøkkelordet”(Seikkula, Arnkil 2007 s. 13). Nettverksmøtet blir ofte sett på som det mest sentrale i nettverksbyggingen. Nettverksmøtet er kun en spesiell form for nettverksarbeid (Seikkula, Arnkil 2007). Nettverksarbeid handler om å passe på at verken pasienten eller behandlerne blir isolerte aktører, men dette trenger man nødvendigvis ikke møter for å få til (ibid). Seikkula (2000) mener at man kan være nettverksorientert selv om man møter pasienten til individuell samtale, ved å snakke om andre som ikke er tilstede under samtalen. Det er viktig å få pasienten til å se på seg selv som en del av en sammenheng og hvis man tar skrittet med å kontakte en i sammenhengen, er man på god vei med å drive nettverksarbeid (ibid). Vider skriver Seikkula (2000) at de faktiske nettverksmøtene er viktige hvis man har noe å diskutere i felleskap eller det er noe man må få en felles forståelse av. Ellers fungerer nettverksarbeid vel så godt uten disse møtene (ibid).

4.3 Nettverksmøte

Andreassen (2004) mener at når man setter sammen en nettverksmøtegruppe er det viktig å få inn personer av mest betydning for pasienten og de som er mest sentrale i pasientens liv. Dette vil si de nærmeste av familie, venner, evt. arbeidskollegaer og andre slektninger. I

tillegg til denne delen av møtet er det et profesjonelt team med. Det kan bestå av fastlege, psykolog, sykepleier/psykiatrisk sykepleier og sosionom/ruskonsulent.

Andreassen (2004) sier at erfaringsbasert kunnskap er et viktig nøkkelord for denne måten å jobbe på, ingen pasient er lik og det er heller ikke det profesjonelle nettverket. Derfor er det viktig å bruke av erfaringen som er i gruppa for å skape trygghet og legge forholdene til rette for den gode samtalen man får noe ut av (Andreassen 2004). Nettverksmøtet er en arena for støtte og intervensjon, og gir mulighet for aktiv deltakelse, ansvar og utveksling av informasjon og kunnskap (Andreassen 2004). Det er en dynamisk samling av mennesker som går gjennom emosjonelle prosesser som kun er mulig i grupper (ibid). Mange pårørende sier at det er lettere å være en slektning, det er lettere å forstå deres familiemedlem og lettere å hjelpe gjennom disse møtene (ibid). Diskusjonen og samarbeid på nettverksmøtene avgjør hvordan støtte og behandling vil bli strukturert på en best mulig måte tilpasset deltakernes daglige liv. Denne type behandling er mer omfattende enn en tradisjonell psykoterapimetode som er basert på mer struktur. Gjennom prosessen som skjer i samtalen skapes nye meninger og dette hjelper psykosepasienten ut av psykosen.

For at denne prosessen skal fungere optimalt er det utviklet sju prinsipper. Det første prinsippet er "Umiddelbar hjelp i krisesituasjoner". Det går ut på at møtet skal finne sted innen 24 timer etter henvendelsen til behandlingsapparatet ved kriser. Dette fordi psykotiske pasienter kan ta opp nye situasjoner som ikke er blitt snakket om tidligere under denne tilstanden. Dette er en tilstand som kan gå over i løpet av få dager og da blir det mest sannsynlig ikke tatt opp igjen av pasienten (Seikkula, 2000 og Seikkula, Arnkil 2007).

Det andre prinsippet er "Å ta hensyn til det sosiale nettverket". Hvis det er observert en endring i oppførselen til pasienten som pårørende eller andre ser på som et problem, skal det tas opp i møtet. Alle deltakerne skal få sagt sitt i diskusjonen og alles meninger skal tas hensyn til og hvem kan best hjelpe i situasjonen (Seikkula og Arnkil 2007). Det tredje prinsippet er "Fleksibilitet og bevegelighet". Dette handler om at møtenes hyppighet og

varighet må tilpasses pasientens behov ettersom han er i en psykotisk tilstand eller ikke. Hvor møtene holdes har også noe og si. Det viktigste er at møtene holdes i omgivelser der deltakerne føler seg trygge (ibid).

Det fjerde prinsippet er ”Ansvar”. Den som er blitt kontaktet først har ansvar for å samle andre fagfolk til et nettverksmøte. Fra dette tidspunktet har alle i det profesjonelle nettverket ansvar for behandlingen (Seikkula 2000). Disse har da også ansvar for den videre behandlingen og å kartlegge pasientens behov (ibid).

Det femte prinsippet er ”Kontinuitet”. Kontinuitet går ut på å ha personer fra de fleste sektorer slik at pasienten ser kjente fjes om for eksempel sykehusinnleggelse skulle bli aktuelt (Seikkula 2000). Det sjette prinsippet er ”Å holde ut usikkerheten”. Det er viktig å skape trygge rammer for både pasient og pårørende slik at de klarer å gjennomføre behandlingen selv i en psykotisk krise (Seikkula, 2000). Det sjuende prinsippet er ”Dialogisme”. Behandlingen handler om å skape dialog mellom pasient og pårørende hvor det er behandlerens oppgave å få i gang denne samtalen (Seikkula, 2000).

I nettverksmøtet er det åpne samtaler som er i fokus, og dette åpner for alle slags problemer og alle typer pasienter (Seikkula 2000). Under møtene gir de forskjellige historiene terapeutene mulighet til å forstå hva som skjer og gi støtte og behandling i forhold til individuelle behov (ibid). Denne måten å jobbe sammen med pasienten og deres pårørende på øker sannsynligheten for å nå mål innen selvhjulpne prosesser og å forbedre livskvaliteten (ibid). Mer kunnskap om hvordan håndtere vanskelige situasjoner reduserer problemer og hindrer behovet for hospitalisering. Dette kan også føre til at pasienten og pårørende søker hjelp på et tidligere tidspunkt enn før (ibid). Nettverksmøtet har en bred agenda, fra håndtering av konflikter, kriser i forbindelse med selvmord eller de stadige utfordringene ved psykiske lidelser (Andreassen, 2004). Nettverksmøtet er fagpersonenes svar på en helhetlig behandling (ibid). Ved å bruke nettverksmøtet som en måte å jobbe på vil det legge til rette for pasientens medvirkning, medansvar og at kompetanse kan utveksles (ibid).

4.4 Motiverende samtaler

Motivasjonsbasert behandling går ut på at pasientens egne ønsker om å endre sin adferd står i sentrum. Dette for å unngå konflikter og gjøre behandlingsresultatene best mulige gjennom samarbeid (Mueser 2006).

Motiverende samtaler blir brukt overfor pasienter med dobbeltdiagnoser. (Regionalt kompetansesenter for dobbeltdiagnose rus og psykiatri 2011, under overskriften “Slik kan pasienten motiveres”). Gunhild Bagøien, psykiater og stipendiat ved St. Olavs hospital, sier i et intervju at hensikten med motiverende samtaler er at det skal skje en endring ut fra pasientens egne behov og ønsker. Det er viktig at det ikke foregår overtalelse og konfrontasjon fra terapeuten sin side. Det er pasienten som bestemmer hva som skal tas opp i samtalen, og den skal selv argumentere for hva som bør endres og hvordan det bør skje ved å fortelle hvor han/hun er, og hvor han/hun vil. Sykepleierens rolle er å lytte aktivt til pasientens argumenter for endring og invitere den til å utdype disse (ibid).

Motiverende samtaler er basert på et sett med teknikker, - stille åpne spørsmål, oppmuntre pasienten til å snakke om grunner til endring, og skape refleksjoner hos pasienten som kan gi endringer, invitere til samarbeid, og ha fokus på pasientens situasjon. For å skape tillit og et trygt klima for pasienten er det viktig at sykepleieren opptrer empatisk, bekreftende og respektfullt, samt gi støtte, håp og oppmuntring (Regionalt kompetansesenter for dobbeltdiagnose rus og psykiatri 2011, under overskriften “Slik kan pasienten motiveres”).

4.5 Integrert behandling

I artikkelen til Edward (2009) skriver hun at verken psykiatrisk behandling eller rusbehandlingssentre kan gi noen fullkommen behandling til pasienter med dobbeltdiagnose.

”En integrering av tjenestetilbudet er behandlingens organisasjonelle dimensjon. Det må tilbys samtidig behandling av den psykiske lidelsen og ruslidelsen av de samme behandlerne i den samme organisasjonen, for å forhindre hull i tjenesteleveransen og sikre at begge lidelsene behandles effektivt” (Mueser 2006, s.38).

I mange år har det vært et klart skille mellom behandlingen av psykiatriske pasienter og rusavhengige (Mueser, 2006). Integrert behandling kan eliminere mange av problemene som oppstår ved sekvensielle og parallelle tilnærminger (Ibid). Det beste for pasientene er en behandling som er ”basert på felles vurderinger og avgjørelser og inneholder følgende sentrale komponenter: allsidighet, aktivt oppsøkende virksomhet, redusering av negative konsekvenser, langsiktig perspektiv, motivasjonsbasert behandling og tilgang til en rekke psykoterapeutiske behandlingsmetoder” (Mueser 2006, s38). Allsidighet går ut på behandlingens omfang, det skal ikke kun dreie seg om rusmisbruket. Pasienter med dobbeltdiagnose har også andre funksjonsområder som blir utsatt, som for eksempel boligsituasjon, jobb, håndtering av den psykiske lidelsen og ivareta familie/sosiale relasjoner. Aktivt oppsøkende virksomhet innebærer at behandleren oppsøker pasienten og ikke venter på at pasienten skal oppsøke hjelp. Reduksjon av negative konsekvenser betyr at behandlerne skal prøve å minimere skadeeffekten dobbeltdiagnosen har for pasienten, uten fordømmende holdninger og overføre personlige verdier på pasienten. Langsiktig perspektiv betyr at pasienten ikke har noe tidsrom å bli bra på, men at hver enkelt pasient er i behandling så lenge han/hun har behov for det. Psykoterapeutiske metoder sikrer pasienter med dobbeltdiagnose psykologisk behandling i så mange varianter det kreves (Mueser 2006).

5 Drøfting

5.1 Nettverksmøte som en del av behandlingen

For å gi en fullkommen behandling til pasienter med dobbeltdiagnose er det flere faktorer som må være tilstede. Mange av faktorene finner vi i nettverksmøte. Denne behandlingen har fokus på å behandle den psykiske lidelsen og rusproblemet samtidig og av samme behandler. I forhold til vår pasient Anne, ser vi at det er mer enn ett problem å ta tak i. Dobbeldiagnosen har resultert i problemer med familie, venner, jobb og skole. Hun har vært involvert i et ruspreget miljø i over 10 år og det kan være vanskelig å komme ut av dette på egenhånd.

Et spørsmål vi kan stille oss er om nettverksmøte kan gi den behandlingen Anne trenger for å bli bra? Det høres enkelt ut at ved hjelp av møter med fagpersoner og familie/venner, skal man kunne bli frisk igjen. Slik vi ofte kjenner det, er det som regel en medisinsk behandling som skal til. Hva er det som gjør nettverksmøte til et godt supplement i behandlingen av dobbeltdiagnosepasienten?

Hvis vi ser tilbake på teoridelen har det tidligere vært vanlig å behandle de to lidelsene hver for seg. Og dette ga ikke de resultatene man var ute etter. Hva kommer dette av? Kan det være fordi den ene lidelsen styrer den andre? Hvis man har angst, som i Annes tilfelle, kan det gjøre til at man bruker rusmidler for å dempe angsten? Eller kan det være at angsten kommer av rusmidlene? Det vet vi ikke, men det kan jo være en tilnæringsmåte for å forklare at man vil behandle lidelsene samtidig.

Nettverk er vel noe alle har? Vi tar kanskje det nettverket vi har for gitt, men hva om man en dag skulle miste kontakten med venner og familie? Hva hadde man da hatt igjen? Meningen med nettverksmøter er at man skal bruke de resursene et nettverk kan gi, både det profesjonelle - og det sosiale.

Seikkula skriver at nettverksbygging kan fungere like godt uten nettverksmøter. Man kan ha individuelle samtaler og likevel snakke om andre som ikke er tilstede. Mens Andreassen skriver at det er viktig at pasienten har de personene som betyr mest for han/henne når man setter sammen et nettverksmøte. De kan komme med viktig informasjon som pasienten selv ikke kommer med og som fagpersoner ikke kan vite. Men hva om familie og venner ikke vil ha noe med pasienten å gjøre? I Annes tilfelle har hun foreldre og to søsken som ikke har gitt henne opp enda. Selv om de begynner å bli lei lyvingen og utnytingen Anne driver med, har de fortsatt tro på at nettverksmøtene kan fungere som behandlingsmetode.

I nettverksmøtet er det åpne samtaler som står i fokus, hvor det er åpent for alle slags temaer. Men kan ikke dette virke negativt på pasienten? Hva hvis Anne blir konfrontert med et problem andre har med henne? Med tanke på hennes angst og depresjon kan det være at hun vil dempe den angsten med rusmidler. På en annen side kan vi se at det kan være nyttig i forhold til det å komme nærmere hverandre og knytte sterkere bånd. Dette kan hjelpe Anne til å bli mer selvhjulpne og ikke ty til rusmidler ved vanskelige situasjoner. Dette stiller da et krav til at hun selv vil bli bedre. Seikkula sier at denne måten å jobbe sammen med pasienter og pårørende øker sannsynligheten for å nå mål innen selvhjulpne prosesser og å forbedre livskvaliteten. Og det kan være at Anne, foreldre og søsken ber om hjelp på et tidligere tidspunkt om hun skulle sprekke igjen, fordi de kjenner hverandre bedre og kan se symptomene på misbruk/angst tidligere.

Hvis Anne er i en psykose er det viktig at nettverket samles og har et møte innen 24 timer. Men er Anne i stand til dette hvis hun er i psykose og trenger hjelp? Hvem skal oppdage den psykotiske tilstanden? Er det de som er i det sosiale nettverket som skal oppdage dette? Vi kan tenke oss at det er de som oppdager det fordi det er de pasienten har mest kontakt med, og hvis for eksempel pasienten ikke kontakter pårørende kan det være et tegn på at noe er galt. Møtene skal holde sted en plass som føles trygg for deltakerne. På denne måten blir det kanskje lettere å åpne seg for hverandre ved at de kjenner seg igjen og føler seg trygge på omgivelsene. Den som har ansvar for å samle sammen det profesjonelle nettverket er den som først blir kontaktet. På denne måten blir det ikke bare lagt på pulten til en som har hovedansvar, men den som blir kontaktet tar ansvar med en gang. Det skal også være kontinuitet i disse møtene. De samme fagpersonene skal være involvert og de skal komme fra

flere sektorer, slik at pasienten kan føle seg trygg hvis han/hun eventuelt ble innlagt på sykehus. Det å skape trygge rammer for pasienten og pårørende er viktig og dette er en måte å gjøre det på. I nettverksmøte skal det skapes dialog mellom pasient og pårørende, det er behandlerens oppgave å få i gang denne samtalen. Det kan også være gunstig at det er behandler som gjør dette. Det er ikke sikkert det er lett for pårørende å komme inn på et tema som kan omhandle negative og vanskelige ting om pasienten.

Motiverende samtaler går ut på at man tar utgangspunkt i hva pasienten ønsker og ikke hva det profesjonelle – og sosiale nettverket ønsker. Da er det igjen lagt opp til at pasienten selv ønske å bli bedre. Ut i fra Martinsens omsorgsteori er svak paternalisme en tilnærming som fungerer. Man presser ikke pasienten, det har ingen hensikt. Man veileder pasienten og hører hva hun vil og hva hun er motivert for. Dermed blir pasientens selvbestemmelsesrett ivaretatt. Dette er viktig med tanke på at det pasienten skal gjennom må være oppnåelig og gjennomførbart.

Integrert behandling er samtidig behandling av samme behandlere. Tidligere benyttet de parallell og sekvensiell behandling. De negative sidene ved sekvensiell behandling var at pasientene ble ”kastet” mellom hvert behandlingssystem. De fikk ikke den behandlingen de trengte, for hver institusjon kunne si at pasientene måtte bli bra fra den ene lidelsen før de kunne behandle den andre. Ved parallell behandling skulle i utgangspunktet pasientene bli behandlet samtidig. Når det ikke ble brukt samme behandler, førte det til ustabilitet i behandlingen og den falt igjennom på grunn av mangel på samarbeid i institusjonen. Dette er et argument for at integrert behandling kan være løsningen.

Det er visse komponenter de går ut fra i integrert behandling. Et spørsmål vi kan stille er om dette er aktuelt i Annes situasjon. Allsidighet er en grunnleggende komponent, hvor man ikke bare tenker på dobbeltdiagnosen i behandlingen, men det har et større omfang som dreier seg om boligsituasjon, jobb, skole og så videre. Dette er veldig aktuelt i Annes situasjon ettersom hun er på bedringens vei. Det er kanskje det hun trenger mest, å få en ”ny” sjanse til å etablere seg. Med aktivt oppsøkende virksomhet kan det være at Anne føler seg tryggere og ivaretatt ved at sykepleieren oppsøker henne. Ved ikke å påføre egne holdninger om rusavhengighet

kan det hjelpe å minske skadeeffekten, siden det kan føles stigmatiserende å ha denne diagnosen. Det kan være at Anne kanskje vil sykeliggjøre seg selv mer etter hun får diagnosen. Det er da viktig å minimere skadeeffekten og få pasienten til å ha egne holdninger til det å være syk og kanskje ikke fokusere så mye på nettopp dette. Hun vil heller ikke ha noe tidspress på seg til å bli bra igjen. Dobbeltdiagnosepasienter er ikke like. De er individuelle personer akkurat som meg og deg. Det nytter ikke å behandle dem likt, men hver og en har egne behov og egne tidsrammer. Hva om dette kan gjøre at Anne ikke ser noen ende i behandlingen, og det kan kanskje virke negativt. På en annen side, ser vi at det kan virke betryggende at man ikke blir ”gitt opp” selv om man ikke blir bra på kort tid. Det tas også i bruk psykologisk behandling i så mange varianter det kreves. Man har ikke en fast metode å forholde seg til. Igjen kommer det frem at dette er et individuelt løp som må tilpasses hver enkelt.

5.2 Sykepleieren i nettverksmøte

Da nettverksmøtet er et tverrfaglig samspill mellom forskjellige fagpersoner, er ansvarsfordeling og godt samarbeid viktig. Sykepleieren kan i mange situasjoner være initiativtakeren til å få satt i gang et nettverksmøte for en pasient. I vår pasientsituasjon jobber sykepleieren på en institusjon og Anne får tilbudt nettverksmøtet som et ledd i det å komme i kontakt med menneskene rundt seg igjen. Hun er i utskrivelsesfasen og et personlig nettverk vil være viktig for henne, spesielt den første tiden etter utskrivelsen fra institusjonen. Sykepleieren vil da finne seg i en svært sentral posisjon både for møtet og som en kontaktperson for pasienten.

Sykepleieren har ansvar for å ”kartlegge” pasienten, finne ut hvilke problemer de har å jobbe med, samt å finne ut hvor motivert pasienten er for behandling. Hvor dypt inne i avhengigheten er Anne og hvor psykisk syk er hun? Har hun vært inne i et behandlingsprogram før? Hvordan gikk det? Hva gjør denne gangen annerledes enn forrige gang hun fikk hjelp? Det er mange spørsmål å stille for å få en god oversikt over pasientens situasjon, og det er viktig med en god oversikt for å kunne tilpasse behandlingen best mulig. For å kunne kartlegge pasienten, er tillit et nøkkelord. Betrygge pasienten om loven om

taushetsplikt, være aktivt lyttende og ikke for pågående med spørsmål kan være en god start. Siden Anne har vært og fortsatt er under behandling er ikke denne kartleggingen så aktuell, da sykepleier antakeligvis kjenner til henne og hennes situasjon fra før. Anne vil også mest sannsynlig kjenne til det profesjonelle nettverket sitt gjennom behandlingen. Gjennom nettverksmøtet kan de fokusere mer på fremtiden, fremtidsplaner og hvor Anne vil ende opp etter endt behandling. De kan fokusere på å skape de nødvendige relasjonene som skal til for at hun skal klare seg på egenhånd og for at hun ikke skal havne tilbake i feil miljø.

Etter individuell samtale med Anne er neste steg å invitere de andre deltakerne. Dette inkluderer familie og venner Anne vil ha med, det er hun som styrer hvem som er aktuelle å ta med. Ved å bruke nettverksmøte som en del av kartleggingen kan ulike versjoner av fortid og nåtid komme fram, både fra Anne selv og hennes nærmeste. Gjennom denne prosessen er det viktig å ta vare på pasientens interesser og sette de i fokus. Det er pasienten som bestemmer. Mange har det inntrykket at når man har med rusavhengige å gjøre er det kun sterk autoritet og klare grenser som hjelper. Dette tørr vi si oss uenige i. Vi mener at som sykepleiere må vi finne en gylden middelvei med klare regler og konsekvenser, men at vår fremtreden skaper tillit og trygghet. For oss sykepleiere er det alltid pasienten i fokus og som Martinsen sier, omsorgen vi gir er basert på generalisert gjensidighet med svak paternalisme. Det er viktig å få god kontakt med Anne slik at de får mest mulig ut av møtene. Relasjonsbygging er sentralt i oppstarten av nettverksmøtene. Når man skal bygge en relasjon er det kanskje ikke mest gunstig å ha alle deltakerne tilstede fra begynnelsen. Pasienten kan føle seg veldig hjelpeløs og nede, og da å ha masse mennesker rundt seg for så å skulle brette ut livet sitt er ikke lett. Det kan da være sykepleierens oppgave er å oppfatte dette og om mulig lage en annen setting for pasienten å åpne seg i. For at et nettverk skal bygges trenger ikke et helt møte være tilstede, i begynnelsen er det kanskje enklere med individuelle samtaler. Pasienten kan ha regelmessig avtale om en individuell samtale med for eksempel sykepleier. I forhold til Anne kan dette være lurt å ha, slik at de kan forberede nettverksmøtet sammen. De kan bli enige om noen temaer eller problemer Anne vil ta opp. Sykepleieren må hele tiden være bevisst på at det er Anne som er hovedpersonen og at hennes følelser og tanker blir hørt. Hun må få anledning til å medvirke, slik at selvbestemmelsesretten blir ivaretatt. Dette kan hjelpe Anne gjennom møtene uten at hun trenger å grue seg og bli nervøs, siden hun er plaget med angst.

Gjennom møtene er det å ha fokus på åpne og motiverende samtaler sentralt. Som leder eller deltaker i nettverksmøtets profesjonelle del er det ikke sykepleierens rolle å konfrontere pasienten med hennes problemer. Det er Anne som må ta initiativ til hva som skal snakkes om. Hva som helst kan tas opp og dette kan ta av noe av presset Anne kan føle ved å sitte i disse møtene. Hun blir ikke presset til å snakke om noe hun ikke vil, men hun kan styre samtalen og føre den dit hun føler for den dagen. Sykepleierens oppgave i samtalen er å støtte oppunder det Anne kommer med av tanker og følelser og motivere til endring uten å prøve å overtale eller bestemme noe, samt det å være en god lytter. Samarbeid med pasienten er viktig samt det å unngå konflikter. At det oppstår konflikter kan fort føre til avbrytelse av behandlingen noe som er svært uheldig. Som sykepleier og møteleder må være bevisst på at konflikter faktisk kan oppstå. Hvordan vil man håndtere det? Skal man gå inn å rydde opp? Skal man være avventende og se om de gjør konflikthåndteringen selv? Møtelederen skal løse det på en måte at gode prosesser kan utvikles. Vi tror at essensen i konfliktløsning er at alle som er innblandet får en felles forståelse av hva konflikten består av. Deretter må alle få muligheten til si sin mening uten å bli avbrutt. Er det mulig å komme til enighet? Hvis ikke må sykepleieren få partene til å innse at det er en grunnleggende forskjell når det gjelder den konkrete problemstillingen, og man må akseptere de individuelle meningene om saken.

Vi mener Anne trenger noen ”sikre momenter” i livet sitt, noen å stole på, noen hun kan åpne seg for og snakke med om alt. Dette kan sykepleieren og nettverksmøtet være for henne inntil forhold til familie og venner er bygd opp igjen og nettverksmøtet ikke lenger er nødvendig. I tillegg til å gi støtte og trygghet til Anne under møtene, er det sykepleiers ansvar å føre samtalen videre hvis det stopper opp. Det å være forberedt kan da være lurt, ha noen notater fra de individuelle møtene, slik at man kan få i gang samtalen igjen og kanskje komme over på nye temaer hvis utviklingen av forrige tema stagnerer. Så kan denne tråden tas opp igjen senere.

Sykepleieres oppgave er også å se til at både den psykiatriske- og den rusrelaterte diagnosen blir behandlet sammen. Hvis det da er sykepleieren som kaller inn fagfolk til møte, må hun passe på at begge fagfelt blir dekket slik at pasientens beste med integrert behandling er i fokus.

Sykepleieren kan ikke ordne opp i Annes problemer, men hun kan være en god støttespiller. Orems teori sier noe om at de handlinger mennesker gjør for å ha kontroll, utvikling og regulering av eget liv og egen helse og omsorg, sier noe om hvor godt vi klarer å ta vare på oss selv. Når det er misforhold i disse kravene trenger pasienten sykepleie, men det er allikevel pasienten som må ta ansvar og tak i egne handlinger og problemer. Sykepleier kan veilede og rettlede, men pasienten må selv dra lasset. Dette ser vi på som aktuelt for Anne, siden hun trenger veiledningen, men vi ser henne som motivert for å få bukt med sine problemer på dette tidspunktet.

Sykepleieren må være oppmerksom på ikke å bli for personlig involvert i pasienten. Man må se til å skille mellom jobb og fritid, da dette kan være et problem på mindre tettsteder der ”alle kjenner alle”. Det er viktig å holde forholdet på et profesjonelt nivå, samtidig som at pasienten skal føle seg trygg og ivaretatt. Rusavhengige kan være på den måten at når de finner noen de stoler på, som vel og merke ikke er mange, så klamrer de seg ofte fast til denne personen. De er veldig mistenksomme og har veldig vanskelig for å stole på folk, siden de ofte er fra et miljø der man ikke kan stole på noen.

5.3 Dobbeltdiagnosepasienten i nettverksmøte

Anne betegnes som den “sårbare” dobbeltdiagnosepasienten med samtidig amfetaminavhengighet, angst og depresjon. Hva kan man forvente av en som er kritikkløs i tillegg til konsentrasjonsvansker, paranoide forestillinger og depressive tanker? Et spørsmål man kan stille seg er om det er noen vits? Anne har vært rusavhengig i fem år, men startet og utforske allerede ti år tidligere. Kroppen hennes er i total ubalanse. Hun er underernært, har dårlig tannstatus og mulige kjønnsykdommer. Det sosiale livet hennes henger også i en tynn tråd. Familien hennes er slitne og uttrykker at de snart ikke orker flere skuffelser. Hvor starter man, hva tar man tak i først og hvordan skal man ta tak i det? I følge Kari Martinsen skal man gi omsorg og omtanke til pasienten uten å forvente noe tilbake. Man skal basere omsorgen på generalisert gjensidighet. Kanskje man ikke skal forvente noe av Anne, men gi henne den omsorgen hun trenger for å motivere henne til å bli bra. Man skal heller ikke dømme

pasienten sier Martinsen, men heller prøve å sette seg inn i dens situasjon og tenke over hvordan man selv ville blitt behandlet. Dorothea Orem sier at sykepleieren må utføre konkrete handlinger med mål om å oppnå realistisk egenomsorg. Da må man kanskje begynne med å konfrontere Anne med problemene hun har.

Det vi ser som det viktigste for pasienten i nettverksmøtet er å kunne stole på menneskene rundt seg. På den måten vil det antakeligvis være enklere å fortelle sin historie og å motta hjelp. For å se dette fra Annes ståsted kan denne settingen virke litt truende. Så mange samlet sammen for å snakke om og med henne. Man kan føle seg veldig liten i en sånn situasjon og da er det heller ikke så lett å åpne seg. Det er som sagt pasienten som bestemmer hvem som skal være med i nettverksmøtet av dem han/hun mener er sine nærmeste. I tillegg til dette er nettverksmøtene helt frivillige og pasienten kan velge å avbryte når som helst. Dette kan for vår pasient Anne være passende, det kan ta av noe av presset med å stille på møtene ved at hun vet det ikke er tvang. Det å ha vært gjennom et behandlingsprogram og hatt individuelle samtaler kan ha styrket Anne slik at hun på dette tidspunktet har styrken til å fullføre nettverksmøtene.

For at nettverksmøtet skal fungere må pasienten være motivert for behandling. Slik vi ser det er Anne nå kommet til et punkt der nok er nok, og hun ser selv det er nødvendig med noen tiltak for å bedre sin situasjon. Siden hun har prøvd flere behandlingsmetoder er det nå på tide med noe hun kan klare å bli bedre av. Vi mener da nettverksmøtet er verdt å prøve siden dette er en metode der pasienten styrer mye, i tillegg til den brede kompetansen som er tilgjengelig på fagområdet psykiatri og rus.

Det er ikke bare pasienten som bør være motivert, men også pårørende. Pårørende er med for å støtte og hjelpe i behandlingen og da er det viktig at de kommer inn med riktig innstilling de også. Slik vi ser det, er Annes foreldre og søsken frustrerte over situasjonen og vil gjerne hjelpe henne ut at den. Deres motivasjon er derfor mest trolig på topp for å gjøre en innsats,

slik at Anne kan bli bedre av sine lidelser. Dette med å dra inn pårørende så mye i behandlingen kan både ha en positiv og en negativ virkning.

Det har en positiv virkning på den måten at pasienten har mulighet til å ”gjøre opp” med de nærmeste. De kan komme hverandre nærmere og gjennom samtalen kan de lære å forstå hverandre bedre slik at forholdet styrkes. Som Martinsen sier i sin teori, omsorgsarbeid er sammensatt av flere aspekter. Sykepleierens evne til å sette seg inn i pasientens situasjon er en av dem. Sykepleieren kan da kjenne på hva hun føler hun ville gjort og hvem hun ville tatt opp kontakten med gjennom Annes situasjon. På den måten kan hennes veiledning til Anne være mer virkelig. Vi ser på dette som aktuelt for Anne og at utfallet av behandlingen blir igjen å ha god kontakt med sine nærmeste. I Orems teori står det også noe om at å skape følelsesmessige bånd, kjærlighet og vennskap uten å utnytte andres individualitet, integritet og rettigheter. Anne har manipulert og lurt familien sin over lengre tid og det å bygge opp igjen et tillitsfullt forhold er absolutt aktuelt. Dette er også i følge Orem et av egenomsorgsbehovene som bør oppfylles for å klare å ta vare på egen omsorg. Det er antakeligvis en lang vei å gå før foreldre og søsken kan stole fullt på Anne igjen, men at de gjennom samtaler i nettverksmøtet kan komme i gang med prosessen har vi tro på. De får også muligheten til å bli kjent på nytt, de har antakeligvis forandret seg noe begge parter og det å lære hverandre å kjenne på nytt er viktig for prosessen. Dette gjelder ikke bare for foreldrene, men også for søsken, venner, arbeidskollegaer og andre slektninger som tanter, onkler, besteforeldre og så videre. I tillegg til å komme i kontakt med familie og venner igjen er det en mulighet til en ny start. Hun kan få hjelp til å skaffe seg et nytt sted å bo, komme i kontakt med gammel eller eventuelt en ny arbeidsgiver og bygge et helt nytt nettverk uten enkle kanaler til narkotika. Orem skriver også om et annet behov som sier at det å opprettholde kvaliteten og balansen mellom det å være alene og å ha sosial kontakt, er viktig for å skape selvstendighet og sosial tilhørighet. For mange er ofte løsningen å flytte langt vekk fra hjemstedet, men er det egentlig det rette å gjøre? For Anne ser vi ikke helt nødvendigheten med dette, det er mulig å komme ut av gammelt miljø uten å flytte. Dette kan gjøres gjennom å skifte kontaktnettverk og være bevisst når man får seg nye bekjentskaper.

Det som kan slå negativt ut med denne behandlingsmetoden, er at det kan skapes konflikter mellom pasient og pårørende. Pårørende kan bli for pågående mot Anne i vårt eksempel, de vil for mye for fort. De kan være kritiske og konfronterende og dette kan oppfattes feil, noe som vil vanskeliggjøre samtalen og fremdriften i møtet. Martinsen sier noe om at for å forstå hverandre, må man ha noe til felles som normer, regler, behov og virksomheter. På dette tidspunktet har ikke Anne og hennes pårørende nok til felles slik at det er lett å forstå hverandre. Derfor kan det oppstå opphetet stemningen av den grunn at de ikke klarer å sette seg inn i hverandres situasjon. Et annet negativt moment kan være at det blir for stort fokus på det negative. Ikke bare av andre deltakere i møtet, men at Anne kan få et negativt syn på sin egen situasjon. Det kan være en mulighet at hun reagerer på at det er så mange deltakere, men at det bare er hun som er syk. Det er ikke sikkert selvtilliten er på topp og da er det lett å sitte å rakke ned på seg selv også, spesielt når hun vet at det er hun som har problemene de er samlet for. Alt som er negativt skal belyses og jobbes med, og det er greit nok, men i det lengre løp vil dette mest sannsynlig bryte Anne mer ned. Hun kan da sitte igjen med en følelse av mindreverd og motivasjonen vil trolig synke betraktelig. Dette kan igjen føre til avbrytelse av behandling, kontakten med familien blir på nytt brutt og det er lett for Anne å havne tilbake i gammelt mønster.

For Anne er det kun en ting som teller på dette tidspunktet, og det er å finne meningen, given og motivasjonen til å fullføre behandlingen og starte sitt nye rusfrie liv.

6 Konklusjon

Sykepleieren kan bruke nettverksmøte til å motivere pasienten til å ta tak i egen situasjon gjennom å bygge opp et nytt nettverk, samt å reparere familiære forhold. Kanskje tanker og følelser som har vært godt gjemt kommer frem i lyset. Forventninger som før har vært sviktet, men som nå alle jobber sammen for å oppfylle. Deltakerne i møte er både pasienten selv og pårørende, samt en sykepleier som er talestyrer. Alle har et felles mål- pasienten skal kunne bo i egen leilighet, få seg en utdanning/jobb og etter hvert etablere seg. Gjennom Kari Martinsens og Dorothea Orems sykepleieteorier vil vi som sykepleiere kunne veilede pasienten tilbake til et selvstendig liv uten rus. Nettverksmøte kan være med på å skape tilhørighet ved å styrke båndet til det sosiale nettverket. Integrert behandling, motiverende samtaler og åpne samtaler er det som blir brukt i nettverksmøtet, for å skape en helhetlig behandling. I tillegg til at det hele skal foregå i trygge omgivelser. Gjennom disse faktorene kan sykepleieren benytte nettverksmøte som en del av behandlingen av dobbeltdiagnosepasienten.

7 Etterord

På veien mot et ferdig resultat har vi møtt på både store og små utfordringer. Først og fremst var det å finne relevant og nok stoff vi kunne støtte oss til utfordrende. Dette har vært et litteraturstudium, hvor vår kunnskap er hentet i bøker og artikler. For å finne frem i litteraturen har vi gjennomført søk i forskjellige databaser. Med hjelp fra en bibliotekar og egen erfaring har søkeprosessen gått bra. Vi ser i ettertid at det finnes annen litteratur vi kunne benyttet oss av. Dette kunne ført til et annet utfall av oppgaven. På grunn av tidsbegrensningen på oppgaven har vi heller ikke hatt tid til å se gjennom all aktuell litteratur.

Underveis under skriveprosessen har vi benyttet oss av veiledning og hatt faglige diskusjoner med sykepleiere og andre fagpersoner. Vi sitter igjen med mye nyttig kunnskap etter å ha skrevet denne oppgaven som vi helt sikkert kan dra nytte av senere i arbeidslivet, uansett hvilken retning vi velger.

Samarbeidet i gruppa har fungert godt hele veien. Vi har forskjellige styrker og svakheter, men alle har fått blomstre i løpet av denne perioden. Vi ser med dette viktigheten av godt samarbeid i en sykepleiers hverdag. Ved å fordele arbeidsoppgaver oss imellom og veilede hverandre på det som hver enkelt har hatt som en utfordring, har gjort oss bedre rustet til å møte en travel hverdag i jobbsammenheng.

Vi har fått bekreftet hvor viktig nettverket er for mennesket og hvor viktig det er med støtte fra de nærmeste. Vi vil derfor avslutte med å si:

”Hvis jeg aksepterer deg som du er, vil jeg gjøre deg verre.

Hvis jeg behandler deg slik du har muligheter til å være,

ville jeg hjelpe deg til å komme dit.”

Johann Wolfgang von Goethe.

8 Litteraturliste

*Andreassen, Reidar (2004) nettverksmøter – en arena for lokalt basert psykisk helsearbeid. I: *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Vol.1 – Nr.2. s.26-35

Brinchmann, Berit Støre (2008) *Etikk i sykepleien* 2. utgave. Oslo: Gyldendal forlag.

*Bagøien, Gunhild (2011). Slik kan pasienten motiveres [online]. URL:
http://www.dobbeltdiagnose.no/index.php/startside/Slik_kan_pasienten_motiveres (7.4.2011)

Dalland, Olav (2000) *Metode for oppgaveskriving for studenter*. 3. utgave.
Oslo: Gyldendal forlag.

*Edward, Karen-Leigh, Ian Munro (2009) Nursing considerations for dual diagnosis in mental health. I: *International Journal of Nursing Practice*; 15: s.74-79.

*Evjen, Reidun, Knut Boe Kielland og Tone Øiern (2009) *Dobbelt opp*. 2.utgave. Oslo: Universitetsforlaget. s. 29-50, 85.

Hallandvik, J.E (2002) *Helsetjeneste og helsepolitikk*. 3.utgave. Oslo: Gyldendal akademiske.

*Hånes, Hanne, Bente Thorsen (2003) Legemidler i behandlingen av rusmiddelavhengighet I: *Rus og psykisk helse*. Oslo: Rådet for psykisk helse.s.1-30

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

Kristoffersen, N.J, Nortvedt, F og Skaug E-A (2005) *Grunnleggende sykepleie*. B.4. 1.utgave. Oslo: Gyldendal forlag.

*Martinsen, Kari (2003) *Omsorg, sykepleie og medisin*. 2.utgave. Otta: Universitetsforlaget

*Moe, Trine, Tor Ødegård (2010) *Sammen er vi dynamitt: om kunnskapsutvikling i nettverk*. Mastergradsoppgave, Handelshøgskolen i København.

*Mueser, Kim.T, Dougl L.Noordsy, Robert E. Drake, Lindy Fox (2006) *Integrert behandling av rusproblemer og psykiske lidelse*. Oslo: Universitetsforlaget

*Seikkula Jaakko, Tom Erik Arnkil (2007) *Nettverksdialoger*. Oslo: Universitetsforlaget.

*Seikkula Jaakko (2000) *Åpne samtaler*. Otta: Tano Ascheoug.

Slettebø Åshild (2009) *Sykepleie og etikk*. 5.utgave. Oslo: Gyldendal akademisk

*Tomey, Ann Marriner, Martha Raile Alligood (2011). *Sygepleieteoretikere – Bidrag og betydning for moderne sygepleje*. 1.utgave. København: Munksgaard Danmark.

*Vaaland, Tor Øystein (2007) *Brev til en minister*. 1. utgave. Oslo: Gyldendal Forlag.

*Øverås, Siv og Anders B. Fyhn (2006) *Fra døråpner til alibi?* 1.utgave. Oslo: Fafo informasjonsavdeling.