

Kristin Sedal Moe

Hege Skaugerud

SPL 3903 Bachelor i sykepleie

Terapeutisk allianse mellom sykepleier og
dobbeltdiagnose pasienter

Bacheloroppgave i BSPLH18

Veileder: Ingunn Ulvestad

Mai 2021

Kristin Sedal Moe

Hege Skaugerud

SPL 3903 Bachelor i sykepleie

Terapeutisk allianse mellom sykepleier og dobbelt
diagnose pasienter

Bacheloroppgave i BSPLH18
Veileder: Ingunn Ulvestad
Mai 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



Kunnskap for en bedre verden

SAMMENDRAG

<u>Tittel:</u>	Bacheloroppgave i sykepleie, om sosial angst og alkoholmisbruk.	<u>Dato:</u> 22.03.2021-21.05.2021
<u>Forfattere:</u>	Kristin Sedal Moe Hege Skaugerud	
<u>Veileder(e):</u>	Ingunn Ulvestad	
<u>Stikkord/nøkkelord:</u>	Sykepleie, sosial angst, alkoholmisbruk, terapeutisk relasjon, behandlingstilnærming	
<u>Antall sider/ord:</u> Antall ord: 10669 Antall sider: 41	<u>Antall vedlegg: 0</u>	

Kort beskrivelse av bacheloroppgaven

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier skape en god terapeutisk relasjon til pasienter med sosial angst og alkoholproblemer?

Teoretisk perspektiv: Det sykepleiefaglige perspektivet tar utgangspunkt i Joyce Travelbee sin sykepleieteori som omhandler det mellommenneskelige aspektet. Oppgaven har fokus på hvordan sykepleier skal kunne bygge en god terapeutisk relasjon til pasienter med sosial angst og alkoholmisbruk, samt hvilke egenskaper og kompetanse en sykepleier bør ha. Vi ønsker også å se på ulike behandlings tilnærminger til denne pasientgruppen.

Metode: Vår bacheloroppgave er en litteraturstudie. Det vil si at vi bruker litteratur og artikler som allerede eksisterer. Vi har brukt databasen PsychINFO for å innhente relevante forskningsartikler. Vi har tabeller som oppsummerer hovedpoengene i artiklene. Her belyses innholdet i artiklene, samt etiske overveielser. Vi har brukt pensum og annen relevant faglitteratur i oppgaven vår for å belyse temaet og for å drøfte emnet.

Drøfting: Vi drøfter en mulig sammenheng mellom sosial angst og alkoholbruk. Terapeutisk allianse og behandlingstilnærminger blir drøftet. Fokuset er på sykepleierens rolle i disse situasjonene, og hvordan sykepleier kan skape en god relasjon til pasienten. Faglitteratur og Travelbee sin sykepleieteori drøftes opp mot artiklene vi har funnet. Funn fra artiklene drøftes opp mot hverandre, og om det kan relateres til allerede kjent forskning.

Konklusjon: For å skape en god terapeutisk relasjon til pasienter med sosial angst og alkoholproblemer må pasienten være klar for endring. Pasientene må ifølge Travelbee møtes med empati og en forståelse om at selv om pasientene har vært gjennom erfaringer felles for alle individer, så vil hvert individ ha en unik erfaring av den fellesmenneskelige erfaringen.

Sykepleier må inneha visse egenskaper for å klare skape en god relasjon til pasienten. Egenskaper som ekthet, ærlighet, og bli møtt med en ikke-dømmende holdning blir vektlagt. Møtene mellom pasient og sykepleier må ha en gjensidig respekt fra begge parter for å klare skape grunnlaget for god terapeutisk allianse. På dette viset kan man både etablere og sørge for en effektiv og kontinuerlig behandling.

ABSTRACT

<u>Title:</u>	Bachelor thesis in nursing, on social anxiety and alcohol abuse.	<u>Date:</u> 22.03.21- 21.05.21
<u>Authors:</u>	Kristin Sedal Moe Hege Skaugerud	
<u>Supervisor</u>	Ingunn Ulvestad	
<u>Keywords:</u>	Nursing, social anxiety, alcohol abuse, therapeutic relationship, treatment approach	
<u>Number of pages/words:</u> words: 10669 Pages: 41	<u>Number of appendix:</u> 0	

Short description of the bachelor thesis:

Problem statement: How can a nurse create a good therapeutic relationship with patients with social anxiety and alcohol problems?

Theoretical perspective: The nursing professional perspective is based on Joyce Travelbee's nursing theory which deals with the interpersonal aspect. The thesis focuses on how a nurse should be able to build a good therapeutic relationship with patients with social anxiety and alcohol abuse, as well as what qualities and competence a nurse should have. We also want to look at different treatment approaches for this patient group.

Method: Our bachelor thesis is a literature study. That is, we use literature and articles that already exist. We have used the PsychINFO database to obtain relevant research articles. We have tables that summarize the main points of the articles. Here, the content of the articles, as well as ethical considerations, are highlighted. We have used the syllabus and other relevant literature in our thesis to shed light on the topic and to discuss the topic.

Discussion: We discuss a possible connection between social anxiety and alcohol use. Therapeutic alliance and treatment approaches are discussed. The focus is on the nurse's role in these situations, and how the nurse can create a good relationship with the patient. Non-fiction and Travelbee's nursing theory are discussed against the articles we have found. Findings from the articles are discussed against each other, and whether they can be related to already known research.

Conclusion: To create a good therapeutic relationship with patients with social anxiety and alcohol problems, the patient must be ready for change. According to Travelbee, patients must be met with empathy and an understanding that even though patients have been through experiences common to all individuals, each individual will have a unique experience of the common human experience. The nurse must have certain qualities to be able to create a good relationship with the patient. Attributes such as authenticity, honesty, and being met with a non-judgmental attitude are emphasized. The meetings between patient and nurse must have a mutual respect from both parties to create the basis for a good therapeutic alliance. In this way, one can both establish and ensure an effective and continuous treatment.

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	1
ABSTRACT	3
1.0 Innledning.....	6
1.1 Sykepleiefaglig relevans.....	6
1.2 Definisjon av begreper.....	7
2.0 Bakgrunn	9
2.1 Bakgrunn for valg av tema	9
2.2 Avgrensning og problemstilling	9
2.3 Oppgavens hensikt.....	10
2.4 Sosial angst	10
2.5 Alkoholbruk lidelse	11
2.6 ROP-pasienter.....	11
2.7 Joyce Travelbee	13
2.8 Terapeutiske møter	13
3.0 Metode.....	14
3.1 Søkemetode	14
3.2 Søkestrategi	15
3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	16
3.4 Kildekritikk.....	17
3.5 Resultat	18
3.6 Sammenfatning av resultatene/ artikkel analyse.....	26
3.7 Litteraturstudie	29
4.0 Diskusjon.....	30
4.1 Alkohol som mestringsstrategi for å dempe sosial angst	30
4.2 Terapeutisk allianse	32
4.3 Behandlingstilnærminger.....	35
5.0 konklusjon	38
Litteraturliste:	40

1.0 Innledning

Alle mennesker kjenner på følelser og det er en del av vår biologi. Genene våre er med på å gjøre oss robuste eller sårbare i ulike situasjoner (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2018). Hvordan våre følelser og tanker utvikler seg påvirkes av hvilke mennesker vi møter og hvordan vi forholder oss til dem. Det er ingen klar grense for når følelsene våre blir til en lidelse. Frykt gjør at vi er forsiktige i farefulle situasjoner, men når frykten mister sitt realistiske grunnlag så handler det om fobier (Skårderud, *et al.*, 2018). Fobier, som sosial fobi, er knyttet til den konkrete situasjonen. Angst er en uspesifikk form for frykt og varsler om psykisk fare. Det å slite med angst kan oppleves som frykt ved at man får hjertebank, pustebesvær og dødsangst. Panikken inntreffer, og man blir handlingslammet. Følelsen har blitt til en lidelse (Skårderud, *et al.*, 2018).

Det er holdepunkter i store epidemiologiske studier at angstlidelser rammer store deler av befolkningen. 33% av befolkningen har rapportert angst på et eller annet sted i livet, mens opptil 21 % rapporterer at de fyller kriteriene for en angstdiagnose i løpet av de siste 12 månedene. Når det kommer til livstidsprevalens er det størst forekomst av sosial fobi og spesifikk fobi (Skårderud, *et al.*, 2018). Tallene kan variere fra land til land, og sted til sted, men det kommer tydelig frem at svært mange mennesker sliter med angstlidelse (Skårderud, *et al.*, 2018). Rusmidler og bruk av disse er en kjent årsak til helseproblemer og kan komplisere helseproblemer ytterligere. Samtidig ser man at mennesker med rusproblemer ofte har andre psykiske lidelser, særlig angst og depresjon. Blandingsmisbruk er svært vanlig, men alkohol er lettest tilgjengelig og er derfor det som forårsaker mest sosiale og helsemessige problemer (Mais, *et al.*, 2009).

1.1 Sykepleiefaglig relevans

I dagens samfunn (Gammersvik, 2018) møter sykepleiere pasienter med både akutt og langvarig sykdom. Levealderen øker, og helseutfordringer blir mer komplekse. Behandling alene er ofte utilstrekkelig, og sykepleiere må hjelpe pasienter til å mestre å leve med en sykdom og å mestre konsekvensene av dette. Som sykepleier møter man et mangfold av pasienter uansett hvor i helsesektoren man jobber. Alle pasientene har ulike forutsetninger for hvordan de håndterer sykdom. En psykisk lidelse som sosial angst vil håndteres ulikt av hvert

enkelt individ og hvordan de mestrer å leve med sykdommen vil variere fra pasient til pasient. Som sykepleier bør man derfor kunne undervise og veilede pasienter, da det er en viktig sykepleierfunksjon (Gammersvik, 2018).

Helse handler ikke bare om sykdom (Gammersvik, 2018), men også fysisk, psykisk og sosialt velvære. For pasienter er det viktig å få hjelp i forhold til sykdommen, men også det å lære seg og mestre å leve med sykdommen. Å leve med sykdom, somatisk eller psykisk, påvirker livskvaliteten (Gammersvik, 2018). Som sykepleier er det derfor viktig å sette i gang målrettede tiltak, sånn at vedkommende kan oppleve mestring i forhold til egen helse. Formålet med tiltakene er at helseproblem reduseres, og at pasienten evner å mestre langvarige helseproblemer og konsekvensene av dette på en god måte (Tveiten, 2018).

Som sykepleier til pasienter med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse må sykepleier ivareta et sammenhengende tilbud til pasienten. Det må sikres at begge lidelser blir fulgt opp. Sykepleier skal fremme helse uansett om det er psykisk sykdom eller somatisk sykdom (Helsedirektoratet, 2014). Psykiske lidelser og alkoholmisbruk er et utbredt problem blant befolkningen. Derfor er det å tilegne seg kunnskap om denne pasientgruppen og mulig behandlingsmetoder relevant for sykepleiere. Somatisk og psykisk sykdom påvirker hverandre og som sykepleier skal man ivareta begge aspekter hos alle pasienter (Helsedirektoratet, 2014).

1.2 Definisjon av begreper

Vi har valgt å definere visse begreper i teksten for å gi leseren en bedre forståelse av innholdet.

Begreper kan ha ulike definisjoner ut fra hvilke kilder som setter definisjonen. Vi har forsøkt å bruke definisjoner som forklarer og avgrenser betydningen av begrepene så nøyaktig som mulig (Sander, 2020).

- **Terapeutisk allianse:** i Berge, *et al.* (2009) beskrives den terapeutiske alliansen av tre gjensidige og avhengige faktorer:

1. Emosjonelt bånd mellom pasient og behandler, en relasjon preget av varme, gjensidig tillit og fortrolighet som oppmuntrer til et godt samarbeid
 2. Enighet om hvilke mål man arbeider mot
 3. Hvilke teknikker og metoder som skal benyttes av begge parter for å nå målene
- **Sosial angst:** Kronisk engstelse for ulike dagligdagse situasjoner der du møter andre mennesker eller skal prestere noe. Oppstår med høyere alvorlighetsgrad enn vanlig sjenerthet eller prestasjonsangst og kan i varierende grad påvirke både livskvalitet og evne til å prestere (NHI, 2020).
 - **Rus:** Ofte motivert av en midlertidig ønsket endring av bevisstheten, eksempelvis kritikkløshet, endret stemningsleie eller dempet eller stimulerende effekt (Helsedirektoratet 2018).
 - **Alkoholbruk lidelse/ alkoholproblemer:** Når forbruket av alkohol har en inngripende effekt på ens liv (NHI, 2020), sett fra arbeidsevne, sosiale funksjoner og helse. Dette kan variere i alvorlighetsgrad og sånn sett kan alkoholisme være vanskelig å diagnostisere.
 - **Dobbeltdiagnose/Komorbiditet:** Ifølge Helsedirektoratet (2012) er begrepet “dobbeltdiagnose” definert som en kombinasjon av ruslidelse og psykisk lidelse, forkortet “ROP”, mens “komorbiditet” er mer en generell betegnelse på tilstedeværelse av to eller flere lidelser. Retningslinjer for behandling, oppfølging og utredning av individer med samtidig rus- og psykisk lidelse tilsier at selv om rusmiddelproblemer krever behandling, ligger det ikke nødvendigvis en avhengighetsdiagnose til grunn.
 - **Sykepleietiltak:** Kan defineres som tiltak sykepleier iverksetter basert på sin sykepleiefaglige kunnskap, samt tiltak gjennomført av sykepleier, men som er forordnet av lege (Kirkevold, 2021).
 - **Omsorgsfull samtale:** I denne sammenhengen kan man definere en “omsorgsfull samtale” (Dewar og Macbride, 2017) som en trygg ramme rundt det å gi omsorg til et annet menneske basert på mellommenneskelige interaksjoner. Hensikten med

samtalen er å lindre lidelse og gjenopprette selvfølelse og verdighet for dobbeltdiagnose-pasienter (Priebe, *et al.*, 2017).

- **Kognitiv terapi:** Kalles også kognitiv atferdsterapi. Har et fokus på problemløsning og en forståelse av sammenhengen mellom tanker, følelser og handling. Det å kunne bryte selvforsterkende onde sirkler som er med å opprettholde psykiske helseutfordringer er et viktig mål (Norsk forening for kognitiv terapi, u.å).

2.0 Bakgrunn

2.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi har begge en interesse for psykisk helse. Vi har noe erfaring innen psykisk helse fra tidligere, men ønsker lære mer om fagfeltet. På grunn av COVID-19 og tilhørende restriksjoner ble det ingen psykiatrisk praksis for vår del. Derfor vil vi gjerne benytte anledningen til å bruke bacheloroppgaven som et middel for å oppnå mer kunnskap innen psykisk helse. Uansett hvor vi velger å jobbe når vi er ferdig utdannet (Gammersvik, 2018) så vil vi måtte forholde oss til pasienters psykiske helse i tillegg til somatisk helse. Ved de ulike arenaene vil vi møte et mangfold av pasienter, alle med ulike forutsetninger for å utvikle personlige ferdigheter eller mestring av helseutfordringer. Vi ønsker derfor tilegne oss kunnskap om hvordan sykepleier kan skape en god terapeutisk relasjon til pasienter med dobbeltdiagnose.

2.2 Avgrensning og problemstilling

Vi ønsket vår bachelor-oppgave skulle handle om mennesker med psykisk lidelse og komorbiditet ruslidelse (forkortet ROP), og hvordan sykepleier kan bistå ROP-pasienter. Ordet “doppeltdiagnose” blir og brukt om pasienter som har en pågående psykisk lidelse sammen med rusmisbruk. (Helsedirektoratet, 2014). Vi bruker begge begrepene i oppgaven. Definisjoner av begrep finner leseren i pkt 1.2.

For å avgrense oppgaven har vi valgt denne problemstillingen: *Hvordan kan sykepleier skape en god terapeutisk relasjon til pasienter med sosial angst og alkoholproblemer?*

Det er mange gode sykepleieteoretikere, men vi har valgt å forholde oss til Joyce Travelbee sin sykepleieteori. Hun la stor vekt på at sykepleier bør ha en god forståelse for menneskets natur (Travelbee, 1996) og at man kan oppfylle målet med god sykepleie ved å danne en god relasjon til pasienten når det skjer på et mellommenneskelig plan.

2.3 Oppgavens hensikt

Hensikten med oppgaven er å tilegne seg kunnskap om hvordan sykepleier kan skape en god terapeutisk relasjon til pasienter med sosial angst og komorbiditet alkohollidelse eller et potensielt risikabelt alkoholinntak. Helsedirektoratet (2012) har utarbeidet nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus- og psykiske lidelse (ROP). Der hevdes det at en rekke studier viser til at blant annet en god relasjon mellom behandler og pasient er viktig for utfallet av behandlingen både poliklinisk og i institusjon (Helsedirektoratet, 2012). I tillegg kan god kvalitet på terapeutiske relasjon bidra til at pasienten blir lengre i behandling (Helsedirektoratet, 2012).

Det å ha kjennskap til faktorer som har innvirkning på sammenhengen mellom alkoholproblemer og sosial angst kan gi sykepleiere bedre kompetanse overfor denne pasientgruppen. Dette kan være med på å gi bedre behandlingsresultat da sykepleier vil ha økt forståelse ovenfor lidelsen (Helsedirektoratet, 2014).

2.4 Sosial angst

Hver fjerde til hver femte person av befolkningen vil på et eller annet punkt i livet oppleve en angstlidelse og mer enn hver tiende person har en angstlidelse til enhver tid. Av disse lidelsene er spesifikk og sosial fobi de som opptrer hyppigst (Helsenorge, 2018).

Frykt for å dumme seg ut står sentralt i en sosial angst lidelse. Man er redd for å framtre som rar, redd for å bli negativt vurdert av andre eller oppføre seg på en upassende eller ydmykende måte i sosiale situasjoner. Frykten utløses enten i nesten alle situasjoner der en føler seg utsatt for oppmerksomhet (Borge og Hoffart, 2009) eller den kan utløses i spesifikke situasjoner. Angsten er knyttet opp mot tanken om at man skal gjøre noe ydmykende eller pinlig som f.eks. å si noe feil, vise uro eller rødme.

Sammenlignet med andre angstlidelser har man liten sjans til å klare løse problemet på egen hånd (Borge og Hoffart, 2009) og problemet kan vare livet ut uten behandling. Intensiteten på sosial angst kan variere (Skårderud, *et al.*, 2018), men hos de som er verst rammet kan det uten behandling føre til svært redusert livskvalitet og ofte arbeidsuførhet eller tap av skolegang (Borge og Hoffart, 2009 og Skårderud, *et al.*, 2018).

2.5 Alkoholbruk lidelse

Rusmidler og bruk av disse kan være årsak til helseproblemer (Mais, *et al.*, 2009) og kan komplisere det ytterligere. Samtidig ser man at mennesker med rusproblemer ofte har andre psykiske lidelser, særlig angst og depresjon. Blandingsmisbruk er svært vanlig, men alkohol er lettest tilgjengelig og er derfor det rusmiddelet som forårsaker mest sosiale og helsemessige problemer. Hele 90% av den voksne befolkningen i Norge drikker alkohol og man drikker alkohol i flere sammenhenger enn man gjorde før. Perioder med høyt alkoholinntak kan ha sammenheng med ulykke og skade, sosiale, økonomiske eller psykologiske kriser som skilsmisse eller tap av nær relasjon (Mais, *et al.*, 2009).

Ifølge Lossius (2018) er det ikke tilfeldig hvem av oss som utvikler rusproblemer. Gener kan utgjøre så mye som 40-70% av årsaken til avhengighet. Det tyder på at måten hjernen reagerer på når den kjenner rus kan være medfødt og arvelig. Noen hjerner lærer raskt at rus er behagelig og det kan øke risikoen for avhengighet. Rus frigjør belønning fra belønningssenteret i hjernen. Rusmidler som alkohol kan i verste fall, erstatte behovet for gode og nære relasjoner til andre mennesker, nettopp grunnet dopamin som blir frigjort i hjernen ved inntak av rusmidler som en "belønning" (Lossius, 2018).

2.6 ROP-pasienter

Nå man har en psykisk lidelse sammen med et rusmisbruk (NHI, 2018) er det en tendens til at man ikke får nødvendig helsehjelp. Rusmisbruket ødelegger gjerne for den psykiatriske behandlingen og den psykiske lidelsen kan sette stopper for en god rusbehandling.

Helsedirektoratet (2012) har derfor utarbeidet en egen nasjonal strategi med retningslinjer for behandling av pasienter med komorbiditet rus og psykiatri, forkortet ROP. I retningslinjene belyses det at man ofte ser at personer som behandles for rusmisbruk har en angstlidelse. Personer som er under behandling for angstlidelse i psykisk helsevern har høy forekomst av ruslidelse i tillegg. Angstlidelse varierer i alvorlighetsgrad, fra spesifikke fobier til alvorlig angst som reduserer livskvaliteten betraktelig. Den nasjonale strategien viser også til forskning som viser at redusert livskvalitet har sammenheng med sosial fobi, panikklidelse og generalisert angstlidelse (Helsedirektoratet, 2012).

Retningslinjene for ROP-pasienter fremhever at en god terapeutisk relasjon mellom bruker og tjenesteyter har stor betydning for resultatet av behandlingen og viser seg ofte å være viktigere enn hvilken behandlingsmetode man bruker.

ROP-pasienter (Helsedirektoratet, 2014) har behov for integrert behandling, slik at begge lidelser får riktig behandling. Tradisjonelt har da begge lidelser blitt behandlet samtidig, og av samme behandler, men dette kan bli for kategorisk ut fra kliniske erfaringer om at noen psykiatriske lidelser, som angst reduseres over tid parallelt med oppnådd rusfrihet.

Integrert behandling kan derfor være at ulike og selvstendige enheter samordner sine tjenester overfor pasientene på en oversiktlig måte, slik at man tar hensyn til at pasienten har samtidige lidelser. Det viktigste er at pasienten opplever behandlingen som helhetlig, enten den er utført av et enkelt team eller av ulike enheter. Felles beslutningstaking mellom alle berørte parter er helt sentralt i den integrerte behandlingen (Helsedirektoratet, 2014, s. 62).

I retningslinjene for ROP pasienter (Helsedirektoratet, 2014) står det om utredning av motivasjon for endring. Mange med rusmiddellidelse vil slutte med rus eller redusere bruken. Pasienten kan være i behandling for sine psykiske vansker, men ha lite ønske om å få hjelp for sitt rusmisbruk. Det er derfor nødvendig å kartlegge ønske om endring og eventuelle motforestillinger. Det er også viktig å finne ut av hvilket endringsforsøk vedkommende har gjort fra før. Det å finne ut hvor motivert pasienten er forteller oss noe om hvor de er i sin egen endringsprosess.

2.7 Joyce Travelbee

Joyce Travelbee sin sykepleieteori har fokus på det mellommenneskelige aspektet. Jo mer kunnskap og ferdigheter sykepleier har på et mellommenneskelig plan, jo bedre “rustet” står sykepleier til å kunne møte sykepleie behovene til andre (Travelbee, 1996).

Et viktig element i Travelbee sin teori (1996) er at hun mente at hvert individ er forskjellig på sin egen unike måte, men også alle individer har likheter, gjerne på grunn av felles livserfaringer. Livserfaringene kan likevel oppfattes ulikt av hvert enkelt individ og erfaringen vil være ulik for alle mennesker (Kirkevold, 1998). Med det mener Travelbee (1996) at erfaringer som angst, lidelse og tap vil være det konkrete mennesket sin unike erfaring. Videre hevder Travelbee at det er personens egen opplevelse av lidelse og sykdom som er viktig for sykepleier å forholde seg til, ikke diagnosen (Kirkevold, 1998).

Empati er også en viktig del av Travelbee sin sykepleieteori. Empati er å evne å gå inn i eller klare å forstå et annets menneskets psykologiske tilstand i et bestemt øyeblikk (Kirkevold, 1998). Når empati først har forekommet mellom to mennesker er forholdet de to menneskene imellom, for alltid forandret.

Travelbee (1996) hevder at kommunikasjon tar sted i hver eneste interaksjon sykepleier har med sin pasient, det være seg nonverbal eller verbal kommunikasjon. Samtidig legges det vekt på at all interaksjon med et sykt menneske, vil gi sykepleieren mulighet til å bli kjent med personen og sånn kunne fastslå det syke menneske sitt behov for sykepleie, da skapes et mellommenneskelig forhold til pasienten (Travelbee 1996).

2.8 Terapeutiske møter

Terapeutiske møter (Skårderud, 2018) har som mål å være helende eller lindrende. Psykisk lidelse, som sosial angst, kan være ødeleggende for relasjoner og føre til at vedkommende trekker seg tilbake. Den terapeutiske alliansen handler om at sykepleier bygger en relasjon med pasienten. I psykisk helsearbeid er den alliansen ekstremt viktig for at behandlingen skal gi resultater. Det handler om å bygge en trygg relasjon som kan gi støtte og motivasjon til pasienten. Det er også viktig at pasienten selv aktivt deltar i behandlingen. Det å være ærlig, direkte og jordnær i møte med pasienten er med å fremme trygghet og en god holdning

overfor vedkommende. En annen viktig del av å ha terapeutisk holdning er at man som sykepleier ikke drar inn sine egne personlige erfaringer og meninger da det kan være forstyrrende for pasienten og ta bort fokuset for pasienten sin situasjon (Skårderud, 2018).

3.0 Metode

3.1 Søkemetode

Vi har valgt å bruke ORIA som utgangspunkt da vi skulle lete etter aktuelle vitenskapelige artikler. Vi har vært inne og lett både på Ovid Medline og Ovid PsycINFO. Selv om Medline er en god database fant vi etter hvert ut at vi fikk bedre treff på PsycINFO. Dette ble klart under det *innledende søket* som ikke er så systematisk som hoved søket. Her er fokus på å finne ut omfanget av litteratur og forskning som er knyttet til vår problemstilling (Thidemann, 2019).

Vi har også benyttet oss av *manuelt søk* (Thidemann, 2019, s. 81). Artikkelen “Explaining the association between anxiety disorders and alcohol use disorder: A twin study”, av Torvik, *et al.* (2019) er eksempel på et sånt manuelt søk. Vi fant artikkelen i referanselisten til en annen artikkel, og når vi gjorde et internett søk med søkeord som “sosial angst” og “alkoholmisbruk” dukket den opp på flere nettsteder som vi anser som troverdige kilder, blant annet FHI og ROP sine hjemmesider. Dette er årsaken til at Torvik, *et al.* (2019) sin studie ikke er med i tabellen i pkt. 3.2 - “søkemetode”.

Vi har også hentet inspirasjon fra eldre bacheloroppgaver med lignende tema som vårt. Dette er gjort ved enkle Google-søk. Det ble gjennomført systematisk litteratursøk og PICO- skjema ble benyttet. Problemstillingen har endret seg underveis. Dette samsvarer når Thidemann (2019) presiserer at problemstilling bør vurderes som foreløpig fordi man ofte må justere spørsmålet etter som en setter seg grundigere inn i forskningen.

3.2 Søkestrategi

Søkeord	Database	Avgrensning	Kombinasjoner	Antall treff	Referanse
1.Dual Diagnosis 2.Nursing 3. 1+2	Ovid PsycINFO		1 and 2	2107 23484 13	https://doi.org/10.1177/1078390319878773
1.Dual diagnosis 2.Therapeutic Processes 3. 1+2	Ovid PsycINFO		1 and 2	2107 78122 37	https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/inm.12374
1.Dual Diagnosis 2.Cognitive Behavior Therapy/or/ Cognitive Therapy 3.1+2 4.Limit 3 to yr=2013- 2021	Ovid PsycINFO	kun artikler fra 2013- 2021	1 and 2	2108 35727 50 10	https://doi.org/10.1111/jpm.12090

1.Alcohol Abuse	Ovid			49437	https://link.springer.com/article/10.1007/s11121-016-0652-5
2.Coping Behavior/or /Emotional Regulation	PsycINFO	OR	1 and 2	60340	
3. 1 +2		OR	3 and 4	886	
4.Anxiety Disorders/or Anxiety		Limit 5 to (peer reviewed and last 8 years)		123952	
5.3 +4				61	
				36	

3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Vi har valgt å kun ha med vitenskapelig artikler og som er fagfelleurdert. Vi kunne ha inkludert det kriteriet i søket, men i PsycINFO står det veldig oversiktlig hvilke artikler som er fagfelleurdert så vi anså det som unødvendig. Vi har også vært nøye med å velge artikler som har en IMRaD-struktur. Vi har ønsket å inkludere både kvalitative og kvantitative studier.

Vi ønsket ikke ha med artikler fra før 2013. Artikkene står i kronologisk rekkefølge, nyeste først. I de fleste tilfeller så har siste søk gitt et overkommelig antall artikler å lese gjennom derfor lot vi være legge inn begrensning på årstall som inklusjonskriterie. Derimot benyttet vi «begrensning på årstall» som kriteriet i de tilfeller siste antall søk ga for høyt antall artikler å lese gjennom.

Det blir gjort etiske overveielser av artikkene vi har valgt ut. Innenfor all forskning skal nytte av forsøket avveies mot eventuell skade for pasientene. I tillegg skal alle deltakerne informeres og gi frivillig samtykke. Deltakere skal informeres om hva studien går ut på, hensikten med studien og mulige risikoer. I tillegg skal alle deltakerne ha muligheten til å trekke seg underveis i studien. Forskerne må ha riktig kompetanse for at forsøket blir gjennomført forsvarlig og følge nødvendige retningslinjer. Forskningen skal gjennomføres på

en måte som er forsvarlig forskningsmessig vurdert (Slettebø,2014). Ethiske overveielser av artiklene har vi med i tabellene under punkt 3.5 Resultat.

3.4 Kildekritikk

Å vurdere kvaliteten på artiklene vi har funnet har vært tidkrevende. Under søkeprosessen opplevde vi ofte at vi fant lovende artikler som var relevante til vår problemstilling, for så å finne at den enten manglet IMRaD-struktur, funnene gjort i artiklene var for lite forsket på tidligere eller det kunne vise seg at den ikke svarte godt på spørsmålet som var hensikten med artikkelen. For å kunne finne gode artikler må man også ha kunnskap om forskningsmetoder generelt, da særlig de metodene som er beskrevet i de artiklene vi har valgt å inkludere i vår litteraturstudie (Thidemann, 2019, s. 91).

For å hjelpe oss i arbeidet med å klare å vurdere forskningslitteraturen kritisk har vi valgt å bruke såkalte sjekklister (Thidemann, 2019, s.91). På Helsebiblioteket (2016) står det at selv om det er ulike sjekklister for ulike studiedesign så er det allikevel to spørsmål man bør ta utgangspunkt i:

- Er problemstillingen i artikkelen klart formulert?
- Er studiedesignet egnet til problemstillingen?

Helsebiblioteket (2016) hevder videre at skulle være svaret nei på en av disse, er det ikke noe poeng å ha med den artikkelen. Det neste man da må spørre er:

- Hvilke resultater finnes?
- Er resultatene til å stole på?
- Er resultatene relevante for min oppgave?

Vi har derfor forsøkt å følge denne “oppskriften” når vi har søkt etter artikler. Når vi har fått avklart disse punktene har vi gått dypere til verks. Kildekompasset (u.å) har en god liste med sjekkpunkter for å kritisk vurdere kilder. I henhold til den har vi lest gjennom artiklene flere ganger, vi har undersøkt om forfatterne er troverdige og hvilke tidsskrift artiklene er publisert i. Vi har også undersøkt hvem som er utgiver av kilden, om kilden fortsatt er aktuell og hvilke referanser er brukt

Vi er derfor trygge på at de artiklene vi nå sitter igjen med er gode artikler som er relevante for vår oppgave. Vi har observert at det er lange og gode referanselister i artiklene og vi ser at artiklene er sitert i andre vitenskapelige artikler. Det har vært viktig at funnene i artiklene er funn som stemmer overens med annen forskning.

3.5 Resultat

Nr. 1 Referanse	Understanding Helpful Nursing Care From the Perspective of Mental Health Inpatients With a Dual Diagnosis: A Qualitative Descriptive Study https://doi.org/10.1177/1078390319878773
Hensikt	Hensikten med artikkelen er å se hvilke sykepleietiltak, handlinger og atferd som kan hjelpe ROP-pasienter innlagt på en psykiatrisk avdeling.
Nøkkelord	Dual diagnosis, patient experience, nursing role, substance abuse, acute hospital
Metode	Det var 12 deltakere med i studien. Alle deltagere var pasienter med en dobbeltdiagnose, innlagt i psykiatrisk avdeling.
Resultat og diskusjon	Resultatene viste en tredelt oppfatning fra pasientenes ståsted om hva som ble oppfattet som nyttige sykepleietiltak: <ul style="list-style-type: none"> • Fremme helse i hverdagen • Håndtering av stoffbruk sammen med psykisk lidelse • Bygge godt terapeutisk forhold til sykepleier
Konklusjon	Sykepleier kan ved hjelp av å tilrettelegge gode tiltak til pasienten ha en viktig rolle i tilhelingsprosessen. Studien viser at terapeutisk relasjon blir fremhevet som svært viktig for pasientene. Sykepleier må også ha kunnskap om både psykisk lidelse og ruslidelse.
Etiske overveielser	Denne studien er etisk godkjent av en vitenskapelig evalueringskomitee ved McGill University og Douglas Mental Health University Institute Research

	Ethics Board. Deltagelse ble anonymisert og deltakerne ble informert om deres rettigheter som inkludert retten til å velge ikke svare og mulighet til å trekke seg fra undersøkelsen på hvilket som helst tidspunkt.
Relevans for besvarelsen	Denne artikkelen er relevant for vår besvarelse da den belyser hvordan sykepleier kan hjelpe pasienter med dobbeltdiagnoser
Sterkheter og svakheter	Noen svakheter ved denne artikkelen er at deltakerne måtte være “stabile nok” og “passende” til å delta, noe som kan ha medvirket til skjevhet i valg av deltakere. Studiens kunne blitt forbedret ved å returnere utskriftene til deltakerne for gjennomgang og verifisering. Videre ble studiedeltakerne rekruttert fra et enkelt psykiatrisk sykehus. Allikevel stemmer resultatene i studien med faglig kjent kunnskap, forskning og kjent praktiserende sykepleie og grundige eksempler på nyttige praksiser, erfaringer og perspektiver til personer med en dobbel diagnose.

Nr. 2	A sanctuary of safety: a study of how patients with dual diagnosis experience caring conversations
Referanse	https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/inm.123
Hensikt	Hvordan pasienter på en poliklinikk opplever samtalen med sykepleier som omsorgsgivende.
Nøkkelord	Dual diagnosis, mental illness, nurse-patient relationship, psychiatric illness, substance use disorder.
Metode	Kvalitativ svensk studie.6 deltagere. Data samles inn via semi-strukturerte intervjuer med åpne spørsmål og de benytter en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming både når det gjelder analyse og tolkning av datamaterialet (Drag, 2018).

<p>Resultat og diskusjon</p>	<p>Studien finner at det er enklere for pasientene å dele av seg selv og sin lidelse hvis sykepleier oppfattes som ærlig og respektfull, dette skaper trygghet og tillit. Sykepleiers genuine vilje til å hjelpe og ha en ikke-dømmende holdning beskrives som viktig. For pasientene ga det økt selvfølelse å bli sett i ly av sine egne ressurser og ikke bare som en rusmisbruker, men som et viktig menneske. Individuer med både rus- og psykiatri diagnoser (ROP) oppgir ofte en følelse av tap av kontroll ellers i livet og en sånn samtale med sykepleier kan hjelpe å gi et fotfeste og bli en trygg havn. Det er interessant at studien finner hvor viktig det er for disse pasientene å oppleve trygghet. Det er ikke overraskende med tanke på det de ofte har vært gjennom, men det kan si noe om viktigheten av en relasjonell tilnærming til denne pasientgruppen.</p>
<p>Konklusjon</p>	<p>Det kan bli konkludert med at den omsorgsfulle samtalen kan føre til opplevelsen av trygge rammer. Trygghet og tillit er viktig for pasientens behandling.</p>
<p>Etiske overveielser</p>	<p>Studien har fulgt etiske prinsipper for sykepleiere og World Medical Association. Deltagere er lovet konfidensialitet og har levert skriftlig samtykke.</p>
<p>Relevans for besvarelsen</p>	<p>Studien er relevant for vår oppgave fordi den setter fokus på pasient-sykepleier forholdet. Ofte kan samtale med sykepleier bare bli sett som en samtale man har i påvente av terapi. Samtale med sykepleier kan være god behandling i seg selv og kan være et viktig bidrag i tilhelingsprosessen (Drag, 2018).</p>
<p>Sterkheter og svakheter</p>	<p>En begrensning av en kvalitativ, utforskende studie er dens brede og åpne forskningsspørsmål. I denne studien ble dette imidlertid balansert av innsamling av data, og analytisk og fortolkende arbeid i en teoretisk referanseramme. Studiens gyldighet og pålitelighet ble ytterligere forbedret ved å holde alle prosedyrer åpne for inspeksjoner med eksempler og sitater fra intervjuene. En annen mulig begrensning var den relativt lille prøven. Denne studien tar sikte på å utforske og fremheve og derfor blir deltakernes beskrivelser og detaljerte tolkninger prioritert. Denne forskningen la vekt på</p>

	omsorgssamtaler som positive opplevelser i motsetning til tidligere forskning som har fokusert på problemer. Det at sykepleierne som ble deltatt ble ansett som omsorgs eksperter, bidro kanskje til de positive opplevelsene som ble beskrevet i studien. Artikkelen mener at dette var en styrke som bidro til å fremheve aspekter som kan ha blitt marginalisert i en studie med mange tilfeldig rekrutterte deltakere. Med denne kunnskapen om mulighetene for omsorgssamtaler, kan videre forskning utføres, med fokus på hvordan omsorgs samtalen kan bidra til psykiatriske sykepleieres omsorgskompetanse.

Nr. 3	Cognitive milieu therapy and physical activity: experiences of mastery and learning among patients with dual diagnosis.
Referanse	https://doi.org/10.1111/jpm.12090
Hensikt	Hensikten var å undersøke og beskrive pasienter sine synspunkter på hvordan de opplevde mestring, lære nye tankesett og tilegne seg nye ferdigheter ved hjelp av kognitiv miljøterapi og fysisk aktivitet. Pasientene hadde både en psykiatrisk diagnose og en rusrelatert diagnose.
Nøkkelord	Cognitive milieu therapy, dual diagnosis, learning
Metode	Det er en kvalitativ norsk studie med 20 deltagere, 12 menn og 8 kvinner som blir individuelt intervjuet. Studien tok sted på en tverrfaglig avdeling som kunne tilby planlagte innleggelse. Gjennomsnittlig opphold for pasientene var 3mnd. Behandling av pasientene adresserte både den psykiske diagnosen og ruslidelsen og besto av samme behandlere. CMT var nøkkelkomponent i behandlingen, med elementer av fysisk aktivitet. Det tverrfaglige teamet hadde regelmessig og god oppfølging for å klare følge behandlingsmodellen og de la stor innsats i å skape et velfungerende terapeutisk miljø. De ansatte siktet på å oppmuntre og øke pasientenes evne til å reflektere og til egenmestring. I tillegg strebet de

	etter å korrigere negative selvoppfatning og til å lære pasientene et alternativt tanke sett for sånn å utvikle egenskaper for å bli bedre rustet til å håndtere problemer på en mer funksjonell måte.
Resultat og diskusjon	Pasientene beskrev læremiljøet som trygt, de opplevde de ansatte som kompetente, varme og trygge og inkluderende. Høydepunkter var blant annet å kunne være aktive deltakere i egen terapi og engasjement fra de ansatte ble satt pris på og ga nødvendig motivasjon. Den individuelle behandlingen besto av en primærkontakt og en terapeut. Disse var de samme hele tiden, dette skapte trygghet og god kontakt, Pasientene oppga at det var flott å bli møtt med åpenhet, fleksibilitet og på like fot. Kognitiv terapi ble hos noen sett på som for teoretisk. Allikevel ble terapien sett på som et verktøy de kunne bruke i konkrete situasjoner og det ga håp og motivasjon. Fysisk aktivitet ble sett på som verdifullt. Bruk av rusmidler og lite fysisk aktivitet hadde vært skadelig for den fysiske helsen, så både ernæring og fysisk aktivitet var en viktig del av behandlingen.
Konklusjon	Den kognitive modellen kan være vanskelig å forstå. Dette kan ha flere forklaringer. Både rusmisbruk og psykisk lidelse kan påvirke evnen til å lære. Derfor er det viktig at de ansatte evaluerer de individuelle læreevnene til de individuelle pasientene. De pasientene som forstår de grunnleggende prinsippene i den kognitive behandlingen og greide benytte seg av teknikkene i konkrete situasjoner oppga teknikkene som både nyttig og meningsfull. Det var også svært nyttig at de fikk behandling for begge diagnoser samtidig. Fysisk aktivitet ga både glede og en følelse av velvære og som distraksjon for negative tanker
Etiske overveielser	Pasientene fikk både skriftlig og muntlig informasjon om studien. De kunne når som helst trekke seg fra studien uten konsekvenser for deres nåværende eller senere forhold til avdelingen. Deltagelse var frivillig og studien godkjent av Datatilsynet og Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.
Relevans for besvarelsen	Studien tar for seg kognitiv tilnærming fra helsearbeidere til ROP-pasienter og er derfor svært aktuell for vår problemstilling.

Sterkheter og svakheter	Størrelsen på studien er liten, og resultatene må tolkes i henhold til dette. I intervjuene påvirker samspillet mellom intervjueren og deltakeren utfallet. Dermed er det mulig at pasienter har fortalt ting på en måte som idealiserer institusjonene og gleder intervjueren. For å redusere denne skjevheten ble en kontinuerlig, pliktoppfyllende, åpen og lyttende holdning brukt. Kritisk refleksjon ble brukt gjennom hele forskningsprosessen, særlig i den systematiske analysen av intervjuene.
-------------------------	---

Nr. 4 Referanse	Explaining the association between anxiety disorders and alcohol use disorder: A twin study https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6548587/
Hensikt	Undersøke sammenhengen mellom sosial angst og alkoholproblem. Denne studien finner at sosial angst i større grad enn andre angstlidelser gjør at man kan være mer disponert for å utvikle en alkohollidelse.
Nøkkelord	Anxiety disorders, Social anxiety disorder, Social phobia, Alcohol Use Disorder, Specific phobia, Agoraphobia, Twin Studies
Metode	Studien har benyttet seg av datainnsamling ved hjelp av diagnostiske intervjuer- <i>Composite International Diagnostic Interview (CIDI)</i> . Sosial angstlidelse og alkohollidelse sammen med andre angstlidelser ble vurdert to ganger med CIDI. 2801 voksne norske tvillinger deltok i undersøkelsen.
Resultat og diskusjon	Sosial angstlidelse var mer assosiert til alkoholbruk lidelse enn de andre angstlidelsene. I tillegg viste studien til at det var større sannsynlighet for at sosial angst var assosiert til alkoholmisbruk, enn motsatt, derfor viser den at det er sannsynlig at sosial angst opptrer før alkohol bruklidelse

Konklusjon	Sosial angst kan ses som en påvirkende årsak til alkoholmisbruk. Å behandle sosial angst på et tidlig tidspunkt kan derfor anses hensiktsmessig for å kunne redusere senere risiko for alkoholbruk lidelse
Etiske overveielser	Studien var godkjent av The Regional Committees for Medical and Health Research Ethics og alle deltagere ga skriftlig samtykke
Relevans for besvarelsen	Studien viser sammenheng mellom sosial angst og alkohollidelse og dette gjør den relevant for vår studie.
Sterkheter og svakheter	Forskerne kunne ikke modellere interaksjoner mellom genetiske, miljømessige og direkte effekter. Det å skille mellom alkoholmisbruk og alkoholavhengighet var noe de ikke fikk til i studien. Intervjuene er retrospektive og har målefeil. En del deltakere droppet ut fra studien før det andre intervjuet. Generalisering av resultatene kan være begrenset til personer med samme alder og etnisk bakgrunn som deltakerne.

Nr. 5	Drinking to Cope: A Latent Class Analysis of Coping Motives for Alcohol in A Large Cohort of Adolescents
Referanse	https://link.springer.com/article/10.1007/s11121-016-0652-5
Hensikt	Hensikten med studien var å identifisere hos en stor gruppe unge mennesker (alder 17-18 år) mønstre som ble brukt i mestrings-motivert drikking. Deltakerne rapporterte alkohol og- rusbruk, symptomer assosiert med angst og depresjon og bruk av alkohol som middel for å mestre ulike følelser.
Nøkkelord	Alcohol, drinking motives, drinking to cope, anxiety, depression
Metode	Det er en stor studie som har deltagere fra en pågående nasjonal kohort studie. Studien gjaldt fødsler som var ventet mellom april 1991 og desember 1992, sørvest i Storbritannia. Av de over 1400 fødslene ble deltakerne på et senere tidspunkt invitert til å delta i studien. Data er

	<p>tilgjengelig i denne studien for 4881 av deltakerne, og gjennomsnittsalder er 17 år og 10 mnd.</p> <p>Studien benytter seg av en “Latent class analysis”. Dette er en statistisk metode for å kategorisere mennesker basert på, for eksempel, og som her: drikkevaner, i forskjellige “klasser” (McCUTCHEON, 1987). Denne studien har delt inn deltakerne i 4 klasser, rangert :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klasse 1:De som sjeldent drikker for å mestre (35.5%) • Klasse 2:De som drikker for å få selvtillit (26.6%) • Klasse 3:De som er nede i sinnsstemning (19,4%) • Klasse 4:De som har et stort behov for å drikke som en mestringsstrategi for å takle emosjonelle erfaringer (18.5%).
Resultat og diskusjon	<p>Individer som rapporterte angst- og depresjonslidelser, hadde seks til sju ganger større sannsynlighet for å havne i klasse 4. Bakgrunnen for det var et motiv for å drikke for å sånn takle ulike følelser. Dette stemmer overens med hypotesen at symptomer på angst og depresjon kan være en vei til risikabelt alkoholkonsum hos unge</p>
Konklusjon	<p>Studien finner at å drikke som en mestringsstrategi er vanlig blant tenåringer. A de som sto i størst fare for å risikabelt alkoholinntak og utvikle avhengighet var de som drakk for å håndtere hele spekteret av ulike følelser. Resultatet stemmer overens med hypotesen at man kan drikke som en form for selvmedisinering ettersom de med angst -og depresjonslidelser hadde størst sjans for å havne i høy-risikogruppe for alkoholkonsum. Disse kan ha nytte av ulike tiltak for å fremme utvikling av adekvate mestringsstrategier.</p>
Etiske overveielser	<p>Studien fulgte retningslinjer og etisk standard fra nasjonal forskningskomiteen og Helsinkideklarasjonen fra 1964. Alle individer som deltok i studien, har gitt sitt samtykke til å delta.</p>
Relevans for besvarelsen	<p>Studiene er relevant for vår oppgave fordi den viser en sammenheng mellom psykiske symptomer og risiko for alkoholbruk. Den peker også på at de som har symptomer på angst eller depresjon har større behov og</p>

	vansker for å mestre ulike følelser og at dette kan være motiv for et problematisk alkoholforbruk som en metode for å mestre ulike følelser.
Sterkheter og svakheter	Som de fleste langsgående studier er den nåværende studien begrenset av slitasje over tid. Deltakerne ble hentet fra en bestemt region i Storbritannia, og det er dermed potensielle grenser for generalisering til andre regioner og land. En tredje potensiell begrensning er avhengigheten av egenrapportering av alkoholbruk, som av natur er subjektiv og kan føre til målefeil. Forskerne mener at tendensen til å overdrive eller underestimere alkoholbruken ble minimert i denne studien da deltakerne fylte ut spørreskjema individuelt og at det var anonymt.

3.6 Sammenfatning av resultatene/ artikkel analyse

I denne delen skal vi sammenfatte resultatene av artiklene. Vi har valgt å inkludere fem vitenskapelige artikler i vår litteraturstudie. Vårt fokus er pasienter med et potensielt farlig alkoholkonsum som et middel for å takle sosial angst. Vi vil derfor undersøke hvordan sykepleier kan bygge en god terapeutisk relasjon til disse pasientene. Med bakgrunn i denne problemstillingen har vi derfor funnet studier som både har fokus på relasjonen mellom sykepleier og pasienter med samtidig rus- og psykisk lidelse og studier som har fokus på sammenhengen mellom angstlidelse og alkoholbruk lidelse.

Vi har valgt å ikke definere alder på pasientene i vår problemstilling ettersom vi har fokus på den terapeutiske relasjonen mellom pasient og sykepleier. Vi nevner dette fordi i Stapinski, *et al.* (2016) sin studie er gjennomsnittsalder på deltakerne 17,8 år. Forskning viser at sosial angst ofte debutterer i ung alder (Torvik, *et al.* 2019). Begge studiene viser funn som tilsier at alkohol blir brukt som et middel for mestre enten sosial angst eller andre emosjonelle erfaringer (Torvik, *et al.*, 2019 og Stapinski *et al.*, 2016).

Studier med funn som peker på sosial angst som en mulig medvirkende årsak til problematisk alkoholkonsum:

- Explaining the association between anxiety disorders and alcohol use disorder: A twin study (Torvik, *et al.*, 2019).
- Drinking to Cope: A Latent Class Analysis of Coping Motives for Alcohol in A Large Cohort of Adolescents (Stapinski, *et al.*, 2016).

Torvik, *et al.* (2020) viser til forskning som tilsier at sosial angstlidelse ofte inntreffer i ung alder. I 80% av tilfellene inntreffer sosial angst før alkohol bruk lidelse som komorbiditet. Videre viser Torvik til tidligere forskning på sammenheng mellom sosial angstlidelse og alkoholbruk lidelse. Over halvparten av de med sosial angst har hatt en historie med alkoholmisbruk og nesten en av fire med alkoholmisbruk har en sosial angstlidelse. På kort sikt (Torvik, *et al.*, 2019) kan alkohol gi en midlertidig følelse av eufori og kan sånn redusere angst. Alkohol er også svært vanlig i sosiale anledninger. Da kan det være lett å ty til alkohol som mestringsstrategi for å takle angsten. Å redusere angst er et viktig motiv for alkoholinntak. Denne formen for “selvmedisinering” er risikabel og kan gjøre individer med sosial angst mer utsatt for å utvikle alkoholbruk lidelse (Torvik, *et al.*, 2019).

Stapinski, *et al.* (2016) sin studie har også funn som viser at alkohol brukes som en mestringsstrategi, men at motivene for å drikke kan være ulike. For å kunne identifisere mønstrene for ulike mestrings motiver ble deltakerne delt inn i fire ulike klasser basert på motivasjonen til alkoholinntak.

Det var 18.5 % av deltakerne havnet i klasse 4, ”høy risiko- klassen”. Disse oppga å ha et stort behov for å drikke som en mestringsstrategi for å håndtere emosjonelle erfaringer. Stapinski *et al.* (2016) har videre resultater som finner at det er de deltagere som oppgir å ha symptomer på angst og depresjon som havner i høy-risiko klassen. Disse har større sannsynlighet for å drikke som en mestringsstrategi for å håndtere angsten. Samtidig har de større sjanse for å utvikle problemer relatert alkohol, større inntak av alkohol og større sjanse for avhengighet enn deltagere fra de tre andre “lavere risiko- klassene” (Stapinski, *et al.*, 2016). Studien fant også at det var seks til sju ganger større sjanse for å havne i klasse 4 hvis man hadde en angst eller depresjon lidelse.

Tiltak rettet mot angst og depresjonssymptomer (Stapinski, *et al.* 2016) kan redusere risiko for senere alkoholproblemer. Da er målet å redusere feil-tilpassede mestringsstrategier ved bruk

av alkohol. Dette er resultater som stemmer overens med Torvik, *et al.* (2019) sin teori om at tiltak for å forhindre eller behandle utvikling av sosial angst kan være en faktor i å forhindre en senere utvikling av alkoholbruk lidelse.

Studier med fokus på hvordan pasienter med både rus- og psykiske lidelser oppfatter relasjon med sykepleiere/helsepersonell:

- Understanding Helpful Nursing Care From the Perspective of Mental Health Inpatients With a Dual Diagnosis: A Qualitative Descriptive Study (Brahim, Hanganu og Gros, 2019).
- A sanctuary of safety: a study of how patients with dual diagnosis experience caring conversations (Priebne, Wiklund Gustin og Fredriksson, 2017).
- Cognitive milieu therapy and physical activity: experiences of mastery and learning among patients with dual diagnosis (Borge, Røssberg og Sverdrup, 2013).

Mange studier har forsket på hvilken behandlingsform som er best til de pasienter med både rus- og psykisk lidelse, eller dobbeltdiagnose (Priebe, *et al.*, 2017). Så mange som 30% til 50% av de med en psykisk lidelse er estimert å samtidig ha et rusmisbruk. Disse pasientene har lett for å falle mellom to stoler på grunn av komorbiditet, og prognose med tanke på helsemessig utfall er ofte dårlig. Derfor opplever de også at deres behov ikke blir imøtekommet adekvat (Brahim, *et al.*, 2019).

Behovene til dem med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse er komplekse og krever kompetent behandlingpersonell. Det er viktig at sykepleier har god kjennskap til psykisk lidelse og bruk av rusmidler som komorbiditet. Uten den kunnskapen kan det være vanskelig å gi støtte og råd om hvordan pasientene best kan håndtere eventuelle vanskeligheter som oppstår som en følge av sine diagnoser (Priebe, *et al.*, 2017). Helsearbeidere har behov for opplæring for å kunne imøtekomme pasientgruppen på en hensiktsmessig måte.

Forskning argumenterer for å integrere rusbehandling i psykiatrisk behandling (Brahim, *et al.*, 2019). I Borge, *et al.* (2013) forskes det på hvordan innlagte pasienter med samtidig rus- og psykisk lidelse kan lære seg alternative tankesett og om de kan tilegne seg nye ferdigheter ved hjelp av kognitiv miljøterapi og fysisk aktivitet. Viktige elementer i kognitiv terapi er å lære

pasientene gode kognitive- og atferds strategier som kan hjelpe pasientene å håndtere rusproblemer og mental helse. Viktige elementer i behandlingen er respekt og engasjement fra behandler til pasient. I Priebe, *et al.* (2017) sin studie oppgir pasientene at ærlighet, tillit og respekt fra sykepleier gir en følelse av trygghet. Pasientene rapporterer også at fokus på mellommenneskelige aspekter er viktig for tilhelingsprosessen (Priebe, *et al.*, 2017).

I Brahim, *et al.* (2019) ønsker man å finne ut ifra pasienten sitt ståsted, hva som oppfattes som nyttig sykepleie. Brahim, *et al.* (2019) hevder at for å kunne utføre god sykepleie til pasienter med en dobbeltdiagnose er det viktig å vite hvilke tiltak, holdninger og handlinger som oppfattes som hjelpsomme. De fant at det å klare bygge en god terapeutisk relasjon til pasientene, fremme god helse i hverdagen og å kunne behandle den psykiske lidelsen i sammenheng med rusmisbruk ble sett på som god sykepleie. Også Borge *et al.*, 2013) legger vekt på å fremme god helse og å behandle psykisk lidelse og rusmisbruk samtidig. Å fremme god helse kan være nyttig for pasienter med en dobbeltdiagnose. Eksempelvis kan fysisk aktivitet være en fin strategi for atferdsendring og fremme helse. Det kan hjelpe få tankene over på annet et eksempel rus eller psykiske problemer (Borge, *et al.*, 2013). Andre elementer som kan fremme god helse i hverdagen for disse pasientene er å tilby hjelp med hygiene, ernæring og mobilitet (Borge, *et al.*, 2013, Brahim, *et al.*, 2019).

Hos pasienter med en dobbeltdiagnose fremstår det som at relasjonelle omsorgstiltak er spesielt viktig for disse pasientene. Det kan indikere at et godt terapeutisk forhold mellom pasient og sykepleier kan ha relevans for mental helse (Brahim, *et al.*, 2019). Studier har vist at empati, genuin interesse og forståelse fra sykepleier, sammen med et terapeutisk miljø med trygge rammer, er sett på som de viktigste faktorene innen omsorg i helse (Borge, *et al.*, 2013). I tillegg er disse pasientene svært sårbare. De har ofte lite håp om å skaffe seg jobb eller et sted å bo. Sosialt nettverk er ofte ikke-eksisterende Derfor er det viktig at sykepleier har kunnskap om, og kan hjelpe pasientene med grunnleggende behov for at de skal kunne finne stabilitet i tilværelsen (Borge, *et al.*, 2013). Dette er funn som stemmer overens med Brahim, *et al.* (2019) sin studie, at tiltak med hensikt å hjelpe pasienter med hverdagslige gjøremål og fundamentale behov oppleves som god hjelp for pasienten.

3.7 Litteraturstudie

Når man skriver en litterær oppgave baserer man seg på eksisterende kunnskap (Dalland, 2012). Arbeidet med oppgaven er ment å gi oss kunnskap og erfaring (Thidemann, 2015) innenfor faget, som i vårt tilfelle er sykepleie.

Når man skriver en bacheloroppgave, skriver man akademisk. Det å skrive akademisk vil si at teksten har en tydelig struktur med innledning, hoveddel og avslutning. De artikler vi har med i oppgaven er ment å belyse vår problemstilling og de er derfor blitt kritisk vurdert av oss. Hensikten med å vurdere kritisk er å vise at vi forstår både styrker og svakheter i funnene fra artiklene og sånn kan vi komme med vår egen konklusjon, basert på kvalifiserte argumenter fra artikler og forskning (Thidemann, 2015). Videre er valg av litteratur, konkrete funn, avgrensninger og søkeord (Dalland, 2012) utdypet i metodekapitlet.

4.0 Diskusjon

4.1 Alkohol som mestringsstrategi for å dempe sosial angst

Det er velkjent at det er en sammenheng mellom ulike angstlidelser og skadelig alkoholbruk (Wiig, 2019). Studier har vist at halvparten av personer med sosial angst også har alkoholbruk lidelse. Torvik, *et al.* (2019) sin studie finner at sosial angst i høyere grad enn andre angstlidelser kan gjøre en mer disponibel for å utvikle en alkoholbruk lidelse. Videre har Torvik, *et al.* (2019) funn som tilsier at sosial angst er mer assosiert med en alkoholbruk lidelse enn motsatt, derfor er det sannsynlig at angsten opptrer før alkoholbruk lidelse. Både Torvik, *et al.* (2019) og Stapinski *et al.* (2016) har resultater som tyder på at alkohol kan bli brukt som mestringsstrategi for å håndtere sosial angst eller emosjoner.

Angst kan manifestere seg hos mennesker på ulike måter (Travelbee, 1996), men hvert enkelt individ har metoder for enten å mestre eller unngå angsten. Forsøk på å kontrollere angsten kan være strategier som benektelse eller man kan etterstrebe å “glemme” problemet. Mestringsmetode varierer ofte ut fra graden av angst og hvor effektiv den valgte mestringsstrategien er (Travelbee, 1996).

Individer som har høyt alkoholforbruk, kan bruke det som en form for selvmedisinering (Stapinski, *et al.*, 2016). Disse kan ha nytte av tiltak der formålet for tiltaket er å fremme adekvate strategier for å mestre ulike følelser som angst. Det å bruke alkohol som selvmedisinering er en risikabel strategi (Stapinski, *et al.*, 2016) da det kan føre til avhengighet. I følge Travelbee (1996) velger likevel mange å gjøre det for å “glemme” at angsten eksisterer, eller benekte at den eksisterer med hjelp av alkohol. Denne strategien kan være effektiv for en kort periode, men den kan ikke vedlikeholdes over tid. Det å bearbeide angsten etter at alkoholproblemet har oppstått (Travelbee, 1996) kan oppleves som svært intens og alvorlig da det ikke ble håndtert adekvat på et tidligere tidspunkt. Dette samsvarer med Torvik, *et al.* (2019) sine resultater som tyder på det kan være hensiktsmessig å behandle den sosiale angsten på et tidlig tidspunkt for å unngå et potensielt farlig alkoholforbruk på et senere tidspunkt. Travelbee (1996) sin teori sier også at man bør forsøke å fange opp individets psykiske lidelse på et tidlig tidspunkt før det eskalerer til ytterligere vansker for individet.

Stapinski *et al.* (2016) sin studie har også resultater som viser at alkohol brukes som et middel for å mestre ulike følelser. I denne studien ble, som nevnt tidligere i oppgaven, deltakerne delt inn i fire ulike “klasser” basert på selvrapporterte motiv for å drikke. De ulike klassene er beskrevet i pkt 3.5 tidligere i oppgaven, så her tar vi kun for oss klasse 4. Deltakerne som ble kategorisert i klasse 4 var de som oppga å ha et stort behov for å drikke som mestringsstrategi for å håndtere ulike emosjonelle erfaringer. De deltagere i Stapinski, *et al.* (2019) som oppga symptomer på angst og depresjon hadde seks til sju ganger større sannsynlighet for å havne i klasse 4.

I følge Travelbee (1996) er meningen med sykepleietiltak å assistere individet til å enten forhindre eller mestre følelse av sykdom og lidelse. Når man som sykepleier skal hjelpe dem med sosial angst kan det derfor ifølge Travelbee (1996) sin teori være hensiktsmessig å få pasientene til å finne en mening med lidelsen som er knyttet til opplevelsen av angsten. Klarer man det, kan man også finne andre mestringsstrategier enn bruk av alkohol.

Individer som starter med rusmidler, som alkohol, (Mais, *et al.*, 2009) og deretter utvikler et problematisk forhold til alkohol, ønsker å oppleve de gunstige virkningene alkoholen kan gi. Alkohol er et rusmiddel som er lovlig, lett tilgjengelig og svært vanlig i sosiale anledninger (Torvik, *et al.*, 2019). Individer med sosial angst kan da lett ty til alkohol for å

redusere angsten, selv om effekten bare er for noen få timer. Selv om effekten av alkohol er kortvarig (Helsenorge, 2018) så kan den overskygge ønsket om et bedre liv på lang sikt. Pasienten kan fort miste motivasjon til å opprettholde ønske om å redusere alkoholinntaket. Derfor er en viktig del av behandlingen at sykepleier klarer å opprettholde pasientens motivasjon for en livsstilsendring over tid (Helsenorge, 2018). Forskning viser også at man kan være genetisk disponert for å lettere å utvikle avhengighet til alkohol (Torvik, *et al.*, 2019). Det kan derfor tyde på (Lossius, 2018) at avhengighet til en viss grad er arvelig, og måten hjernen reagerer på rus være medfødt, Hjernen lærer seg at alkohol (Lossius, 2018) frisetter dopamin, et signalstoff fra hjernen, som en “belønning” for rusfølelsen.

God sykepleie til denne pasientgruppa vil være å formidle til pasienten at det er mulig å endre rusatferden. Pasienten selv vil ofte på dette tidspunkt ha havnet i en ond sirkel der han antar at den effekten alkohol har på å dempe angst er gunstig, og evnene til å mestre sosial angst uten alkohol blir undergravet (Mais, *et al.*, 2009). Da er det viktig som sykepleier å inneha kunnskap om alkoholens “makt”. Alkohol frisetter dopamin i mye større grad enn når man tilfredsstiller naturlige behov (Lossius, 2018). Når sykepleier har kunnskap om alkoholens effekt på kroppen er det enklere å møte pasienten sin bekymring og spørsmål rundt eget alkoholinntak (Brahim, *et al.*, 2019).

4.2 Terapeutisk allianse

Kombinasjon av rusmisbruk og psykisk lidelse (Borge *et.al.*, 2013) kan vanskeliggjøre effekten av behandling og ofte sliter disse pasientene med motivasjon for endring. De gjør ofte en sakte progress eller hopper av behandlingen. Disse pasientene har behov for en integrert behandlingsmodell der behandling for rusmisbruk er integrert i behandlingen for psykisk helse (Brahim, *et al.*, 2019). Integrert behandling stemmer overens med de norske retningslinjene til ROP-pasienter (Helsedirektoratet, 2012). Behovene til pasienter med samtidig rus- og psykisk lidelse (Brahim, *et al.*, 2019) kan være kompleks og krever kompetent helsepersonell.

For å kunne gå videre med en behandlingsplan er man først og fremst avhengig av å skape en god terapeutisk relasjon (Borge, *et al.* 2013, Priebe, *et al.*, 2017 og Brahim, *et al.*, 2019).

Det eksisterer mange studier som viser at god terapeutisk relasjon til pasienten har betydning for utfall av behandling. Berge, *et.al* (2009) viser til et stort antall vitenskapelige studier som konkluderer med at pasienten får størst utbytte av psykoterapi når den er bygget på en god allianse. Kjennetegn på en god allianse er når pasient og sykepleier er enige om målet med behandlingen. Hvilke metoder som skal benyttes og kvaliteten på det emosjonelle båndet dem imellom, som grad av aksept, forståelse og gjensidig tillit. Forskning har også funn som kan tyde på at uavhengig av årsaken til behandlingen og hvilken behandling retning man velger så er det viktig at styrken på alliansen blir god på et tidlig tidspunkt i behandlingsforløpet. Dette kan ha stor betydning for pasientens egen opplevelse av samarbeidsforholdet (Berge, *et.al*, 2009, Helsedirektoratet, 2014).

For sykepleier er det derfor viktig å inneha visse egenskaper (Borge, *et al.*, 2013). Forskning innen psykoterapi slår fast at sannsynligheten for bedre resultater øker hvis pasienten oppfatter behandler som empatisk, respektfull, engasjert og forståelsesfull. Samtidig er det viktig for behandler at denne blir sett som en som klarer formidle trygghet, håp og optimisme (Berge, *et al.*, 2009). I Borge, *et al.*, (2013) trekkes det av pasientene frem samme type egenskaper: ekthet, empati, forståelse, men også trygge rammer. Egenskapene blir fremhevet som viktige for å kunne etablere en god relasjon til sykepleier.

Det er også etiske aspekter ved samtalen mellom sykepleier og pasient (Priebe., *et al*, 2017) ettersom det er en asymmetri i forholdet. Sykepleier har kunnskap om avhengighet og psykisk lidelse, noe som kan være med å skape en følelse av trygghet og det kan være lettere å åpne seg for en sykepleier enn for familie og venner. Sykepleier må kunne finne en balanse for en gjensidig respekt og bevare pasientens autonomi. Når sykepleier er fullstendig til stede og oppriktig interessert i pasienten kan det ses som en invitasjon til at pasienten kan klare å fortelle om sine lidelser. I tillegg er det viktig å lytte aktivt og klare sitte i taushet i de situasjonene som pasienten har behov for tid til å fortelle sin historie (Priebe, *et al.*, 2017).

Travelbee (Kirkevold, 1998) sin teori fokuserer nettopp på dette mellommenneskelige forholdet og at sykepleier må ha en forståelse for hva som foregår mellom pasient og sykepleier. Sykepleier må være bevisst på hvordan interaksjonen kan oppleves og de konsekvenser dette kan få for pasienten. Travelbee fremhever at selv om alle mennesker opplever lidelse før eller siden, så er det fortsatt en personlig opplevelse og de konkrete menneskene opplevelse av disse erfaringene er derfor kun dets egne (Kirkevold, 1998). Når

sykepleier skal skape en god relasjon til pasienten er dette viktig kunnskap å ta med seg. For den ene pasienten kan det være at sykepleier kan hjelpe med grunnleggende behov som ernæring, eller hygiene (Brahim, 2019), men for en annen pasient kan det være at sykepleier kan være en pådriver for at pasienten skal gjenoppta forholdet til sin familie. Selv om pasientene kan ha de samme lidelsene, kan altså sykepleier oppfattes som hjelpsom på ulike måter og etter den enkelte pasients behov. Sykepleier kan ved hjelp av samtaler og observasjoner lære mer om pasientene og sånn utvikle en bedre forståelse for hver enkelt pasient, deres situasjon og opplevelser (Brahim *et al.*, 2019).

For sykepleier er det viktig at pasienten deltar aktivt og evner å samarbeide. Det kan derfor lønne seg for sykepleier tidlig i behandlingsløpet å ikke ta for mye styring i samtalen, eller forsøke selge sin forståelse av hva som bør skje, fordi det kan virke negativt inn på alliansen. Derfor er det også viktig at sykepleier ikke drar inn sine egne personlige erfaringer for å unngå å ta fokus vekk fra pasienten (Skårderud, *et al.*, 2018).

Målet for behandling og tiltak bør kunne fortsatt kunne forhandles gjennom hele behandlingsforløpet (Berge, *et al.*, 2019). I Priebe, *et al.* (2017) sin studie forteller pasienten hvordan samtale med sykepleier kan oppfatte som omsorgsfull. Studien har valgt å ikke vektlegge behandlingsmetode, men i stedet vektlegge det mellommenneskelige aspektet og forholdet mellom pasient og sykepleier. Dette er fordi pasienten selv oppgir det mellommenneskelige forholdet som viktig for tilhelingsprosessen. Her blir pasientene møtt med en ikke-dømmende holdning og med sykepleiere som har som mål å ikke ta styring i samtale, men skape en trygg havn så pasientene skal klare å dele av sine lidelser (Priebe, *et al.*, 2017).

Interaksjonen mellom pasient og sykepleier skjer via kommunikasjon, det kan være verbal eller nonverbal kommunikasjon (Travelbee, 1996). Som sykepleier er det derfor en god egenskap om man klarer å tolke begge typer kommunikasjon. Når kommunikasjon blir overført (Travelbee, 1996) blir den først bearbeidet, så tolket. Klarer sykepleier å oppfatte det pasienten kommuniserer på en korrekt måte er det et godt grunnlag for en god terapeutisk allianse.

I Priebe, *et al.* (2017) oppga pasientene at når sykepleier virket genuint opptatt av å hjelpe, ga pasientene tid og rom til å snakke ved å aktivt lytte og respektere pasientens autonomi så ble

det enklere for pasientene å dele av seg selv og sine lidelser. Individuer med samtidig rus- og psykiatrilidelser oppgir ofte en følelse av tap av kontroll i livet og deltakerne oppga at en sårn type uforpliktende samtale med sykepleier kunne hjelpe til med å skape en følelse av å få fotfeste. Dette, sammen med å bli sett i ly av egne ressurser, ikke bare sine diagnoser kan være med å gi økt selvfølelse (Priebe, *et.al.*, 2017). Dette er i tråd med Travelbee sin teori om viktigheten av å etablere en god relasjon med pasienten og at alle individer er unike og kan oppleve ting forskjellig (Kirkevold,1998).

4.3 Behandlingstilnæringer

Mennesker med både ruslidelser og psykiske lidelser (ROP-pasienter) har mulighet til bedring både når det gjelder symptomer og bedret livskvalitet (Helsedirektoratet, 2012), men de krever rett behandling. Begge lidelsene må behandles og de krever spesiell oppmerksomhet fordi begge lidelsene vil påvirke hverandre gjensidig.

Brahim, *et al.*(2019) sin forskning viser at det er viktig å kunne adressere psykisk lidelse og ruslidelse samtidig. For sykepleier er det da viktig å ha kompetanse til å kunne informere pasienten om konsekvensen av for eksempel alkoholmisbruk (Brahim, *et al.*, 2017) og hvilken innflytelse misbruket kan ha på den aktuelle psykiske lidelsen, som i vår problemstilling er sosial angstlidelse.

Borge, *et al.* (2013) og Brahim, *et al.* (2019) hevder at pasienter med samtidig rus- og psykisk lidelse kan ha nytte av å bli behandlet av en og samme person, så lenge denne har erfaring innen både rus- og psykiatri. Det bør i den sammenheng nevnes at selv om Borge, *et al.* (2013) poengterer at de med ruslidelse og samtidig rusmisbruk kan ha nytte av å bli behandlet av samme person så var alle deltagerne i studien pasienter på en psykiatrisk tverrfaglig avdeling. Alle ansatte hadde svært god faglig oppfølging med gode muligheter for tverrfaglig samarbeid.

Selv om Brahim, *et al* (2019) har funn som belyser en nytteverdi av å bli behandlet av en og samme behandler, legges det også vekt på funn som tilsier en nytteverdi for en integrert behandling. Hvis behandlingen ikke er integrert, kan den ene lidelsen bli neglisjert. Dette samsvarer med retningslinjer for ROP-pasienter i Norge, og som nevnt innledningsvis i pkt. 4.3, at begge lidelser må behandles integrert og pasienten må oppleve behandlingen som

helhetlig. Retningslinjene sier dermed at det viktigste ikke er om behandlingen er utført av en behandler, et team, eller av ulike instanser, men at tjenestene er samordnet på en oversiktlig måte for pasienten (Helsedirektoratet, 2012).

I kognitiv terapi (Borge *et al.*, 2013) er det et poeng å lære pasientene alternative tankesett og gode kognitive og atferds strategier som kan hjelpe pasientene å klare å håndtere rusproblemer og mental helse. Pasientene selv oppga å ha nytte av de ulike strategiene, men noen av deltakerne mente terapien ble for teoretisk.

Det at den kognitive modellen oppleves noe vanskelig å forstå kan ha flere årsaker. Både rusmisbruk og psykiatrisk lidelse kan påvirke læreevne og derfor er det viktig at sykepleier klarer vurdere de individuelle behovene og begrensninger til hvert enkelt individ for å tilpasse behandlingen (Borge, *et.al*, 2013).

Noen individer kan ha en så høy grad av sosial angst at det setter ned livskvaliteten kraftig (Skårderud, *et al.* 2018). Når angstnivået blir for høyt (Travelbee, 1996) påvirker det pasientens evne til å «ta inn» informasjon og kan dermed få en negativ effekt på læringsprosessen. Derfor er det viktig for sykepleier å inneha nødvendig kunnskap og innsikt for å klare identifisere og oppfylle behovene til pasienten, og huske at selv om alle mennesker har likheter, har de også ulikheter, og sånn må de også behandles som unike individer (Kirkevold, 1998). Travelbee hevder videre at hvis sykepleier skal kunne hjelpe pasienten med individets sykepleiebehov må det etableres et menneske-til-menneske-relasjon og det er sykepleier som er ansvarlig for å opprette forholdet. Dette kan sykepleier derimot ikke gjøre alene, pasienten må delta aktivt. Pasienten må respondere på “menneskeligheten” til sykepleier for at det skal bygges en god relasjon (Kirkevold, 1998).

I Borge, *et al.* (2013) ga alle deltakerne uttrykk for at å delta aktivt i egen terapi var et av høydepunktene og at et ektefølt engasjement fra sykepleierne ga nødvendig motivasjon. I tråd med Travelbee (1996) sin hypotese beskrevet over, har sykepleier i Borge *et al.* (2013) klart å få pasientene til å dele av seg selv og sin lidelse ved at sykepleier viser sin menneskelige side. Innen den terapeutiske relasjonen er det svært viktig å få pasienten til å kunne åpne seg og å kunne vise ekthet og empati (Skårderud, *et al.*, 2018).

Empati er en svært viktig egenskap for sykepleier å inneha ifølge Travelbee (Kirkevold, 1998). Travelbee understreker at empati ikke er en kontinuerlig prosess, men noe som skjer av

og til. Det som er viktig å vite, ifølge Travelbee, er at når empati først har forekommet er forholdet og interaksjonsmønsteret mellom pasient og sykepleier for alltid forandret. Når sykepleier skal uttrykke empati til pasienten må det være på bakgrunn av et ønske om å forstå pasienten. Jo mere erfaring sykepleier har, jo enklere er det å fremme empati (Kirkevold, 1998).

I Priebe *et al.* (2017) sin studie er det pasientens opplevelse av poliklinisk samtale med sykepleier som er i fokus, om denne oppfattes som omsorgsgivende. Her opplyser også disse pasientene, som i Borge, *et al.* (2013) og Brahim, *et al.* (2019) at det er enklere å dele av seg selv og sine lidelser hvis sykepleier oppfattes empatisk, ærlig og ekte.

Travelbee (Kirkevold,1998) mener lidelse er en fundamental erfaring, felles for oss alle. Samtidig er det en personlig erfaring, den er knyttet til det som betyr noe i livet for hver enkelt av oss. Pasientene i studien oppgir at samtalen med sykepleier gjør at de føler de blir møtt med gjensidighet og empati og sånn blir lidelsen blir gjort synlig og forståelig. Videre oppgis det at dette kan være med å øke selvfølelsen og gi trygghet (Priebe, *et al.* 2017 og Drag, 2018). Lidelsen kan springe ut fra nedsatt egenverd eller å bli atskilt fra andre (Travelbee,1996).

I forhold til vår problemstilling er det viktig at sykepleier har kunnskap om ulike årsaker til lidelse. Sosial angst kan være så inngripende i livet at man unngår sosiale tilstelninger eller fører til arbeidsuførhet og sånn blir man adskilt fra andre. I tillegg ser man at sosial angst og lav selvfølelse går hånd i hånd (Borge og Hoffart, 2009).

Brahim *et al.* (2019) sin studie undersøker hvilke tiltak og holdninger som innlagte pasienter på en psykiatrisk avdeling oppgir som hjelpsomme. Pasientene har en ruslidelse i tillegg til den psykiatriske lidelsen. Å fremme helse, håndtere alkoholmisbruk sammen med den psykiske lidelsen og å bygge god terapeutisk holdning ble sett på som gode tiltak, sistnevnte ble av alle deltagere i studien sett på som svært nyttig.

Det å fremme helse og å forebygge sykdom og lidelse er blant sykepleiers mål (Kirkevold, 1998). I Brahim, *et al.* (2019) så blir det opplyst at det å promotere god fysisk helse er et godt tiltak fra sykepleier. I tillegg viser Borge *et al.*(2013) sin studie er det kognitiv terapi sammen med fysisk aktivitet som er vektlagt. Mange som har både en ruslidelse og en psykisk lidelse

er ofte inaktive og kan være fysisk reduserte. Pasientene i Borge, *et al.*(2013) oppga at fysisk aktivitet kunne være en god strategi for å slippe unna negative tanker. Vi ser i de artiklene vi har valgt så har det vært ulike behandlingstilnæringer til denne pasientgruppen.

I Brahim *et al.* (2017) forteller pasientene at det aller viktigste for dem er det relasjonelle forholdet til sykepleieren. Resultatene som er basert på selvrapporing fra pasientene viser hvor viktig det er at sykepleier klarer skape en god relasjon til pasienten. Når sykepleier evner å kombinere gode strategier og en ikke-dømmende holdning, sammen med evne til å lytte, utvise respekt, ærlighet og omtanke, kan det være med å gi et positivt resultat i behandlingen av dem med samtidig psykisk lidelse og rusproblematikk (Brahim, *et al.* 2019). Resultatene i studien er basert på selvrapporing fra deltakerne i studien. Resultatene stemmer allikevel med praktiserende sykepleiepraksis og med kjent faglig kunnskap. Resultatene stemmer også overens med funn i Borge, *et al.* (2013) og Priebe, *et al.* (2017) sine studier som også i stor grad er basert på egenrapportering fra pasienter, men samtidig støttet av tidligere kjent forskning.

5.0 konklusjon

Vår problemstilling er: *Hvordan kan sykepleier skape en god terapeutisk relasjon til pasienter med sosial angst og alkoholproblemer?*

For å skape en god terapeutisk relasjon til pasienter med sosial angst og alkoholproblemer må pasienten være klar for endring. Pasientene må ifølge Travelbee møtes med empati og som unike individer. Sykepleier må inneha visse egenskaper som ekthet, ærlighet og møtene må bære preg av gjensidig respekt.

Studiene vi har brukt antyder at sosial angst inntreffer før alkoholmisbruket. Det å fange opp pasienter med sosial angst før de begynner med alkohol som selvmedisinering kan gjøre behandlingen enklere.

Forskning viser at en god terapeutisk relasjon mellom sykepleier og pasient er svært viktig for utfallet av behandlingen, og kan også være viktigere enn valg av behandlingsmetode.

Pasienter med dobbeltdiagnose har behov for integrert behandling fordi begge lidelser krever spesiell oppmerksomhet. Det kan virke som det er rom for diskusjon om den integrerte behandlingen bør bestå av en og samme behandler, eller om dette kan bli for kategorisk ut fra

at noen psykiske lidelser kan reduserer over tid hvis man klarer kutte ned rusmisbruket. Vi mener allikevel, basert på forskning som er inkludert i denne litteraturstudien at når pasienten kan forholde seg til samme sykepleier så lenge sykepleieren har tilstrekkelig med kompetanse innen ruslidelse og psykisk lidelse.

Dette skaper et godt grunnlag for å danne en god terapeutisk allianse med pasienten. Noe som er viktig for å få til en effektiv og kontinuerlig behandling.

Litteraturliste:

Berge, T., *et al.* (2009) Den terapeutiske alliansen, i Berge, T. og Repål, A. (red) *Håndbok i kognitiv terapi*. 1.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Borge, L., Røssberg, J.I og Sverdrup, S. (2013) Cognitive milieu therapy and physical activity: experiences of mastery and learning among patients with dual diagnosis, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(10), s.932-942. doi: <https://doi.org/10.1111/jpm.12090>

Borge, F.M. og Hoffart, A. (2009) Sosial angstlidelse, i Berge, R. og Repål, A. (red) *Håndbok i kognitiv terapi*. 1.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Brinchmann, B.S (red.) (2014) Forskningsetikk, i Slettebø, Å. (red.) *Etikk i sykepleien*. 3.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 209-224.

Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving*. 5.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Dewar, B. og MacBride, T. (2017) Developing Caring Conversations in care homes: an appreciative inquiry, *Health and Social Care in the community*, 25(4), s. 1375-1386. doi: <https://doi.org/10.1111/hsc.12436>

Drag, S. (2018) *Viktigheten av en trygg havn (ROP)*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/aktuelt/viktigheten-av-en-trygg-havn-rop;jsessionid=DA18F002316B1F57320BC34A0FDE1D62> (Hentet: 16.april 2021).

Folkehelseinstituttet (2019) sosial angst kan øke risikoen for alkoholmisbruk. *fhi.no*
Tilgjengelig fra: https://www.fhi.no/nyheter/2019/sosial-angst-alkohol/?fbclid=IwAR3C2_zwxakC2G6sPuu-dJ9eiq7kTFx7BNBRk6aLsFYm9uyxJLsv2uFRY (Hentet: 25. mars 2021).

Gammersvik, Å. og Bognes Larsen, T. (red) *Helsefremmende sykepleie- i teori og praksis*. 2.utg. Bergen: Vigmostad & Bjørke AS.

Helsebiblioteket (2016) *PICO*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico> (Hentet: 22.april 2021).

Helsebiblioteket (2016) *Sjekklistor*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor> (Hentet: 23.april 2021).

Helsedirektoratet (2012) *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med ruslidelse og psykisk lidelse- ROP-lidelser*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser> (Hentet 21.april 2021).

Helsedirektoratet (2014) *Sammen om mestring- veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. Tilgjengelig fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne> (Hentet: 21.april 2021).

Helsedirektoratet (2018) *Vanedannende legemidler*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/vanedannende-legemidler/grunnleggende-om-vanedannende-legemidler/definisjoner> (Hentet: 05. mai 2021).

Helsenorge (2018) *Angstlidelser*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/angst/angst-og-angstlidelser/> (Hentet 24. april 2021).

Helsenorge (2018) *Behandling av samtidige rusproblemer og psykiske lidelser*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsenorge.no/rus-og-avhengighet/behandling-av-samtidige-rusproblemer-og-psykiske-lidelser/> (Hentet 21.april 2021).

Kildekompasset.no (u.ål) *Kildekritikk*. Tilgjengelig fra: <https://kildekompasset.no/kildekritikk/> (Hentet 23.april 2021).

Kirkevold, M. (2021) *Sykepleieprosessen*. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/sykepleieprosessen> (Hentet 19.mai 2021).

Kirkevold, M. (1998) *Sykepleieteorier- analyse og evaluering*. 5.utg. Oslo: Gyldendal Norsk forlag A/S 2001

Lossius, K. (2018) Rusmidler, i Skårderud, F., Haugsgjerd, S. og Stanicke, E. *Psykiatriboken*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Mais, A. H., Olsen, T. og Martinsen W.T (2009) Rusmiddelavhengighet, i Berge, T. og Repål, A. (red) *Håndbok i kognitiv terapi*. 1.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Mathisen, J. (2015) Hva er sykepleie, i Grov, E.K og Holther, I.M (red) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5.utg. Oslo: CAPPELEN DAMM AS, s. 127.

Norsk Elektronisk Legehåndbok (2020) *Sosial angst*. Tilgjengelig fra: <https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/psykiatri/tilstander-og-sykdommer/angstlidelser/sosial-angst/#fagmedarbeidere> (Hentet 20.april 2021).

Norsk forening for kognitiv terapi (u.å). *Kognitiv Terapi*. Tilgjengelig fra : <https://www.kognitiv.no/kognitiv-terapi/> (Hentet 19.mai 2021).

NHI (2014) *Alkoholbruk blant unge*. Tilgjengelig fra: <https://nhi.no/for-helsepersonell/fravitenenskapen/alkoholbruk-blant-studenter/> (Hentet: 26.april 2021).

NHI (2018) *Rus og psykiatri (ROP-lidelse)*. Tilgjengelig fra: <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/alkohol/rus-og-psykiatri-rop-lidelse/> (Hentet 25.mars 2021).

NHI (2020) *Sosial angst*. Tilgjengelig fra: <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/angstilstander/sosial-angst/> (Hentet 05. mai 2021).

NHI (2020) *Undersøkelser ved alkoholisme*. Tilgjengelig fra: <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/alkohol/alkoholisme-undersokelser/> (Hentet 05.mai 2021)

Priebe, Å., Wiklund, L. og Fredriksson L. (2017) A sanctuary of safety: a study of patients with dual diagnosis experience caring conversations, *International of Mental Health Nursing*, 27(2), s. 856-865. doi:<https://doi.org/10.1111/inm.12374>

Sander, K. (2020) *Begrep, term og definisjon*. Tilgjengelig fra: <https://estudie.no/begrep/> (Hentet: 19.mars 2021).

Skarstein, S. og Roland og Roland, E.G (2021) Helseskadelig alkoholbruk gir komplekse utfordringer, *Sykepleien*. doi: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.83712>

Sætertrø, O. og Haugan, P.S. (2018) Motiverende intervju- en helsefremmende samtale, i Gammersvik, Å. og Larsen T.B (red.) *Helsefremmende sykepleie- i teori og praksis*. 2.utg. Bergen: Vigmostad & Bjørke AS, s. 259.

Skårderud,F, Haugsgjerd, S. og Stanicke, E. (2018) *Psykiatriboken Sinn- kropp-samfunn*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Thidemann, I-J. (2019) *Bachelor-oppgaven for sykepleierstudenter*. 2.utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Torvik F. A. *et al.* Explaining the association between anxiety disorders and alcohol use disorder: A twin study. *Depression & Anxiety* 2019;1-11. DOI:10.1002/da.22886. Tilgjengelig fra: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30838764/> (Hentet: 25. mars 2021).

Tveiten, S. (2018) Empowerment og veiledning- sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid, i Gammersvik, Å og Bognes Larsen, T. (red.) *Helsefremmende sykepleie i teori og praksis*. 2.utg. Bergen: Vigmostad & Bjørke AS, s 237-258.

Wiig F.L (2019) Sosial angst øker risikoen for skadelig alkoholbruk (ROP). *Helsebiblioteket.no*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/aktuelt/sosial-angst-oker-risiko-for-skadelig-alkoholbruk-rop?fbclid=IwAR11umrLgVfnx4dBJrEhuQ5v-uXsalKTqxXauTF2v2JrAWjqa9pPerCvGww> (Hentet 25.mars 2021).

